

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

PERIZIA PSICOPATOLOGICO FORENSE

SIG KABOBO ADAM alias MADA

N. 26424/13 R.G.N.R.
N. 5819/13 R.G.G.I.P.

PERITI:

ISABELLA MERZAGORA

AMBROGIO PENNATI

INDICE

QUESITI.....	4
LE OPERAZIONI PERITALI.....	5
LE OPERAZIONI PERITALI INDIRETTE	5
ESAME DEGLI ATTI.....	5
LA DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA.....	5
LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	8
LE OPERAZIONI PERITALI DIRETTE.....	12
ESAME DEL PERIZIANDO	12
COLLOQUI	12
ANALISI FORMALE DEI COLLOQUI.....	20
VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA	21
CONSIDERAZIONI PSICOPATOLOGICO-FORENSI.....	23
LA SINTESI PSICOPATOLOGICA: SULLA ESISTENZA O MENO DI UNA CONDIZIONE DI INFERMITA' POTENZIALMENTE INFICIANTE LA CAPACITA' DI INTENDERE E VOLERE.....	23
PER COMPRENDERE: LA DIAGNOSI FUNZIONALE	28
PER CLASSIFICARE: LA DIAGNOSI FORMALE.....	29
L'ANALISI CRIMINOGENETICA E CRIMINODINAMICA.....	31
LA CAPACITA' DI COSCIENTEMENTE PARTECIPARE AL PROCEDIMENTO....	36
LA PERICOLOSITA' SOCIALE PSICHIATRICA.....	38
LA RISPOSTA AI QUESITI PERITALI.....	40
BIBLIOGRAFIA	41
APPENDICE.....	42
I CRITERI DIAGNOSTICI ADOTTATI (DSM-IV-TR).....	42
F20.x Schizofrenia (295.00).....	42
R41.8 Funzionamento Intellettivo Limite [V62.89].....	56
ALLEGATI.....	58
DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA	58
I FATTI PER I QUALI SI PROCEDE	58
CASELLARIO GIUDIZIALE.....	60
VERBALE ARRESTO IN FLAGRANZA DI REATO E VERBALE PERQUISIZIONE PERSONALE.....	61
S.I.T	65
DENUNCE QUERELE.....	66
ACCERTAMENTI ESPERITI PRESSO STRUTTURE DI ACCOGLIENZA	67
RICHIESTA DI INCIDENTE PROBATORIO	67
UDIENZA CONVALIDA GIP.....	68
ORDINANZA A SEGUITO DI UDIENZA DI CONVALIDA DI ARRESTO.....	70
DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	71
DOCUMENTAZIONE CC LECCE.....	71

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

CARTELLA CLINICA ASL LECCE	72
UO Psichiatria Penitenziaria	72
CARTELLA CLINICA CC SAN VITTORE	73
CARTELLA REPARTO ORTOPEDIA OSPEDALE DI LOSANNA (CH)	80
I COLLOQUI (trascrizione)	81
RELAZIONE NEUROPSICOLOGICA	148
REFERTO VB-RMN	163
RELAZIONE INTERVENTO MEDIAZIONE LINGUISTICA E CULTURALE.....	169

QUESITI

Il giorno 6 giugno 2013, in sede di incidente probatorio, il Giudice per le indagini preliminari, Dottor Andrea Ghinetti, poneva a questi periti i seguenti quesiti:

"Dicano i periti, esaminati gli atti ed espletate tutte le indagini che ritengono necessarie se

l'indagato KABOBO Adam alias MADA:

1. sia capace di coscientemente partecipare al procedimento,
2. fosse capace di intendere e di volere al momento dei fatti di cui al procedimento;
3. se sia socialmente pericoloso"

Il Giudice disponeva altresì che i periti provvedessero a documentare con video ripresa gli incontri con il periziando, e li autorizzava ad avvalersi di ausiliari; a fare ingresso negli istituti di detenzione con gli ausiliari e le apparecchiature al seguito, il tutto unitamente ai C.T.P.; a estrarre copia di tutti gli atti del procedimento; a utilizzare, ove ritenuto opportuno, un mediatore culturale.

I periti dichiaravano che le operazioni peritali avrebbero avuto inizio il 10 giugno 2013 presso la Sezione di Medicina Legale in Milano, Via Mangiagalli 37 e chiedevano termine di giorni novanta per il deposito della relazione, termine successivamente prorogato di altri trenta.

All'udienza erano presenti fra gli altri:

- il Dottor Mario MANTERO in qualità di consulente per la parte offesa Andrea Masini;
- il Dottor Massimo PICOZZI, in qualità di consulente per la parte offesa Savino Carella;
- il Dottor Edoardo RE, in qualità di consulente per la difesa dell'indagato.

LE OPERAZIONI PERITALI

LE OPERAZIONI PERITALI INDIRETTE

ESAME DEGLI ATTI

LA DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA

Questi periti hanno preso visione della documentazione presente nel fascicolo che riprenderanno per sommi capi per poter ricostruire la vicenda ai fini della risposta ai quesiti.

Adam Kabobo è accusato di omicidio, rapina aggravata, lesioni personali, etc., reati commessi il giorno 11 maggio 2013, in un arco temporale che andava dalle 4.30 circa alle 6.30 di mattina.

In queste due ore, in un tragitto in parte visibile grazie alle immagini di un impianto di videosorveglianza e ricostruito in una piantina allegata agli atti, prima aggrediva Andrea CANFORA, cercando di colpirlo alla testa con una spranga di ferro gialla; il giovane riusciva a parare il colpo e veniva "solo" ferito al polso. Successivamente, continuando il girovagare, "si avvicinava minaccioso" (così in atti) a Giuseppe QUATELA, ma era dissuaso dall'aggressione dal ringhiare del cane del Quatela medesimo che, come la prima vittima, non denunciava il fatto. A questo punto, secondo la ricostruzione dei Carabinieri, il Kabobo si sarebbe armato di un piccone con il quale colpiva Francesco Antonio NIRO. La quarta aggressione, ai danni di Antonio MORISCO, non sortiva esiti infausti perché la vittima riusciva a riparare nell'androne condominiale e chiudere dietro di sé il portone. Anch'egli non reputava di dover denunciare il fatto.

E' quindi la volta di Ermanno MASINI "aggredito con violenza inaudita e colpito alla testa (frattura esposta della base cranica con traumatismo intracranico) e all'addome (traumatismo del rene con ferita aperta in cavità e lacerazione), accanendosi più volte sul corpo già esanime del malcapitato", che morirà all'ospedale Policlinico. A costui il Kabobo ruba anche il telefono cellulare.

Successivamente il Kabobo si dirigeva in piazza Belloveso dove uccideva a picconate, "infiendo con sconvolgente brutalità", Alessandro Maria CAROLE', al quale pure sottraeva il cellulare.

La settima ed ultima aggressione, e sono oramai le 6.30, sarà ai danni di Daniele CARELLA, la cui uccisione è ripresa da un filmato di videosorveglianza che ne testimonia con tragica efficacia l'efferatezza. Il filmato è stato posto a disposizione di questi periti.

Nel rapporto dei CC si osserva: "le numerose aggressioni sembrano rispondere ad una sorta di 'girovagare' criminoso per il quartiere più che ad un preciso

schema. Il tutto in considerazione della casualità con la quale ha scelto le sue vittime”.

Le forze dell'ordine venivano chiamate dopo l'aggressione ai danni del Carolè; i CC giungevano con prontezza e fermavano il Kabobo.

Accompagnato all'interno della Caserma dei Carabinieri egli "rifiutava di collaborare chiudendosi in un silenzio totale”.

Le dichiarazioni dei testimoni, contenute in atti, non fanno che confermare quanto fin qui esposto.

Nella richiesta di incidente probatorio formulata dal Pubblico Ministero al Giudice per le indagini preliminari si legge della ritenuta necessità di procedere a perizia circa la capacità del Kabobo di coscientemente partecipare al procedimento, la sua capacità di intendere e di volere, e la pericolosità sociale, considerato: "che dalle dichiarazioni rese dall'indagato in sede di interrogatorio di convalida dell'arresto, nonché dalla documentazione medica trasmessa dalla Casa Circondariale di Milano, emergono segni inequivocabili di una situazione di infermità mentale riguardante l'indagato, tale da minarne la sua cosciente partecipazione al processo e la sua capacità di comprendere il disvalore degli atti compiuti”.

Il 13 maggio il Kabobo veniva interrogato dal Giudice per le indagini preliminari a cui, per quel che più rileva ai nostri fini, dichiarava: "Mi si domanda perché ho preso il piccone e colpito con quello le vittime che Lei mi ha indicato e rispondo non lo so io sento delle voci nella testa. Ho iniziato a sentirle quando ero in Libia prima di venire in Italia ma allora non capivo bene cosa mi dicevano. Sento le voci quando fumo l'hashish. Due giorni fa non ho fumato hashish prima dei fatti. Sento nella mia testa voci che mi dicono cose cattive. La notte prima dei fatti avevo dormito in una stazione dei treni da solo. [...] Mi si domanda se abbia ricordi chiari di quello che ho fatto due giorni fa e rispondo che mi ricordo di avere ucciso un uomo anzi di averne colpiti diversi e quando mi hanno preso mi hanno detto che li avevo uccisi. Quando mi sono svegliato sentivo le 'cose' in testa allora ho preso dapprima il palo di ferro e quindi il piccone. [...] Sono state le voci a dirmi di prendere la sbarra e di usarla per colpire qualcuno [...] ho abbandonato la sbarra quando si è rotta e mi sono impossessato del piccone che ho trovato in un cantiere dove stanno costruendo una casa dopo che mi hanno preso la polizia me lo ha fatto vedere. E' vero che col piccone ho colpito una persona da dietro [...] quando sento queste cose in testa io di solito non sto fermo, cammino. Mi si domanda se mi ricordi di avere tentato di aggredire un passante con il cane che mi è sfuggito entrando nel suo condominio e chiudendo il portone e rispondo che mi ricordo solo delle quattro persone che ho colpito, anzi mi ricordo della persona col cane. [...] le voci le sento anche adesso mentre parlo con voi. [...] Mi ricordo però che la polizia mi ha preso un telefonino che avevo con me, anzi che ne avevo in tasca tre. Mi ricordo che li ho presi alle persone a cui ho fatto quello che ho fatto. [...] Quando ho sentito e visto che stava arrivando la polizia mi sono liberato del

piccone”.

Nella verbalizzazione si rilevava che l’arrestato faticava a farsi comprendere nonostante la presenza di un interprete, e che “appare smarrito”.

Il Casellario Giudiziale informa che il Kabobo ha precedenti relativi alla sua partecipazione ad una protesta violenta avvenuta presso un centro di accoglienza per immigrati extracomunitari di Bari.

Rinchiuso nel carcere di Lecce, nel gennaio del 2012 in uno scatto d’ira rompeva un televisore e, secondo l’agente di custodia verbalizzante, neppure era nuovo ad episodi di tal fatta; interrogato sulle motivazioni del gesto non ne forniva alcuna; il compagno di cella ebbe a riferire: “gli chiedevo perché avesse rotto la TV e lo stesso mi faceva capire con ampi gesti di avere problemi mentali”.

LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

CARTELLA CLINICA ASL LECCE UO Psichiatria Penitenziaria

[...]

24.1.12

visita psichiatrica.

[...]

Alle 13 colloquio con un interprete. Emergono disturbi della sensopercezione; ideazione rigida e incentrata sul bisogno di una donna. Assenza di critica. Riferisce sonno disturbato. Haldol 20 gocce la sera

30.1.12

visita psichiatrica

agitato, probabilmente allucinato. Haldol 30 gocce la sera

05.2.13

Nota del Comandante:

Tentativo di suicidio mediante impiccagione.

Si prende atto dell'allegata documentazione, dalla quale si evince che il detenuto in oggetto in data 05.02.2012 ha messo in atto un tentativo di suicidio mediante impiccagione, per dichiarati motivi di sconforto.

[...]

06.2.13

visita psichiatrica

il paziente ha agito un TS mediante impiccagione nella notte tra il 4 e il 5 febbraio. Nel corso del colloquio appare vigile, attento e orientato. Riferisce di essere angosciato nelle ore notturne e di aver la percezione di "persone che lo guardano dal televisore". Emergono spunti interpretativi e persecutori non ben strutturati. Flessione timica. Riferisce insonnia. Accetta le terapie proposte.

Haldol decanoas 50 mg (prx 20.2.12), Talofen gtt 20.

[...]

07.2.12

trauma cranico volontario. Inviato in PS per accertamenti del caso.

Le note (chirurgiche) del PS non sono rilevanti ai fini del presente accertamento.

Il Consulente Dr DiMatteo segnala: "tranquillo, parla solo inglese e non si può fare il colloquio". Olanzapina 10 mg 1 la sera in aggiunta a Haldol"

TC DEL CRANIO (CAPO)

Esame eseguito In regime di urgenza e senza somministrazione di mdc.

Regolare la densità del parenchima cerebrale.

Sistema ventricolare in asse e regolare per morfovolumetria.

Regolare ampiezza degli degli spazi subaracnoidei.

CONCLUSIONI: reperti di normalità.

Frattura con diastasi e infossamento della parete anteriore del seno frontale sinistro in sede mediana e paramediana

13.2.12

più tranquillo e adeguato. Revoca SAV.

CARTELLA REPARTO ORTOPEDIA OSPEDALE DI LOSANNA (CH)

Descrizione di ricovero dal 10 al 12.10.12 per intervento chirurgico su osteomielite fistolizzata.
Nessuna segnalazione di problemi psichiatrici.

CARTELLA CLINICA DI S. VITTORE

Numerose le notazioni dall'11 maggio 2013, quando vi fu richiuso. Anche qui riportiamo solo quanto ci pare di maggiore rilievo.

11 maggio:

"Nega uso sostanze stupefacenti

Nega etilismo e tossicodipendenza

[...]

Ideazione alterata

Comportamento dimesso

Umore dimesso

Rischio suicida alto

Rischio violenza alto

Orientato nel tempo e nello spazio, ricorda il successo, non spiega in particolare

Diagnosi: sospetta sindrome depresso-aggressivo

[...]

fattore rischio violenza

aggressivo no

non aggressivo si

valutazione globale di massima

rischio suicida alto rischio violenza alto

[...]

Solitario, triste, a volte sorride in modo incongruo.

Dice di ricordare quello che ha fatto. Avrebbe colpito 4 persone che dice di non conoscere e che non gli avrebbero fatto nulla di male. Non sa perché ha commesso il terribile gesto. A volte sembra confuso anche se a domanda risponde in modo coerente. Dorme in strada, non ha mai lavorato, dice di non conoscere nessuno, di non avere amici, di avere fame.

[...]

Accede a colloquio con scarsa disponibilità. Atteggiamento incongruo al contesto.

Comportamento bizzarro (gesticola per tutto il colloquio ridendo a tratti).

Parzialmente orientato sui principali parametri. Riferisce notizie anamnestiche in maniera frammentaria tendendo alla divagazione.

L'eloquio mostra allentamento dei nessi associativi.

A specifica domanda inerente il reato appare consapevole di averlo commesso ma riferisce che "non è colpa sua".

Afferma di avere ricevuto un ordine (di commettere il reato) da altrui persona non specificata che colloca con la mimica all'interno della sua testa.

Non appare angosciato né aggressivo.

Non si evince in atto rischio suicidario.

Si dispone ubicazione presso reparto CONP in cella singola con SAV h 24.

si imposta terapia.

Aloperidolo gocce 20

[...]

NG al reparto CONP. All' ingresso si presenta vigile, eupnoico, tranquillo. Colloquio in presenza di interprete, si esprime in inglese. [...] Si ubica in SAV h24 senza lenzuola e senza effetti personali fino alla nuova valutazione psichiatrica".

(Dottori: Merini, Guerzoni, D'amato)

13 maggio:

"il colloquio viene effettuato con l'ausilio di altro ospite per barriere linguistiche. Anamnesi fisiologica positiva per lunga storia di alcoldipendenza e di dipendenza da cannabinoidi. Familiarità positiva per dipendenza alcolica (I genitori). Familiarità psichiatrica (un fratello affetto da disturbo psichiatrico grave non meglio specificato). Anamnesi psicopatologica positiva per disturbi del comportamento ed episodi psicotici (il pz riferisce sintomi dispercettivi, allucinazioni uditive, sia in stato di astinenza che in stato di intossicazione acuta da sostanze d'abuso). Nega ricoveri in ambiente psichiatrico. Accede al colloquio con disponibilità. Tranquillo. Emotività Instabile; Umore indifferente. Facies e mimica bizzarri. A tratti confuso. Affettività inadeguata. L'eloquio presenta allentamento del nesso associativi. Attenzione distraibile. Nega propositi anticonservativi. Non angosciato e né aggressivo. Evasivo rispetto all'evento reato e continua a ripetere di aver ricevuto un ordine "voci imperative e minacciose" Si revoca SAV H 24. Si conferma ubicazione al CONP, in regime di SAV, senza lenzuola ed effetti personali.

Terapia: Zyprexa 10 mg 1+1"
 (Dott.ssa Cuoccio)

14 maggio:

"il paziente all'improvviso ha un episodio di irrequietezza in cella. A fini precauzionali si trasferisce dalla cella doppia 3 alla cella singola in regime di SAV h 24.

Terapia:
 zyprexa 10 mg 1+1
 depakin chrono 500 mg 1+1"
 [...]

colloquio effettuato con l'intermediatore: Pz scarsamente disponibile al dialogo. Tranquillo Pz sostanzialmente adeguato da un punto di vista collaborante. Meno confuso rispetto al controllo di ieri e più adeguato anche da un punto di vista ideativo; Il pz continua ad essere evasivo rispetto all'evento reato e non ricorda il gesto estremo posto in essere per cui è ristretto in carcere. Espressione indifferente. Umore piatto. Poco curato nell'aspetto. Il pz sta assumendo regolarmente la tp psichiatrica e riferisce beneficio. Si alimenta regolarmente. Il riposo notturno è regolare.

(Dott.ssa Cuoccio)
 [...]

17 maggio:

[...] Trascurato nell'aspetto. Il paziente sta assumendo con regolarità la terapia psichiatrica. Il paziente rispetto all'evento reato posto in essere per cui è ristretto in carcere è evasivo e fornisce risposte brevi. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Espressione partecipe. Tono dell'umore in asse. Attenzione costante. Si conferma terapia.

(Dott.ssa Cuoccio)
 [...]

21/28 maggio:

tranquillo adeguato eutimico. Corretto nel comportamento. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori. Il paziente si alimenta regolarmente ed usufruisce dell' ora d'aria. Assume regolarmente la terapia psichiatrica.

[...] tranquillo e disponibile al dialogo. Tono dell'umore in sufficiente compenso. Detenuto non angosciato. Comportamento sostanzialmente adeguato. Espressione partecipe. Il paziente usufruisce dell'ora d'aria e si alimenta regolarmente. [...] Assume regolarmente la terapia psichiatrica.

[...] quadro psicopatologico stazionario. Si conferma terapia.
 [...]

Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. Si

alimenta regolarmente e usufruisce dell' ora d'aria. Il paziente assume con regolarità la terapia psichiatrica. Si conferma terapia.

(Dott.ssa Cuoccio)

Esami di laboratorio 28.5.13

Nulla di rilevante ai fini della presente CTU

Marcatori epatite B: SHbS AG positivo, SHbsAb minore 10, SHbcAb positivo

Marcatori epatite C negativo

Treponema pallidum negativo

HIV negativo

Nei giorni successivi continuava la situazione di sufficiente compenso e si confermava la terapia che in cartella si segnala sempre assunta regolarmente.

16.7.13

[...] Riferisce di percepire tuttora dispercerzioni ma non più a sfondo minaccioso bensì rassicurante. Non si evidenziano bizzarrie del comportamento. Mantiene terapie. Mantiene ubicazione in SAV 24.

(Dr D' Amato)

[...]

29.7.13

quadro psicopatologico in buon compenso. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

[...]

08.8.13

tranquillo, adeguato, eutimico. Non sintomi psichiatrici maggiori quali delirio ed allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

[...]

17.8.13

tranquillo. Comportamento corretto. Paziente non angosciato. Espressione partecipe. Atteggiamento formalmente collaborante. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri ed allucinazioni. Assume con regolarità la terapia psichiatrica.

(Dr ssa Cuoccio)

[...]

02.9.13

tranquillo adeguato eutimico. Curato nell'aspetto e nell'igiene personale. Non sintomi psichiatrici maggiori, quali deliri ed allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. L' adesione alle cure è costante. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

LE OPERAZIONI PERITALI DIRETTE

ESAME DEL PERIZIANDO

COLLOQUI

I colloqui con Adam Kabobo sono stati condotti presso la CC San Vittore con il preziosissimo contributo della Sig.ra Nancy Asare Yeboah, che qui intendiamo pubblicamente ringraziare per la professionalità, la disponibilità e la sensibilità profuse nel suo difficile compito. Abbiamo dovuto, infatti, dipendere completamente da lei per la traduzione delle nostre domande e delle risposte del periziando.

Si è trattato di quattro lunghi colloqui, svoltisi nelle date: 17 giugno, 24 giugno, 1 luglio, 4 settembre.

Tutti i colloqui sono stati registrati, e del pari è stato registrato l'incontro con i consulenti delle parti tenuto il 24 luglio presso la Sezione di Medicina Legale dell'Università degli studi di Milano.

A tutti gli incontri hanno partecipato i consulenti, Dottori Mario Mantero, Massimo Picozzi, Eduardo Re.

Le registrazioni e le trascrizioni sono state consegnate ai consulenti e sono a disposizione dell'Ufficio; qui di seguito riporteremo quanto ci è parso più significativo ai fini delle nostre valutazioni.

Nei giorni 17 luglio, 19 luglio e 16 settembre si è svolta la valutazione neuropsicologica da parte della Prof.ssa Gabriella Bottini, ausiliaria dei periti, e dei suoi collaboratori : Dott.ssa Daniela Ovadia, (17, 19 Luglio, 16 Settembre); Dott.ssa Anna Sedda, (19 Luglio); Dott. Gerardo Salvato, (17 Luglio, 16 Settembre). Anche tale valutazione è stata audio-registrata. Hanno assistito all'esame: Dr. Ambrogio Pennati in data 17 Luglio 2013. Dott. Stefano Zago in tutte le date sovra-indicate. La Sig.ra Nancy Asare Yeboah in tutte le date indicate.

Il primo colloquio peritale del 17 giugno ha avuto inizio con la presentazione di periti e consulenti, e la spiegazione dei loro rispettivi compiti.

Richiesto di riferirci delle notizie biografiche, il periziando ha detto di provenire dal gruppo etnico Dagati [?] e da Lora-Tampìè, un villaggio della parte nord del Ghana vicino alla cittadina di Wa.

Sostiene di non sapere quand'è nato "non avendo studiato", e di aver "inventato" la data del 1/1/1982 perché gli si chiedevano le generalità per i documenti.

Sulla composizione della famiglia ha fornito maggiori dettagli in un colloquio avuto con il solo suo consulente; a noi ha detto che i genitori erano contadini, che il padre è morto; non riferisce di particolari patologie nel gentilizio né dell'abuso di alcool da parte paterna che aveva riportato all'ingresso in carcere.

Nega precedenti patologici o traumatismi per quanto lo riguarda, salvo l'intervento alla gamba effettuato in Svizzera dopo essere giunto in Italia come immigrato. Dice di aver frequentato le scuole fino a quel che corrisponde alla nostra 5° elementare, il che però non spiegherebbe la condizione di analfabetismo in altri momenti denunciata.

Avrebbe smesso di studiare perché il fratello Kueko che lo manteneva agli studi con il proprio lavoro era venuto a mancare. Questo sarebbe accaduto circa 10 anni fa, quando lui contava 13 o 14 anni. Occorre aggiungere che le ricostruzioni cronologiche fatte dal Kabobo sono risultate spesso difficili e poco affidabili. Comunque aggiunge che questo fratello era per lui un esempio: aveva studiato e per questo la gente lo rispettava. Rimarca che per lui è stato ed è tuttora doloroso non aver potuto continuare gli studi.

Anche l'altro fratello, Santo o Santu, è morto, e vale la pena di riferirne le circostanze: un giorno si sarebbe spogliato in mezzo alla strada, avrebbe impugnato un machete cercando di colpire la moglie e poi tentando di uccidere la madre. E' stato fermato, evidentemente con una certa decisione poiché è poi morto per le ferite subite. Kabobo, che non era presente quando tutto ciò accadde, conclude che il fratello aveva problemi mentali ("uno che fa così è matto"); quanto alla valutazione del fatto: "per me una persona che prende un machete e decide di uccidere la propria madre picchiando [...] se è morto ha dovuto morire [...] io quello che penso è che non sia una persona sana di mente, che se ha preso un machete e vuole uccidere la madre io penso sia... io dico solo che una persona che si spoglia in mezzo alla gente non ha coscienza di sé e tanto meno una persona che prende il machete e decide di uccidere la propria madre". Infine: "E' una storia che mi fa molto male". Il fratello avrebbe anche avuto in precedenza non meglio precisati sintomi di malattia mentale, ed era stato condotto dal "prete feticcio".

Dopo le scuole Kabobo avrebbe fatto il contadino trasferendosi in un altro villaggio (Kemka) e coltivando pomodori.

Nella città vicina venne in contatto con giovani musulmani, e per questo si sarebbe convertito a quella religione che non era quella del nucleo familiare e avrebbe preso l'abitudine di frequentare la moschea il venerdì.

I genitori non avrebbero praticato alcuna religione; la mediatrice culturale dice però che i segni di *scarring* che porta in viso si legherebbero alla pratica del culto degli antenati. Quanto a lui, afferma di non essere o essere stato né cristiano né animista.

A Kemka ha avuto anche una figlia, che ora dovrebbe avere circa 5 anni, ma che non ha conosciuto, così come non ha più visto la madre della bimba con la quale non era sposato ma aveva intrattenuto una relazione della durata di un anno. Se ben capiamo, anzi, dovette andarsene dal villaggio appunto per aver sedotto la ragazza. Di nuovo torna la tematica della carenza di istruzione se i famigliari della ragazza lo avessero denunciato non sarebbe stato in grado di difendersi in un eventuale processo intentato contro di lui perché non aveva studiato.

Dice che per un certo tempo avrebbe provveduto economicamente alla bambina.

Nega di aver avuto altre donne oltre a costei e neppure avrebbe intrattenuto altri rapporti sessuali, successivamente ammette "scappatelle"; non avrebbe avuto neppure amici intimi, ma solo conoscenti, pur se alcuni di costoro sono quelli che lo hanno indotto a convertirsi all'Islam.

Con il denaro messo da parte si recò quindi in Nigeria, dove ancora avrebbe frequentato la moschea (non così nei tempi successivi), tappa per poi raggiungere la Libia.

In Nigeria avrebbe trascorso due anni, lavorando come venditore di gelati; in Libia sarebbe stato tre anni facendo il muratore. Benché il suo progetto fosse raggiungere la Spagna, sarebbe anche rimasto in Libia, ma colà scoppiò la guerra. Per il vero, non pare fosse guidato da un progetto preciso, o forse nell'attualità non sa riferirlo.

Sempre in Nigeria avrebbe imparato l'inglese.

Riferisce che aveva un televisore, ma guardava solo programmi musicali.

Nega di aver avuto problemi con la giustizia nei paesi in cui è stato prima di giungere da noi, e neppure avrebbe avuto litigi con alcuno; non è chiaro come abbia effettuato questi viaggi migratori, pare pagando qualcuno che lo avrebbe trasportato.

Dalla Libia prese una nave "piuttosto affollata" che, dopo tre giorni di navigazione e il pericolo di affondare, grazie ai soccorsi approdò a Lampedusa; il giorno successivo venne condotto in pullman a Bari, in un centro di accoglienza. Forse tre mesi dopo ci fu la manifestazione (rivolta?) in seguito alla quale fu arrestato: "io a Bari non ho fatto niente di...di speciale, mi ricordo solo che sono arrivato in un punto dove c'erano...stavano facendo delle manifestazioni, io non ero neanche parte di questa manifestazione però hanno catturato le persone e hanno preso anche me"

Recluso a Lecce, in questo carcere Kabobo rompe il televisore della cella, anzi ne rompe tre; commenta l'episodio introducendo temi psicopatologici di influenzamento: "io avevo questi problemi...questi pensieri per la testa e io continuavo a chiedere aiuto alle persone che mi sostenevano però mi davano delle medicine ma con le medicine non...non andava a posto [...] io a quel tempo pensavo come una persona che stesse per diventare...stesse impazzendo [...] quando guardavo la televisione poi riuscivo...ehm qualcosa nella mia mente mi diceva che queste persone sono quelli che mi provocavano le cose che pensavo nella testa [...] percepivo questa cosa che quelle persone nella televisione mi mandavano...mi stavano facendo impazzire [...] è per questo che dico che secondo me avevo problemi mentali [...] quando vedevo la televisione vedevo delle persone su e queste persone io vedevo che erano più grandi di me e nella mia mente...la mente mi diceva di insultare queste persone però siccome io non volevo farlo allora...qualcosa mi diceva per non arrivare a farlo devi...devi rompere la televisione [...] io vedevo che nella tele...cioè le cose che mi dicevano non è che mi chiedevano di fare qualcosa, però vedevo che loro vedevano le cose che avevo io nella mente e parlavano proprio di quelle cose

lì...cioè loro riuscivano a capire le cose che avevo in mente e agivano di conseguenza quindi per non...non arrivare ad insultarli rompevo la televisione”.

Circa il rapporto con gli altri detenuti ed in particolare con i compagni di cella: “non ho creato nessun rapporto con nessuno [domanda del Perito Pennati: “ma non poteva spegnere la tv e basta?”] non l’ho fatto perché avevo...oltre a me c’era un’altra persona quindi se io spegnevo quell’altra persona accendeva [...] quello che la mente mi diceva io in quel momento non pensavo neanche a chi mi stava attorno...io prendevo la televisione e rompevo e secondo me anche l’altra persone che stava vicino a me capiva che mi dava fastidio [...] purtroppo anche la persona con cui parlavo...con cui dividevo la camera, lui lo sentivo come sentivo le persone della televisione perché anche lui in qualche modo diceva le stesse cose nella mia mente [...] questa persona anche se era di fronte a me e parlava con me io non sentivo quello che diceva...tutto quello che...collegavo alle cose che mi diceva dette dalla televisione, quindi non...per me era uguale alle cose che dicevano alla televisione [...] visto che percepivo la stessa cosa con questa persona dopo un po’ mi sono chiuso dentro e non parlavo con nessuno e poi ho anche iniziato a prendere delle medicine, prendevo regolarmente per tre settimane quindi un po’ sono andato a posto”

Sempre in questo contesto riferisce anche di allucinazioni olfattive: “quando mangiavo sentivo la puzza, proprio la puzza del...della fece oppure del...[...] oppure delle persone morte. [...] quando mangiavo sentivo queste puzze”.

Allucinazioni acustiche ed olfattive si intrecciano nel racconto: “questi odori li ho avvertiti di più quando ero in Svizzera e sentivo l’odore del cadavere e...però queste voci poi mi dicevano che questi odori delle persone morte...le persone morte sono gli stessi che sono vivi, quindi di non preoccuparmi che è una cosa temporanea [...] io continuo a ribadire che era...sentivo l’odore del cadavere e prima lo sentivo mentre mangiavo adesso...invece quando sono arrivato in Italia sentivo solamente l’odore ma non il gusto”.

A domanda risponde che per il resto mangiava, dormiva, e, a Bari, non avrebbe mai assunto droghe. Richiesto esplicitamente, dice che in generale beveva un poco di birra e gli era capitato di fumare hashish, ma che smise quest’ultima abitudine quando si recò in Svizzera perché le voci lo disapprovavano.

Dopo (forse) tre settimane da Bari si recò in treno in Svizzera per subire interventi chirurgici alla gamba; qui –riferisce- non venne visto da alcuno psichiatra, soggiornò in ospedale prima e in un campo per rifugiati poi per alcuni mesi, dove sostiene di non aver assunto i farmaci prescritti a Lecce perché stava bene (dal punto di vista psichiatrico), ma di aver preso solo quelli per la patologia alla gamba.

Dimesso, probabilmente nel marzo venne a Milano, città che non conosceva e dove non conosceva nessuno. Così descrive la sua vita in quel periodo: “non conoscevo la città quindi dovunque mi trovavo stavo lì a chiedere l’elemosina [domanda del Perito Pennati: “ma chiedeva l’elemosina sempre nello stesso posto o girava?”] giravo e dove mi capitava dormivo [...] quando mi trovavo in un posto lì c’erano dei cassonetti e frugavo dentro e se trovavo qualcosa mi

mettevo addosso [...]mangiavo pane [...] chiedevo l'elemosina quindi quando mi davano i soldi entravo in un negozio e prendevo". Dormiva per lo più all'aperto, talora in ripari di fortuna. Non si lavava.

Lamenta il disinteresse da parte delle persone che incontrava: "cercavo di chiedere a delle persone che incontravo in questi...chiedevo delle informazioni di questo genere però nessuno mi dava retta quindi ognuno andava per la [propria] strada". Ancora: "Tutti giravano la faccia". Anche le persone di colore che incontrava lo scansavano o facevano finta di non capire quello che diceva.

Racconta che avrebbe voluto tornare a Foggia, ma non riusciva: saliva su un treno a caso, viaggiava per un po', capiva di non essere giunto a Foggia, e finiva per ritrovarsi sempre a Milano; anzi, neppure sapeva di essere in questa città, lo avrebbe appreso dopo essere stato incarcerato.

Riesce a ricordare che fu anche fermato dai tutori dell'ordine, ma rilasciato perché i suoi documenti risultavano in regola (siamo già a maggio).

Quel che rileva, assieme al vissuto di essere ignorato, è la ripresa delle allucinazioni uditive: "la stessa situazione che avevo lì a Lecce si ripresentava, nel senso che sentivo delle voci che parlavano, è come se sapessero cosa pensavo e di conseguenza...le stesse cose che vi dicevo... quindi è la stessa situazione di Lecce [...] non si trattava solamente della televisione ma anche delle persone perché io per esempio quando camminavo vedevo, mi trovavo in mezzo alla gente e la stessa cosa sentivo delle voci [...] io posso solamente dire che io sentivo queste...le voci che sentivo mi hanno anche portato a colpire tre persone...mentre camminavo per la strada".

Le "voci" ora hanno contenuto consolatorio: "non ho mai incontrato queste persone e...diciamo personalmente ma mi dicevano che...mi chiedevano costantemente di stare tranquillo perché tutti i miei problemi sarebbero risolti [...] prima diciamo che soprattutto a Bari era una cosa che continuava sempre e man mano le voci però mi tranquillizzavano e mi dicevano di stare tranquillo che sarebbero sparite queste voci e tutte le cose che...le cose migliori avrei...prima o poi mi sarebbero capitati e infatti adesso sto notando un miglioramento, un lieve miglioramento [...] non credo che siano spiriti maligni, anzi secondo me erano buoni perché mi tranquillizzavano [...] c'è una voce che mi dice di stare tranquillo e mi continua sempre a tranquillizzare e mi dice che prima o poi le cose si migliorano". In un caso afferma che la voce tranquillizzante sarebbe di una donna che lui non conosce. La consolazione consiste anche nel rassicurarlo che le voci stesse spariranno.

Alle nostre domande risponde che si trattava di Italiani, ma poi, in un dire in cui la logica si sfilaccia vieppiù: "si tratta di...non ho mai potuto decifrare il volto della persona però so che la persona mentre io cammino così lui cammina a fianco a me e parla in dialetto e...e dice anche nell'altro dialetto e mi dice di stare tranquillo che prima o poi i miei problemi saranno risolti [...] io ovviamente ho chiesto chi sono, lui ha detto no le persone che mi parlavano niente mi dicevano si delle buone cose perché loro sapevano che dovevo andare a Foggia e anche se chiedevo loro di indicarmi la strada per Foggia loro non mi dicevano e qualche volta chiedevo anche di mangiare e mi dicevano di

non preoccuparmi, tanto è vero che io non sentivo neanche la fame, è capitato anche di stare 10 giorni senza mangiare ma io nella mia pancia sentivo di avere il cibo”.

Specifica: “non era solamente una persona, erano tante persone nel senso che era come se io camminassi in mezzo a tantissime persone e queste persone mi dicevano che la lingua tramite il quale mi parlavano ero solamente io che li sentivo tutti gli altri non capivano la lingua”

In ogni caso: “sono persone vere” e “secondo me ci sono ancora ma io non so se...non so dirvi di preciso se è questa persona o quella”

Alle domande del Perito Pennati puntualizza che sente le voci tutto il giorno, persino nel sonno, che le voci provenivano sia dall'esterno che dal suo interno, che in quest'ultimo caso partivano dalla sua testa, che cominciavano a volume basso per poi “esplodere”, che egli non poteva fare alcunché per proteggersi perché anche se si tappava le orecchie le sentiva ugualmente: “la maggior parte delle volte la sento più su e poi ci sono anche delle volte che li sento dentro, proprio dentro”

Al colloquio del 1 luglio dirà che con le cure somministrate in carcere sta meglio, almeno nel senso che le voci sono tranquillizzanti (ma le sente comunque).

Aggiunge che erano molto intense nel periodo in cui era a Milano.

Di questo periodo, che è poi quello che immediatamente precede i delitti, riferisce che non riusciva a dormire per il freddo e continuava a camminare fino allo sfinimento, anzi, erano proprio le voci ad imporgli la peregrinazione: “dicevano di camminare perché...loro dicevano che camminando avrei incontrato delle persone che mi avrebbero indicato dove andare a mangiare o a dormire”.

Ma le voci dicevano anche altro, soprattutto gli rivelavano che lui era il creatore del mondo: “tramite la...le voci mi dicono che io sono il creatore del mondo e anch'io devo far faticare come le mie...le cose che ho creato e quindi venendo qui in Italia avrei sofferto di più e avrei capito che io sono veramente il creatore del mondo [...] sono loro che mi dicevano, sono le voci che mi dicevano che io sono...infatti io a volte mi meraviglio di queste cose che mi dicono perché io l'intenzione del viaggio verso l'Italia era per trovare qualcosa per lavorare però quando...le cose che mi stanno accadendo neanche io riesco a capire”.

Pare che anche in Ghana le voci gli dicessero che era il creatore del mondo, ma che fossero meno convincenti, così come al momento del colloquio – ricordiamo: in terapia da quasi due mesi- “non sono neanche convinto di quello che mi dicono [...] sono loro che mi dicono che ho creato, ma io non ci credo”.

Le voci si esprimono nella sua lingua materna.

Il Perito Merzagora chiede se chi gli parla non potrebbero essere gli spiriti Moati, spiriti della tradizione ghanese, ma Kabobo ribadisce che si tratta di voci di persone, non di spiriti. Poco dopo però unifica nella convinzione delirante spiritelli e voci, e vi aggiunge gli uomini bianchi: “questi spiritelli insieme alle

voci conoscano tutte le cose che succedono...succedono al mondo, insieme agli uomini bianchi italiani [...] tutti gli europei”.

Venendo alla rievocazione delle aggressioni, della prima riferisce di aver usato “un attrezzo che si usa di solito per scavare la terra”). Difficile ricostruire in modo logico la motivazione, conviene lasciare a lui la parola: “in Africa c’è la parte nord e la parte centrale, che è la zona dove vivo io, e di solito si usa lottare per il terreno io...mi dicono che sono io quello che ho creato e la...questi terreni e poi quando parlava io non ci vedevo più niente e allora l’ho colpito [...] avendo visto e sentito che in Africa si sta litigando per i terreni ehm...tra la popolazione del nord e del sud e essendo io il creatore di questi terreni io stesso sto soffrendo allora io non capivo il motivo e per rabbia ho preso e ho colpito questa persona [...] queste voci mi dicevano che la popolazione africana, la parte del nord anche loro stavano uccidendo le persone a picconi quindi mi sono sentito anch’io di fare la stessa cosa”.

In questa frase, fra l’altro, non pare che le voci gli “imponessero” le aggressioni, quanto piuttosto che gliele suggerissero.

C’è anche del rancore: “visto che sono io il creatore e poi io dormivo in mezzo alla strada, avevo freddo, non avevo da mangiare...tutti questi problemi li ho accumulati e mi hanno condotto a fare quello che ho fatto”.

Ulteriore “motivazione” sarebbe quella dell’omicidio come perversa richiesta d’aiuto, in un mondo in cui nessuno gli dava retta. Addirittura avrebbe voluto essere catturato “così finiva tutto”, intendendo il freddo e le sofferenze causate dalle voci. Ed anche: “pensavo mi sparassero”, quasi un suicidio per interposta persona.

Riferendo di questa motivazione, il periziando esprime ideazione suicidiaria che consiglia i periti a riferirne ai curanti della Casa Circondariale.

La scelta della vittima fu del tutto casuale: “è la prima persona che ho incontrato”.

Quella di cambiare l’arma è invece più funzionale: “il metallo pesava e non riuscivo a tenerlo come...a tenerlo bene”.

Il motivo per cui si sarebbe impossessato del denaro e degli oggetti consisterebbe nel poter fornire una motivazione alle aggressioni stesse: “quando l’ho colpito e poi è caduto ho preso questi soldi perché nella mia mente ho pensato se mi dovessero prendere mi chiederanno perché ho fatto questa cosa allora io andrò...ehm gli avrei potuto dire qualcosa”.

Ambivalente la valutazione morale: “quando ho visto quella scena lì mi è dispiaciuto tanto però nella mia mente sentivo che queste voci parlavano la stessa lingua di quella persona e...pur sapendo di aver fatto una cosa sbagliata l’ho fatta”. In compenso le voci gli dicevano che facevo bene a colpire “fino alla morte”.

D’altro canto: “quello che ho fatto, non l’ho fatto io”, e pure: “magari non li ho neanche uccisi”, e: “solo Dio sa quanto io ho sofferto per arrivare a questo punto, se fossero...se Dio fosse una persona magari non...direbbe che non ho fatto niente di così esagerato”.

I suoi delitti sarebbero comunque meno riprovevoli quello tentato da suo fratello, perché questi voleva colpire la propria madre.

In ogni caso: "io sapevo che andavo a far del male a questa persona".

Anche per la seconda aggressione c'entrerebbero le lotte fra le popolazioni africane per i terreni (ci scusiamo di non poter essere più precisi); riferisce di aver colpito due volte di fronte e di aver preso il telefonino.

Analoghe dinamiche per le altre aggressioni.

Delle vittime riporta: "mi ricordo che l'ultimo, il terzo, era giovane, ma tutti gli altri erano vecchi".

Ad un certo punto dirà di ricordare di aver colpito 4 persone.

Espressamente richiesto, afferma che non avrebbe colpito delle donne se si fossero trovate sul suo cammino perché le voci gli dicevano che le donne non c'entravano, ma per il resto le voci gli avrebbero imposto di colpire chiunque avesse incontrato.

IL QUADRO ATTUALE

All'ultimo colloquio il periziando afferma di non sapere quale sarà il suo destino. Sa di essere in un carcere.

Afferma che le voci gli dicono che le vittime non sono morte, benché "io stesso anche se so che magari non li ho neanche uccisi so di aver fatto qualcosa di male".

Verbalizza una scarsamente strutturata ideazione autolesiva (che viene segnalata dai periti ai curanti): "il mio desiderio è di morire da un giorno all'altro e oppure -perché no- se mi vogliono mandare giù in Ghana ben venga", "siccome ci sono queste cose nella mia mente se mi mandano in Ghana va bene questa volta". Pensa che comunque la morte per lui non sia una cosa giusta; la cosa giusta sarebbe dormire in una stanza più grande.

Afferma anche che una volta libero non andrà comunque in Ghana.

Appare comunque confuso e ambivalente sul punto dato che poi asserisce "dovessero portarmi in Ghana in prigione, sofferenza per sofferenza preferisco morire".

Se fosse libero tornerebbe nella sua famiglia, che non sa nulla dei fatti.

Non lamenta una sintomatologia posttraumatica rispetto alle aggressioni.

Nel corso di quest'ultimo colloquio, prevalentemente focalizzato sulla capacità di stare a processo, il periziando ha confermato di esperire tuttora allucinazioni uditive a contenuto vario (per lo più consolatorio) che lo lasciano a volte perplesso. Ha espresso ideazioni deliranti scarsamente strutturate.

Esposto a domande volutamente provocatorie (mirate a verificare la capacità di coping a stimolazioni intense) ha risposto con calma e senza scomporsi adducendo tutta la responsabilità dei fatti reato alle allucinazioni di cui sopra, definendosi implicitamente non colpevole rispetto alle accuse mossegli. La capacità di percepire il disvalore sociale dei fatti per i quali si procede è apparsa adeguata.

L'interazione con i legali di fiducia e con il proprio CTP è stata descritta in termini essenziali ma scevri da contaminazioni deliranti o comportamenti che

lasciassero supporre una compromissione delle facoltà di difesa.

ANALISI FORMALE DEI COLLOQUI

I colloqui sono stati decisamente difficoltosi anche per via delle barriere linguistiche, superate grazie al prezioso aiuto dell'interprete la quale pure, tuttavia, ha talvolta incontrato delle difficoltà.

Discreto l'orientamento spazio-temporale, benché in una occasione abbia asserito di avere appreso solo durante il colloquio di essere a Milano.

Il comportamento è apparso adeguato al contesto.

Sufficientemente curato nella persona e nell'aspetto.

Valido l'orientamento sul Sé.

Comprensione valida, attenzione in generale buona. Tempi di latenza delle risposte normali.

Considerando il contesto, il contatto visivo con i consulenti è apparso discreto.

L'interazione emotiva con gli interlocutori, sia pur considerando il difficile ed anomalo stato di cose (barriere linguistiche, sede e motivazioni del colloquio), è apparsa ridotta: il soggetto è per lo più rimasto confinato nel suo mondo condividendo solo episodicamente i suoi vissuti, rispetto ai quali è apparsa evidente una difficoltà di espressione.

Il periziando non ha mai iniziato sua sponte una conversazione, limitandosi a rispondere alle domande

Non si sono rilevati fenomeni di enfattizzazione dei sintomi o di captatio benevolentiae; in una occasione il periziando ha risposto con una domanda (con toni quasi provocatori) ad una domanda del perito Pennati.

Le capacità astrattive sono apparse ridotte. Non si sono osservati fenomeni di grave tangenzialità o di deragliamento del linguaggio. Nessi associativi nel complesso conservati.

Non sono apparsi evidenti atteggiamenti di ascolto.

Buona la capacità di reggere il colloquio, anche nei momenti più connotati dal punto di vista emotivo e più intensi nella formulazione di quesiti. Solo in una occasione il periziando si è chiuso per qualche minuto in sé per recuperare attenzione e concentrazione.

L'emotività si è mostrata congrua al contesto, l'affettività appiattita.

Il tono dell'umore è apparso moderatamente deflesso; presenti tematiche di desiderio di morte peraltro compatibili con la situazione giudiziaria.

Il periziando ha riferito con un franco distacco la presenza, pregressa ed attuale, di dispercezioni uditive (sia allucinazioni che pseudoallucinazioni) a carattere a volte imperativo, a volte commentante, a volte consolatorio.

Sono state descritte pregresse allucinazioni olfattive che sembrano ascrivibili a tematiche di disgregazione corporea.

Non sono emersi sintomi (flashbacks, depersonalizzazioni) suggestivi di patologia posttraumatica, né il periziando, per quanto ripetutamente stimolato su questo punto, ha verbalizzato di avere attraversato esperienze traumatiche.

La narrazione del periziando evidenzia la presenza di una tematica delirante elementare, scarsamente strutturata, a contenuto a tratti persecutorio a tratti megalomane, che gli fa pensare di essere il creatore del mondo, tematica rispetto alla quale evidenzia perplessità.

La descrizione da lui fornita del periodo a cavallo dei fatti reato è quella di un soggetto che ha freddo, fame, richiedente aiuto senza successo, emarginato: circondato da persone che non conosce ma che gli parlano, creatore del mondo fa giustizia come sa che viene fatto in Africa pur sapendo che ciò non è una cosa buona. Asserisce di aver distinto bene tra uomini e donne, le quali sono state escluse dalle possibili prede (senza una valida motivazione).

La consapevolezza del disvalore sociale dei comportamenti reato (a volte denegati nella loro esistenza) è presente, anche se a tratti in forma ambivalente.

La capacità di mantenere la propria versione dei fatti è apparsa valida: per esempio il periziando contesta l'accusa di avere nascosto il piccone per ribadire di averlo semplicemente deposto.

Deficitaria nei primi colloqui la memoria autobiografica nella datazione di avvenimenti importanti.

Sufficientemente valida la capacità di rievocazione dei reati: la descrizione dei fatti fornita dal periziando appare nel complesso collimante con i dati giudiziari.

Il sentimento complessivo al termine dei colloqui è stato di "Praecox Gefühl" o "sentimento di schizofrenia", "vale a dire l'intuitiva diagnosi di psicosi schizofrenica, in quanto apprensione globale dell'essere incontrato e delle modalità dell'incontro, a prescindere da qualsivoglia comunicazione delirante" (Rumke, in: Ballerini, A, 2010).

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Le barriere linguistiche, in questo caso particolarmente ostiche, e culturali nel caso in oggetto (si veda in allegati la relazione di intervento di mediazione linguistica e culturale redatta dalla Dr ssa Nancy Asare Yeboah) non consentono di ottenere dati sufficientemente attendibili dalla somministrazione dei test psicodiagnostici abitualmente utilizzati in questi casi (MMPI-II, Millon, Roschach, etc). A ciò si aggiunga che il Manuale di Psichiatria Forense della American Psychiatric Association autorevolmente recita: "Psychological testing is not a required component of the forensic assessment. There are, however, cases in which testing can aid in the formulation of a case. The utility of testing arises from the nature of the standardized tests and their relevance to specific forensic questions that require psychiatric assessments. The psychiatrist's

decision to include testing through a referral to a psychologist should be based on an understanding of what testing can offer and how it can contribute to the psychiatric formulation (Simon RI & Gold LH, 2010)."

Si è pertanto optato per una valutazione neuropsicologica in quanto meno influenzata dalle prestazioni verbali. Stante la natura dei reati, si è inoltre ritenuto corretto procedere ad un assessment neuromorfologico mediante Risonanza Magnetica Nucleare, anche per doverosamente escludere la presenza di grossolane patologie cerebrali quali neoplasie, infiammazioni, infezioni. All'epoca non era disponibile la documentazione della TAC eseguita a Lecce, pervenuta solo in settembre.

Il compito di eseguire tale valutazione è stato affidato alla Prof.ssa Gabriella Bottini ed alla sua equipe.

Si allega la relazione per intero, riportandone qui le conclusioni.

"Il Sig. Adam Kabobo ha eseguito una valutazione neuropsicologica estesa con lo scopo di esplorare le principali funzioni cognitive verbali e non verbali.

L'appartenenza etnica del paziente nonché il suo basso livello di alfabetizzazione hanno posto alcune limitazioni per alcuni test quantitativi in quanto non standardizzati, tuttavia come noto dalla letteratura, l'inserimento di dati derivanti dall'osservazione qualitativa nella valutazione consente di definire adeguatamente il profilo cognitivo-comportamentale.

Il livello di partecipazione e collaborazione del paziente durante l'esame è sempre stato adeguato. Non si sono mai evidenziate alterazioni del tono dell'umore tali da condizionare la prestazione cognitiva. In particolare, non ansia da prestazione, non distraibilità, non rallentamento psico-motorio. Nei compiti con coinvolgimento di aspetti motori (anche in test computerizzati) non si sono osservati rallentamenti patologici.

Il quadro complessivo si caratterizza per un deficit delle funzioni attentive in particolare dell'attenzione divisa e alternata. Gravemente deficitarie anche le competenze di ragionamento logico-astratto. Le abilità esecutive, in particolare la capacità di pianificazione sono assai ridotte.

Il profilo neuropsicologico configuratosi è supportato dal risultato indicato dall'esame di voxel based morphometry e compatibile con i deficit cognitivi che si riscontrano in pazienti con diagnosi di schizofrenia."

CONSIDERAZIONI PSICOPATOLOGICO-FORENSI

LA SINTESI PSICOPATOLOGICA: SULLA ESISTENZA O MENO DI UNA CONDIZIONE DI INFERMITA' POTENZIALMENTE INFICIANTE LA CAPACITA' DI INTENDERE E VOLERE

Tale valutazione viene condotta partendo da una analisi dei

DATI EMERSI DALLA DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA

In tale disamina sono sottolineati i dati "oggettivi", ossia i meno sensibili a valutazioni soggettive da parte del rilevatore, in medicina denominati SEGNI; *in Italic* sono evidenziati i dati più "soggettivi", pertinenti alla sfera soggettiva del periziando e di più difficoltosa valutazione oggettiva da parte del rilevatore, in medicina denominati *SINTOMI*.

La trattatistica classica differenzia, pertanto, il concetto di "sintomo", ovvero ciò che "soggettivamente" lamenta il malato, da quello di "segno", il dato che il medico "oggettivamente" rileva all'esame obiettivo. Dalla parola greca *sindromos* deriva, invece, *sindrome* che ha il significato di "coincidenza" ed indica la contemporanea presenza di più segni o sintomi (Cassano GB et al, pag 373, 1999).

I dati salienti appaiono i seguenti:

PRIMA DEI FATTI PER I QUALI SI PROCEDE

Documentazione CC Bari e Lecce

Per un'analisi più completa si rinvia a quanto riportato nell'esame degli atti dove vi è evidenza oggettiva di trattamenti psichiatrici (e di collocamento in SAV) a far tempo dalla carcerazione presso la CC di Lecce a seguito di anomalie del comportamento (reiterata rottura di televisori), dal periziando ascritte a *tematiche deliranti di influenzamento e di controllo*

Indubbia quindi la presenza di patologia della serie psicotica in epoca "non sospetta", cioè mesi prima dei delitti.

IMMEDIATAMENTE DOPO I FATTI PER I QUALI SI PROCEDE

Cartella Clinica CC San Vittore

Anche per una disamina più ampia di quanto riportato nella Cartella in questione si rinvia a ciò che abbiamo riferito in sede di esame degli atti, qui limitandoci a riaffermare che il detenuto ha evidenziato segni di significato psicopatologico già dal suo ingresso in carcere, quali: incongruità dell'atteggiamento rispetto al contesto, umore deflesso, bizzarrie comportamentali, allentamento dei nessi associativi, emotività instabile, facies e

mimica bizzarri, a tratti confusione, affettività inadeguata, un episodio di irrequietezza.

Già nei primi colloqui con i curanti dell'istituto: "A *specifica domanda inerente il reato appare consapevole di averlo commesso ma riferisce che 'non è colpa sua'. Afferma di avere ricevuto un ordine (di commettere il reato) da altrui persona non specificata che colloca con la mimica all'interno della sua testa*".

Viene ubicato al CONP e in cella singola con sorveglianza a vista.

E' prescritta la somministrazione di Aloperidolo e Zyprexa, cioè farmaci antipsicotici che verranno conservati fino all'attualità, e Depakin.

Più volte si ripete che assume regolarmente la terapia, ed infatti nel tempo è segnalato miglioramento.

Appare opportuno evidenziare che tali valutazioni sono state condotte da professionisti esperti in salute mentale della popolazione carceraria.

Verbali e Interrogatori

Notazioni circa la sospetta o probabile presenza di patologia psicotica emergono anche dalla documentazione giudiziaria, per esempio nel verbale dell'udienza di convalida di arresto del 13 maggio si legge: "Mi si domanda perché ho preso il piccone e colpito con quello le vittime che Lei mi ha indicato e rispondo non lo so io sento delle voci nella testa [...] Ho iniziato a sentirle [...] Quando mi sono svegliato sentivo le "cose" in testa allora ho preso dapprima il palo di ferro e quindi il piccone [...] Sono state le voci a dirmi di prendere la sbarra e di usarla per colpire qualcuno. [...] le voci le sento anche adesso mentre parlo con voi".

Da altre risposte fornite in quel frangente appare evidente la presenza di difficoltà di rievocazione dei fatti.

Tutto ciò consigliava anche il Pubblico Ministero nella richiesta di incidente probatorio ad osservare che "emergono segni inequivocabili di una situazione di infermità mentale riguardante l'indagato, tale da minarne la sua cosciente partecipazione al processo e la sua capacità di comprendere il disvalore degli atti compiuti".

Su questi documenti, comunque, non ci si dilunga in quanto ben noti all'Ufficio.

In sintesi, l'analisi dei dati evidenzia quindi nel periodo immediatamente successivo ai fatti per i quali si procede

I seguenti segni

- Estrema povertà linguistica
- Emotività incongrua (item poi sostanzialmente regredito)
- Ideazione alterata
- Umore inizialmente dimesso, poi piatto
- Facies e mimica bizzarri
- Atteggiamento incongruo al contesto
- Affettività inadeguata

- Allentamento dei nessi associativi
- Trascuratezza nella cura di sé
- Probabile atteggiamento di ascolto delle "voci" durante interrogatorio GIP, durante il quale appare smarrito

Ed i seguenti sintomi

- *allucinazioni o pseudoallucinazioni di tipo imperativo a contenuto minaccioso (anche se questo poi varierà, vedi oltre)*
- *franche dismnesie con ricostruzione dei fatti reato variabile (in una occasione non sa motivare perchè abbia messo in atto tali condotte).*

Va esplicitato che, stanti:

- la primitività nella commissione dei reati
- la franca -anche se non totale- disorganizzazione evidente nella criminodinamica (vedi oltre)
- la povertà linguistica e le conseguenti barriere comunicative
- la totale assenza di relazioni interpersonali (persone che si siano interessate, umanamente o professionalmente, al suo caso nel periodo successivo ai reati, con l'ovvia esclusione dei legali e del personale diplomatico), elemento che indirizza verso una quanto meno difficoltosa capacità di integrazione/affiliazione con gruppi/persone

appare francamente improbabile che il periziando sia in grado di produrre -e mantenere costante nel tempo- una simulazione di sintomi di malattia mentale così prossima a quanto si osserva nella pratica clinica quotidiana, tenendo anche conto dell'isolamento nel quale si è trovato in carcere stante la tipologia dei reati commessi.

Appare corretto anche formulare la riflessione che, generalmente, le culture non occidentali stigmatizzano fortemente i disturbi mentali, per cui è plausibile che il periziando, per quanto connotato da un funzionamento personologico che appare quanto meno propenso all'isolamento sociale, sia più portato alla dissimulazione piuttosto che alla simulazione di una condizione di infermità.

In ogni caso, si esclude che un soggetto pressochè non scolarizzato possa avere sviluppato una alfabetizzazione psichiatrica tale da poter simulare questi fenomeni.

Dal punto di vista logico-scientifico, abbiamo dunque proceduto all'applicazione di una metodologia che possa essere condivisa e fruibile in ambito forense, così utilizzando l'equazione di Hempel, proposta dal Dr Canzio della Corte di Cassazione in tema di metodologia di acquisizione della prova scientifica (Canzio, 2005):

"Le migliori elaborazioni della dottrina – finalmente utilizzate dalla Corte di Cassazione – tendono a trasferire nel processo il metodo di ricerca scientifica elaborato da Popper di conferma/confutazione dell'ipotesi.

Nel descrivere l'argomentazione giudiziaria che si fonda sulla logica popperiana è utile ricordare la formula di Hempel $p(hk) = r$, dove la probabilità (p) dell'ipotesi (h) è proporzionale al grado di informazione

coerente (**k**), introdotta nel processo attraverso l'acquisizione dei mezzi di prova, ed al crescere di **k** aumenta il grado di resistenza (**r**) alla falsificazione dell'ipotesi.

L'ipotesi (la ricostruzione dei dati noti in chiave esplicativa del fatto, secondo la proposizione: <se nella realtà fosse accaduto l'evento **x** ciò sarebbe spiegazione degli elementi posseduti>) deve essere verificata in virtù:

- 1) dei requisiti di logica generale;
- 2) del suo grado di elevata preferibilità rispetto ad ipotesi antagoniste;
- 3) dell'assenza di elementi che la contraddicano.

Ne consegue che non occorre pervenire ad un'affermazione di mitica certezza sull'accaduto, ma piuttosto occorre verificare che la narrazione degli eventi conosciuti sia:

- capace di spiegare gli eventi medesimi;
- convalidata dagli elementi acquisiti, dotata di semplicità, non contraddetta da altri dati posseduti;
- prevalente su ipotesi alternative."

Nel caso in oggetto, sia p = probabilità dell'ipotesi h (presenza di una condizione di infermità mentale potenzialmente rilevante ai fini della capacità di intendere e volere), ove k è il grado di informazione coerente ed r il grado di resistenza alla falsificazione dell'ipotesi.

Appare evidente, pur non potendosi ovviamente quantificare nei dettagli in materia di psicopatologia, che la probabilità p dell'ipotesi h (che sussista una condizione di infermità, psicosi acuta o cronica che sia, potenzialmente rilevante ai fini della compromissione parziale o totale della capacità di intendere e/o di volere, sia elevata in quanto il grado di informazione coerente (k) risulta elevato, così come il grado di resistenza alla falsificazione dell'ipotesi. La falsificazione dell'ipotesi h dovrebbe basarsi su:

- Rifiuto (variamente motivato: errori, omissioni, falsificazioni) dei dati (segni e sintomi) riportati nella documentazione clinica e giudiziaria
- Sufficiente certezza che il periziando sia in grado di simulare quanto sopra riportato (e che nessuno degli operatori che hanno interagito con lui abbia colto la simulazione)
- Valutazione della criminodinamica come sufficientemente organizzata (vedi oltre); anzi, verrebbe da dire, superorganizzata in quanto si è inevitabilmente portati ad ipotizzare che un soggetto così abile nella simulazione non possa mettere in atto una condotta criminale così brutale se non per fini non immediatamente relati al reato stesso, fini che devono andare ben oltre la pura e semplice predazione/omicidio. Quindi un genio del male che finge - per tutto il periodo che ci è dato conoscere - di essere psicotico, linguisticamente povero, isolato sul piano relazionale e che commette delle simili atrocità per fini che sfuggono al senso comune.

Appare evidente come tali elementi non siano in grado di falsificare l'ipotesi di cui sopra.

Si può pertanto affermare con ragionevole certezza che il quadro psicopatologico emerso dalla analisi degli atti appare di tipologia francamente –

e gravemente – psicotica.

A quanto fin qui esposto e nella stessa direzione valutativa vanno aggiunti i

DATI EMERSI DALLE ATTIVITA' PERITALI DIRETTE COLLOQUI

I colloqui – numerosi e prolungati – hanno decisamente confermato quanto agli atti.

Il periziando, in trattamento attivo per un adeguato periodo con importanti dosaggi di neurolettico e di stabilizzante-antimpulsivo –va esplicitato–, ha affermato di avere esperito (e di esperire tuttora, sia pure in termini meno intensi) importanti fenomeni dispercettivi che ne hanno condizionato il comportamento. Tali allucinazioni sono di datazione non precisa ma certamente risalgono quanto meno al periodo della detenzione nella CC Lecce. È stata descritta la presenza di una tematica delirante megalomantica scarsamente strutturata. La narrazione è apparsa a tratti contraddittoria e confusa, soprattutto nei primi colloqui, per quanto riguarda la datazione di eventi biografici anche importanti.

Colpisce nella narrazione il costante e pervasivo isolamento socio-relazionale: sembra che il soggetto fosse in grado di socializzare unicamente nella sfera dell'ambito lavorativo.

Sul piano semeiotico l'emotività è apparsa appiattita (elemento che potrebbe essere in parte ascritto alla terapia farmacologica) e la risonanza emotiva delle tematiche deliranti ridotta.

Va detto che il periziando non sembra avere enfatizzato la presenza di segni/sintomi psicopatologici ma, al contrario, di essere stato in merito piuttosto sulla difensiva (si veda ad esempio la presenza di ideazione autolesiva, mai comunicata ai sanitari del carcere).

In sostanza i colloqui hanno evidenziato la narrazione di una grave tematica delirante ed allucinatoria da parte di un soggetto, non scevro da sintomatologia "negativa" (vedi oltre) istituzionalizzato e adeguatamente (per qualità, quantità e arco temporale) trattato con terapia antipsicotica.

Infine, dalla

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA (già descritta)

Che fornisce elementi coerenti con la valutazione clinica.

Pertanto concludiamo che il periziando è affetto da un disturbo mentale di natura psicotica, grave, potenzialmente rilevante ai fini dell'imputabilità.

PER COMPRENDERE: LA DIAGNOSI FUNZIONALE

I dati emersi dalle operazioni peritali dirette ed indirette consentono di affermare che il periziando è affetto da patologia psichiatrica grave, pertinente all'area psicotica.

È importante sottolineare che nel lavoro peritale non è emersa traccia di sindromi culturalmente caratterizzate (quali amok et alia). Questi periti si erano posti il problema ma nulla è emerso che potesse assimilare il quadro presentato dal Kabobo a patologie di questo tipo (si vedano, tra gli altri: Hempel et al., 2000; Saint Martin, 1999).

Piuttosto, il profilo delineato sia dai sintomi che dai segni appare compatibile con una malattia dello spettro schizofrenico, caratterizzata dalla copresenza di sintomi cosiddetti positivi (delirio, allucinazioni), e sintomi negativi (ridotta espressività emotiva, alogia, avolizione, asocialità) (Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, 2008).

Non si sono osservati, nella documentazione clinica, sintomi o segni di intossicazione da stimolanti o da sostanze. Le videoregistrazioni evidenziano un comportamento non condizionato da agitazione psicomotoria o eccitamento, come normalmente avviene sotto l'effetto di stimolanti. Va esplicitato che un eventuale uso/abuso di sostanze sarebbe comunque ascrivibile alla tendenza alla automedicazione dei soggetti psicotici non trattati e quindi alla patologia, e non al tentativo di migliorare le proprie performances in un contesto di competizione con i pari (di cui in questo caso non si rileva traccia alcuna).

Al di là della componente allucinatoria e delirante ciò che appare fondante la diagnosi è la povertà del funzionamento globale. Infatti, per quanto i dati siano frammentari, non vi è evidenza di alcun tipo di relazione significativa costante nel tempo, di affiliazione a gruppi (frequente nei migranti per la necessità di reciproco sostegno), di passioni. Gli investimenti oggettuali appaiono scarsissimi. Il rendimento scolastico si mostra inferiore alle possibilità offertegli: resta analfabeta malgrado 5 anni di scuola elementare. La competenza linguistica è rudimentale.

Stando alla sua narrazione, il soggetto appare come una persona in perenne fuga dalla miseria o, per usare le sue parole tradotte, dal "degrado", fermandosi dove trova lavoro e fuggendo quando la disponibilità economica necessaria alla sopravvivenza viene messa in discussione.

L'assetto emotivo-cognitivo appare elementare, e non scevro da importanti compromissioni delle facoltà superiori.

Il riscontro neuromorfologico e neuropsicologico, in linea con una corposa letteratura (in aggiunta a quella elencata nella specifica relazione: Weinberger DR & Harrison PJ, 2011) conferma tale quadro.

In assenza di documentazione specifica e tenendo conto delle (probabili) condizioni socio-ambientali non è possibile formulare diagnosi relativa ad una disabilità intellettiva, ad un disturbo della comunicazione o ad un disturbo dello spettro autistico, anche se appare francamente probabile un funzionamento intellettivo limite.

PER CLASSIFICARE: LA DIAGNOSI FORMALE

Si è optato di adottare, relativamente alla formulazione della diagnosi, i criteri del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) in quanto i criteri del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) (disponibile da pochi mesi) sono ancora poco diffusi. La diagnosi secondo il DSM 5 è comunque riportata come accessoria (vedi oltre).

In base alle considerazioni sopra esposte e in accordo ai criteri del DSM-IV-TR, relativamente all'epoca dei fatti e all'attualità

Asse I

**F20.30 Schizofrenia Tipo Paranoide [295.90], Continuo (sintomi psicotici rilevanti sono presenti per tutto il periodo di osservazione);
Con Sintomi Negativi Rilevanti**

Asse II

R41.8 Funzionamento Intellettivo Limite [V62.89] (probabile)

Asse III

- Nulla di particolare ai fini forensi

Asse IV

- Problemi Psicosociali ed Ambientali:
 - Problemi con il gruppo di supporto principale: presenti
 - Problemi legati all'ambiente sociale: presenti
 - Problemi lavorativi: presenti
 - Problemi abitativi: presenti
 - Problemi economici: presenti
 - Problemi di accesso ai servizi sanitari: assenti
 - Problemi legati all'interazione con il sistema legale/criminalità: presenti

Asse V

- Valutazione Globale del Funzionamento:
10 (funzionamento gravissimamente compromesso) all'epoca dei fatti, 35 (funzionamento gravemente compromesso) all'attualità

La diagnosi di cui sopra appare confermata anche adottando i criteri diagnostici del DSM-5.

In generale il DSM 5 apporta alcuni importanti cambiamenti nella classificazione dei disturbi mentali. Uno dei principali è che viene abbandonato il sistema multiassiale, sostituito da una classificazione che unisce gli assi 1, 2, 3 e che viene proposto un sistema di valutazione

- di problemi psicosociali ed ambientali (suggerendo come strumenti quelli contenuti nel Sistema di Classificazione ICD-10-CM)
- del grado di disabilità mediante scale ad hoc.

Il DSM 5 apporta significativi cambiamenti nelle categoria diagnostica della schizofrenia:

- **il criterio A viene modificato**
 - **eliminando la speciale importanza di ideazioni deliranti bizzarre e delle allucinazioni uditive appartenenti ai sintomi di primo rango di Schneider**
 - **aggiungendo la necessità di soddisfare almeno uno dei sintomi del criterio A quali ideazioni deliranti, allucinazioni o eloquio disorganizzato**
- **vengono aboliti i sottotipi della schizofrenia dato che si è dimostrato che hanno stabilità diagnostica limitata, ridotta replicabilità, scarsa validità**

nel caso in oggetto viene confermata la diagnosi di Schizofrenia 295.90 (F20.9), decorso continuo.

Appare importante sottolineare che nel capitolo del DSM 5 sulla schizofrenia deficit cognitivi evidenti alle valutazioni neuropsicologiche sono considerate "Associated Features Supporting Diagnosis".

Nel caso in oggetto i fattori psicosociali ed ambientali coprono una vastissima gamma di variabili del sistema ICD-10-CM Z-codes.

(<http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/Z00-Z99>)

La diagnosi di schizofrenia può essere formulata anche senza la specificazione di gravità. La relativa scala è a pag 743.

A tale diagnosi possono essere aggiunti, nella voce "Altre Condizioni Che Possono Essere Oggetto Di Attenzione Clinica:

V60.0 (Z59.0) condizione di Homeless

V60.2 (Z59.5) povertà estrema

V62.89 (R41.83) funzionamento intellettuale limite (probabile)

L'ANALISI CRIMINOGENETICA E CRIMINODINAMICA

Premesso che in linea generale la presenza di patologia psichiatrica, anche grave, non esclude l'esistenza di motivazioni e dinamiche, si è tentato di delineare una spiegazione anche criminogenetica e criminodinamica del comportamento omicidiario di Adam Kabobo.

Nel caso presente si è applicata una chiave evolucionistica secondo cui il comportamento omicidiario risulta, nella specie umana, funzionale alla soluzione di un'ampia varietà di problemi adattativi (Duntley JD, Shackelford T, 2008).

Specificamente, l'uccisione di un umano da parte di un altro umano viene sul piano evolucionistico considerata un comportamento adattativo quando motivato, fra l'altro, da:

- prevenzione di sfruttamento, lesione, stupro, o uccisione di se stessi, parenti, compagni/e di vita e alleati da parte di altri umani (variabile che include la vendetta, spesso alimentata anche dalla cultura dell'onore legata a sua volta al mantenimento della reputazione)
- mantenimento della reputazione che se lesa potrebbe comportare l'essere percepiti come facilmente sfruttabili, lesi, stuprati o uccisi (variabile che include la vendetta)
- protezione delle risorse come territorio, rifugio, e cibo dai rivali
- eliminazione di individui non geneticamente relati che possono comportare eccessivo dispendio di risorse (figli adottivi)
- eliminazione di parenti genetici (infanti deformi, malati cronici o infermi) che interferiscono con l'investimento su migliori veicoli riproduttivi geneticamente relati
- eliminazione di rivali nella competizione per potenzialità riproduttiva, acquisizione e gestione di risorse necessarie al mantenimento di sé e della prole, status sociale (variabile direttamente legate alle prime due)
- acquisizione di risorse (partner sessuali, risorse economiche nel senso sopra descritto) del rivale e prevenzione da vendette
- controllo sulla fedeltà della/e compagna/e.

L'omicidio viene quindi considerato come un'unica e potente strategia che porta a conseguenze drammatiche sia per la vittima che per il perpetratore, e differisce da altre strategie di infliggimento di danni ad un rivale perché conduce alla fine definitiva del conflitto/competizione. Tale pattern comportamentale, considerato quindi come fisiologico, è controllato dal pattern cognitivo della ideazione omicidaria, che valuta l'altamente complesso rapporto costi/benefici dell'azione in questione. La consapevolezza cosciente dei processi cognitivi che motivano il comportamento omicidiario non è in linea generale necessaria alla messa in atto del comportamento; anzi, si può affermare che in alcuni casi la mancanza di una consapevolezza cosciente ottimizza le probabilità di successo di un omicidio (evitando, ad esempio, la messa in atto di processi inibitori dell'azione) e ne riduce le possibili conseguenze per il perpetratore, che

può narrare a se stesso e agli altri di non essere stato lui o che l'omicidio fosse non intenzionale.

In tale contesto il contributo della patologia psichica alla messa in atto del comportamento omicidario sembra essere importante negli omicidi che hanno impatto disadattativo, o quelli ove il rapporto costo/benefici di tale condotta appare insostenibile, come nel caso in oggetto.

In questi casi la psicopatologia di base può condurre ad una attivazione inappropriata del fisiologico pattern omicidario.

Nella situazione in oggetto non vi è un movente chiaro ed univocamente in grado di spiegare i fatti: aggredire sei persone (tre senza esito, tre uccise) per sottrarre qualche spicciolo e i cellulari senza alcun tentativo di nascondere le prove dei reati, camminando per lungo tempo con un piccone sulla spalla appare quanto meno illogico e bizzarro, cioè non immediatamente comprensibile in base al senso comune.

Dalle parole del periziando, anzi, tale comportamento sarebbe stato agito

1. proprio per essere catturato, in tal modo ponendo fine alle sofferenze dovute alla carenza di soddisfazione dei bisogni primari;
2. oltre che per attirare l'attenzione di coloro che lo ignoravano ostentatamente,
3. e oltre che per obbedire alle voci, descritte come a tratti imperative a tratti consiglianti a tratti commentanti.

A parere di chi scrive si è realizzata la tipica condizione di acting out psicotico, ove anche le difese più elementari (nel caso in oggetto le allucinazioni rassicuranti) implodono: il soggetto, in preda alla necessità di soddisfare bisogni primari (cibo, sonno, protezione) e non in grado di soddisfarli, per la limitatezza strutturale delle risorse emotive-cognitive e della confusione psicotica, mette in atto un comportamento predatorio primitivo finalizzato all'acquisizione di tali risorse senza operare una valutazione razionale – e comprensibile in senso fenomenologico - del rapporto costi-benefici di tale condotta.

Il soggetto nei colloqui si descrive come esposto ad allucinazioni, arrabbiato verso un mondo che continuamente respingeva le sue richieste di aiuto, affamato ed infreddolito, convinto di essere creatore del mondo e contemporaneamente di poter fare ad altri (donne escluse) ciò che veniva fatto alle popolazioni del sud dell' Africa centrale ove le dispute per i terreni vengono a sua detta risolte a picconate (elemento che, tuttavia, non collima con il fatto che la prima arma fosse una sbarra di ferro ed appare quindi una razionalizzazione delirante a posteriori).

Il tutto avviene in un contesto emotivo e cognitivo destrutturato, quasi oniroide (wahnstimmung), nel quale le pulsioni istintuali profonde – e ambivalenti- si materializzano e diventano azione e nel quale le capacità mediatrici del Sè appaiono insufficienti a causa di disturbi della percezione e della rappresentazione dell'azione riconducibili al crollo della abituali difese, sostituite da difese più arcaiche ed istintuali.

Appare corretto esplicitare che tali quadri sono di raro riscontro nella psichiatria occidentale urbana, in quanto tali problematiche comportamentali

generalmente attivano, all'esordio del quadro, i membri del gruppo di riferimento che provvedono a far sì che vengano erogate le necessarie cure e quindi il quadro psicopatologico non si può esprimere nella sua pienezza (colta invece dagli AA classici, cui era ben nota, in era prefarmacologica) (Jaspers, 1994; Schneider, 1983). Sono più frequenti in aree dove più difficile è l'accesso ai servizi sanitari, dove questi non sono adeguati per qualità/quantità, o, soprattutto, quando il soggetto è isolato e non sono posti quindi in essere, per la mancata coscienza di malattia che porta il paziente a non curarsi, gli indispensabili interventi.

In pratica, il periziando, documentatamente affetto da psicosi schizofrenica e con ridottissime capacità linguistiche, si è trovato al rientro in Italia dalla Svizzera in condizioni di lotta per la sopravvivenza non avendo la possibilità né le capacità di organizzarsi per soddisfare i bisogni primari (cibo, igiene, luogo sicuro ove riposare, persone cui fare riferimento). Tale condizione di stress non può che avere gravemente esacerbato la patologia di base, aggravando la sintomatologia delirante ed allucinatoria e la compromissione cognitiva (Arnsten Amy F.T, 2011; Weinberger DR & Harrison PJ, 2011).

Ciò fa ipotizzare che il periziando abbia posto in essere i comportamenti reato con la perversa e recondita (ma non del tutto inconscia, dato che durante un colloquio il soggetto ne ha accennato) motivazione del venire catturato e quindi di soddisfare i bisogni primari di cui sopra. L'aggravarsi della componente delirante ed allucinatoria e l'implosione emotivo-cognitiva di cui agli atti ha reso praticabile un comportamento prima molto probabilmente solo fantasticato e collocato nel registro del rancore verso chi non lo aiutava. In sintesi è diventato giusto per lui, sofferente creatore del mondo, eseguire ciò che le voci gli suggerivano/imponevano di fare: uccidere e con l'occasione farsi catturare per soddisfare i propri bisogni primari.

È qui che i comportamenti-reato hanno valore di espressione di malattia: per farsi semplicemente catturare sarebbe bastato urlare, distruggere delle auto, una vetrina o fare qualcosa di clamoroso, senza incorrere nei costi intrinseci ad una condotta omicidaria. Le uccisioni sono da ricondurre alla patologia psicotica di cui sopra, che però per la natura stessa della criminodinamica (e anche per quanto verbalizzato nei colloqui) lasciano intravedere sullo sfondo una sia pur minima consapevolezza del disvalore sociale dei fatti-reato.

Questa ipotesi consente di comprendere la criminodinamica.

I dati disponibili (numerosi, tra cui videoregistrazioni della aggressione al Sig Morisco e al Sig Carella) evidenziano elementi salienti ai fini della risposta ai quesiti peritali.

Il periziando non ha cercato di nascondersi, fatti salvi i momenti precedenti le aggressioni letali, vagando per le vie del quartiere con il piccone in spalla, non occultato, per almeno 90 minuti (prima aggressione con tale arma alle 5 circa, ultima alle 6.30; alle 4.30 circa aggressione con sbarra di metallo). Nella documentazione agli atti non appare in preda agitazione psicomotoria, ma

cammina normalmente per il quartiere deserto.

Il periziando non ha mai spostato le vittime dal luogo delle aggressioni.

Nel video della aggressione al Sig Morisco si vede come la aggressione sia abbozzata e come il periziando lasci il tempo alla possibile vittima di rifugiarsi nel palazzo, per poi dare un colpo al portone, mettere le mani sui fianchi scuotendo la testa quasi divertito e riprendere la sua strada.

Nel video dell'omicidio Carella si vede chiaramente come il periziando si focalizzi, immediatamente dopo avere percepito che la vittima –colpita senza indugio alcuno con estrema rapidità e precisione- non era in grado di reagire, sul contenuto delle tasche e successivamente come resti quasi fermo, incerto sul da farsi, all'arrivo del padre della vittima e del soccorritore, per poi allontanarsi con calma e venire catturato dai CC dopo essersi liberato del piccone. In base a quanto sopraesposto si può pensare che il soggetto abbia posto fine alle aggressioni quando certo di essere stato identificato da parte del padre del Sig Carella e del soccorritore.

I cadaveri non sono stati scempiati, per quanto le ferite inferte fossero pressoché tutte letali: le aggressioni in quanto tali sono state condotte quindi lucidamente e sembrano più finalizzate alla acquisizione di beni (probabilmente i cellulari) che alla eliminazione di nemici (solo una vittima è deceduta sul posto, quindi negli altri casi non è stato inferto il colpo di grazia né, inoltre, ne è stato accertato l' exitus).

E, con ridondanza psicotica connotata da perseverazione (vedi valutazione neuropsicologica), sono state poste in essere non una, ma tre condotte omicidarie.

Va inoltre sottolineato come il periziando, una volta fallite le prime aggressioni, abbia deciso di usare anziché una sbarra di ferro un piccone, giudicato più atto allo scopo.

Il periziando fugge alla vista dei CC perché, a sua detta, temeva che le FFOO gli sparassero.

Nel video –disponibile in rete- che lo ritrae sull' auto che lo porterà in sicurezza appare calmo, con lo sguardo nel vuoto.

La primitività delle modalità di commissione dei reati e l'evidente assenza di pianificazione degli stessi consentono di escludere la presenza di ideazione omicidaria strutturata e stabile.

Vi è peraltro, in un contesto emotivo-cognitivo gravemente destrutturato, la messa in atto di comportamenti predatori lucidi, che hanno consentito al soggetto di modulare la propria condotta nelle differenti situazioni attraversate (non aggredisce il padre del Sig Carella, fugge alla vista delle pistole delle FFOO).

Kabobo non ha commesso gli omicidi in una condizione di totale assenza di coscienza, di automatismo, del tutto travolto dalla malattia. Anche se nel determinismo degli atti la patologia ha avuto un ruolo importante, non può dirsi che la malattia abbia agito al suo posto.

Egli, per esempio, ricorda la numerosità delle vittime, il loro genere, le

sequenze degli atti, le armi usate; a tale ultimo proposito, si è anche procurato un'arma più efficiente della prima scelta. E il ricordo non è compatibile con una totale assenza di coscienza durante i fatti.

I motivi da lui riferiti sono sì in gran parte patologici, ma assieme a questi ne riporta anche altri, quali il rancore e la frustrazione per non essere ascoltato da nessuno. E poi la motivazione dell'omicidio come perversa richiesta d'aiuto; addirittura avrebbe voluto essere catturato "così finiva tutto", intendendo il freddo e le sofferenze causate dalle voci. Ed anche: "pensavo mi sparassero", secondo la dinamica del "suicidio indiretto" già descritta dal Ferri nel 1982.

Le stesse "voci", peraltro, gli suggerivano più che imporgli l'agito ("queste voci mi dicevano che la popolazione africana, la parte del nord anche loro stavano uccidendo le persone a picconi quindi mi sono sentito anch'io di fare la stessa cosa").

Benché ambivalenti, Kabobo ha anche avanzato valutazioni morali circa i propri gesti: "quando ho visto quella scena lì mi è dispiaciuto tanto però nella mia mente sentivo che queste voci parlavano la stessa lingua di quella persona e...pur sapendo di aver fatto una cosa sbagliata l'ho fatta". E se è vero che le voci gli dicevano che facevo bene a colpire "fino alla morte", d'altro canto: "io sapevo che andavo a far del male a questa persona".

L'analisi complessiva dei dati porta pertanto a concludere per la presenza

- **di una grandemente scemata, ma non totalmente assente, capacità di intendere, definita come l'idoneità del soggetto a rendersi conto del valore sociale delle proprie azioni, e quindi percepirne il significato**
- **di una sufficientemente conservata capacità di volere, definita come attitudine dell'individuo ad autodeterminarsi, e quindi orientare gli atti compiuti in modo finalistico rispetto al significato percepito.**

LA CAPACITA' DI COSCIENTEMENTE PARTECIPARE AL PROCEDIMENTO

Come s'è fin qui esposto, si ritiene dunque che Adam Kabobo sia affetto da malattia mentale tale da grandemente scemare la capacità di intendere e di incidere su quella di volere. Per quanto però concerne la sua capacità di coscientemente partecipare al procedimento occorre fare dei distinguo.

Innanzitutto, per consolidata dottrina e prassi psicopatologico forense, e dopo la sentenza n. 340 del 20 luglio 1992 della Corte Costituzionale, è pacifico che la capacità di coscientemente partecipare al procedimento, pur ancorata al concetto di malattia mentale, sia cosa diversa dalla capacità di intendere e di volere rispetto alla commissione di un reato ed al momento di questa (fra gli altri: Gulotta, Farinoni, 2000; e, ci si permetta: Farinoni, Martelli, Merzagora Betsos, 2004; Merzagora Betsos, 2009). Un punto particolare, avverte Fornari, concerne la possibilità che le sue condizioni mutino nel corso del tempo, sia nel senso che l'imputato considerato incapace in un primo tempo sia poi da ritenersi in grado di coscientemente partecipare al procedimento, sia nel caso inverso (Fornari, 2008).

Principalmente, gli Autori insistono su di una nozione meno restrittiva dell'art. 70 c.p.p. rispetto alle norme che disciplinano il difetto di imputabilità (Fornari, 2008; Manacorda, 2003).

E' del pari pacificamente condiviso che la *competence* difensiva non coincida con la capacità di difesa "tecnica", altrimenti solo gli avvocati (e neppure tutti) sarebbero capaci di coscientemente partecipare, bensì corrisponda all'idoneità di difendersi dall'accusa che viene mossa.

In particolare, nell'accertamento si avrà riguardo a: stato di coscienza, con particolare attenzione alla vigilanza ed all'orientamento temporo-spaziale e nei confronti delle persone; capacità attentive, tanto spontanee quanto di tipo conativo; capacità mnestiche, tanto a breve quanto a lungo termine; caratteristiche del pensiero e contenuti prevalenti del pensiero; capacità di esame di realtà e di giudizio di realtà; tono dell'umore; capacità di esposizione e di comunicazione di eventi che lo riguardano (Manacorda, 2003).

Ebbene, come s'è ripetutamente detto e descritto, innanzitutto il periziando, dopo la somministrazione di farmaci antipsicotici che i curanti del carcere assicurano continua ad assumere, ha evidenziato un rimarchevole miglioramento delle proprie condizioni rispetto al momento della commissione dei delitti.

Egli è stato in grado di comprendere (ovviamente con l'ausilio dell'interprete) le domande che gli venivano poste e di rispondere a tono e in modo contestualizzato.

Attualmente l'orientamento temporo-spaziale è presente.

Ha saputo pure comprendere, almeno per sommi capi, i diversi ruoli dei partecipanti al colloquio, per esempio rivolgendosi propriamente all'interprete.

In particolare, ha saputo sia ripercorrere la propria storia di vita sia, soprattutto, narrare gli accadimenti delittuosi e ha avanzato "spiegazioni" ai suoi gesti, ancorché in gran parte patologiche, comunque tali da mostrare di comprendere di cosa lo si accusi. Ricorda di aver colpito più persone, riferisce che la scelta fu casuale, sa di essersi procurato un'arma più efficiente della prima con cui non aveva ucciso, spiega perché si impossessò di alcuni dei beni delle vittime.

Riferisce motivazioni molte delle quali gravemente patologiche –le allucinazioni uditive e la sua mortificazione come creatore del mondo vilipeso, la situazione africana da riproporre con il suo gesto-, ma la cui illogicità non osta con la consapevolezza di dover subire un giudizio, al più è una logica defensionale così come potrebbe esserlo una qualsiasi "scusa" avanzata da un sano per spiegare il delitto. In ogni caso, le "voci" –ora attenuate- lo hanno semmai guidato nella commissione del fatto, e non sono per esempio intervenute nel colloquio peritale.

Alcune delle motivazioni addotte al comportamento omicidiario, inoltre, sono più condivisibili secondo logica, per esempio il rancore per la vita miserrima condotta a Milano a causa della noncuranza delle persone nei suoi confronti.

Ad ulteriore suffragio di quanto detto va citato il fatto che –come s'è detto a proposito della residua capacità al momento del fatto- il periziando esprime valutazioni morali negative del proprio gesto, pur nell'ambivalenza dovuta alla contemporanea azione della malattia.

In sintesi, Adam Kabobo nell'attualità è capace di coscientemente partecipare al procedimento.

LA PERICOLOSITA' SOCIALE PSICHIATRICA

Il problema viene affrontato adottando la criteriologia proposta da Fornari (2008).

Essa suggerisce l'analisi del caso alla luce dei seguenti indicatori:

interni

- presenza e persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo
- assente consapevolezza di malattia
- non accettazione delle terapie prescritte
- mancata o inadeguata risposta a quelle praticate (purché adeguate sul piano quali e quantitativo)
- presenza di segni di disorganizzazione cognitiva e di impoverimento ideomotorio e psicomotorio (sensibile compromissione delle abilità sociali e delle risorse premorbose) che impediscano un compenso in tempi ragionevoli

esterni

- caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, conglobamento, rifiuto, indifferenza)
- esistenza ed adeguatezza dei servizi psichiatrici di zona, disponibilità e capacità di formulare progetti terapeutici da parte degli stessi
- possibilità di (re)inserimento lavorativo o di soluzioni alternative
- tipo, livello, e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto reato
- opportunità alternative di sistemazione logistica proponendo altresì dei criteri di esclusione della stessa pericolosità sociale psichiatrica, quali:
 - spengimento o anche solo sensibile attenuazione della sintomatologia psicotica florida che ha determinato il passaggio all'atto
 - ripristino di una sufficiente consapevolezza di malattia
 - recupero di una capacità di analisi di critica e di giudizio adeguate
 - possibilità di ottenere, da parte del paziente, una spontanea attendibile accettazione degli interventi terapeutici compresi quello farmacologico e buona compliance alle terapie
 - disponibilità degli operatori dei servizi psichiatrici o di altri specialisti, presso case di cura o nel settore privato, a prendersi effettivamente in carico siffatti soggetti
 - soluzione di specifici problemi concorrenti alla genesi ed alla dinamica dell'atto
 - prospettiva di rientro in famiglia o di assegnazione a strutture comunitarie
 - reperimento o ripresa di un'attività lavorativa e di altre attività socialmente utili per una positiva reintegrazione

adottando tali criteri con una visione olistica e complessiva, e non meramente mediante una valutazione analitica quali e quantitativa.

Allo stato attuale il periziando, che tuttora riferisce la presenza di dispercezioni uditive (per quanto ridotte) e di ideazioni deliranti, appare sufficientemente compensato grazie all'effetto contenitivo del carcere ed allo specifico effetto curativo delle terapie prescritte.

Nel passato tuttavia il quadro clinico appare connotato da:

- Gravità della patologia
- Facilità al passaggio all'atto
- Assenza di adeguata consapevolezza di malattia
- Situazione di vita elevatamente stressogena sul piano della soddisfazione dei bisogni primari (casa, cibo, protezione)
- Assenza di sostegno familiare
- Assenza di reti di riferimento/sostegno extrafamiliari valide

E' da sottolineare che il Kabobo era stato già diagnosticato come malato di mente e gli erano stati già prescritti e somministrati farmaci durante la detenzione a Lecce, ma che lui aveva interrotto l'assunzione una volta lasciato a se stesso, fra l'altro in quanto la consapevolezza di malattia è, anche a tutt'oggi, parziale e superficiale.

L'isolamento sociale in cui versa impedisce poi che qualcuno riconosca le sue condizioni, se ne occupi, lo esorti a curarsi, avverta chi potrebbe intervenire.

In sostanza, sia all'epoca dei fatti che allo stato attuale, date le caratteristiche della patologia in atto, è ragionevole ipotizzare che sia significativamente probabile che il soggetto a causa di essa possa commettere nuovi fatti previsti dalla legge come reati. **Nel caso specifico la pericolosità sociale è presente, ed appare corretto considerarla (alla luce del quadro clinico attuale e dell'anamnesi psicopatologica prossima e remota) elevata.**

Per obbligo deontologico, si ritiene doveroso sottolineare che, dal punto di vista psichiatrico, il periziando oltre che evidenziare un rischio di condotta eterolesiva presenta anche pericolo di comportamenti autolesivi in quanto, in assenza di adeguati trattamenti e nel caso dovesse implodere la componente dispercettivo-delirante della malattia che ha funzione anche (e forse soprattutto) autoconservativa, tenendo inoltre conto della auto e/o etero stigmatizzazione della malattia mentale (più pesante in culture non occidentali) la probabilità di comportamenti autolesivi appare molto elevata, dato che sono in tal senso rappresentati numerosi fattori di rischio (giovane età, uso di sostanze, impulsività, antisocialità, et alia) che la letteratura sull'argomento evidenzia da anni (American Psychiatric Association, 2003).

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

PERIZIA PSICOPATOLOGICO FORENSE

SIG KABOBO ADAM alias MADA



DEPOSITATA IN CANCELLERIA

OGGI 7/10/2013

N. 26424/13 R.G.N.R.
N. 5819/13 R.G.G.I.P.

~~IL CANCELLIERE
dr. Giuseppe MANFREDI~~

PERITI:

ISABELLA MERZAGORA

AMBROGIO PENNATI

INDICE

QUESITI	4
LE OPERAZIONI PERITALI	5
LE OPERAZIONI PERITALI INDIRETTE.....	5
ESAME DEGLI ATTI.....	5
LA DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA	5
LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	8
LE OPERAZIONI PERITALI DIRETTE	12
ESAME DEL PERIZIANDO	12
COLLOQUI	12
ANALISI FORMALE DEI COLLOQUI	20
VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA	21
CONSIDERAZIONI PSICOPATOLOGICO-FORENSI	23
LA SINTESI PSICOPATOLOGICA: SULLA ESISTENZA O MENO DI UNA CONDIZIONE DI INFERMITA' POTENZIALMENTE INFICIANTE LA CAPACITA' DI INTENDERE E VOLERE.....	23
PER COMPRENDERE: LA DIAGNOSI FUNZIONALE	28
PER CLASSIFICARE: LA DIAGNOSI FORMALE	29
L'ANALISI CRIMINOGENETICA E CRIMINODINAMICA	31
LA CAPACITA' DI COSCIENTEMENTE PARTECIPARE AL PROCEDIMENTO	36
LA PERICOLOSITA' SOCIALE PSICHIATRICA	38
LA RISPOSTA AI QUESITI PERITALI	40
BIBLIOGRAFIA	41
APPENDICE	42
I CRITERI DIAGNOSTICI ADOTTATI (DSM-IV-TR).....	42
F20.x Schizofrenia (295.00)	42
R41.8 Funzionamento Intellettivo Limite [V62.89]	56
ALLEGATI	58
DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA	58
I FATTI PER I QUALI SI PROCEDE	58
CASELLARIO GIUDIZIALE.....	60
VERBALE ARRESTO IN FLAGRANZA DI REATO E VERBALE PERQUISIZIONE PERSONALE	61
S.I.T	65
DENUNCE QUERELE.....	66
ACCERTAMENTI ESPERTI PRESSO STRUTTURE DI ACCOGLIENZA	67
RICHIESTA DI INCIDENTE PROBATORIO	67
UDIENZA CONVALIDA GIP.....	68
ORDINANZA A SEGUITO DI UDIENZA DI CONVALIDA DI ARRESTO.....	70
DOCUMENTAZIONE SANITARIA	71

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

DOCUMENTAZIONE CC LECCE	71
CARTELLA CLINICA ASL LECCE.....	72
UO Psichiatria Penitenziaria	72
CARTELLA CLINICA CC SAN VITTORE	73
CARTELLA REPARTO ORTOPEDIA OSPEDALE DI LOSANNA (CH)	80
I COLLOQUI (trascrizione)	81
RELAZIONE NEUROPSICOLOGICA	148
REFERTO VB-RMN	163
RELAZIONE INTERVENTO MEDIAZIONE LINGUISTICA E CULTURALE	169

QUESITI

Il giorno 6 giugno 2013, in sede di incidente probatorio, il Giudice per le indagini preliminari, Dottor Andrea Ghinetti, poneva a questi periti i seguenti quesiti:

“Dicano i periti, esaminati gli atti ed espletate tutte le indagini che ritengono necessarie se

l'indagato KABOBO Adam alias MADA:

1. sia capace di coscientemente partecipare al procedimento,
2. fosse capace di intendere e di volere al momento dei fatti di cui al procedimento;
3. se sia socialmente pericoloso”

Il Giudice disponeva altresì che i periti provvedessero a documentare con video ripresa gli incontri con il periziando, e li autorizzava ad avvalersi di ausiliari; a fare ingresso negli istituti di detenzione con gli ausiliari e le apparecchiature al seguito, il tutto unitamente ai C.T.P.; a estrarre copia di tutti gli atti del procedimento; a utilizzare, ove ritenuto opportuno, un mediatore culturale.

I periti dichiaravano che le operazioni peritali avrebbero avuto inizio il 10 giugno 2013 presso la Sezione di Medicina Legale in Milano, Via Mangiagalli 37 e chiedevano termine di giorni novanta per il deposito della relazione, termine successivamente prorogato di altri trenta.

All'udienza erano presenti fra gli altri:

- il Dottor Mario MANTERO in qualità di consulente per la parte offesa Andrea Masini;
- il Dottor Massimo PICOZZI, in qualità di consulente per la parte offesa Savino Carella;
- il Dottor Edoardo RE, in qualità di consulente per la difesa dell'indagato.

LE OPERAZIONI PERITALI

LE OPERAZIONI PERITALI INDIRETTE

ESAME DEGLI ATTI

LA DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA

Questi periti hanno preso visione della documentazione presente nel fascicolo che riprenderanno per sommi capi per poter ricostruire la vicenda ai fini della risposta ai quesiti.

Adam Kabobo è accusato di omicidio, rapina aggravata, lesioni personali, etc., reati commessi il giorno 11 maggio 2013, in un arco temporale che andava dalle 4.30 circa alle 6.30 di mattina.

In queste due ore, in un tragitto in parte visibile grazie alle immagini di un impianto di videosorveglianza e ricostruito in una piantina allegata agli atti, prima aggrediva Andrea CANFORA, cercando di colpirlo alla testa con una spranga di ferro gialla; il giovane riusciva a parare il colpo e veniva "solo" ferito al polso. Successivamente, continuando il girovagare, "si avvicinava minaccioso" (così in atti) a Giuseppe QUATELA, ma era dissuaso dall'aggressione dal ringhiare del cane del Quatela medesimo che, come la prima vittima, non denunciava il fatto. A questo punto, secondo la ricostruzione dei Carabinieri, il Kabobo si sarebbe armato di un piccone con il quale colpiva Francesco Antonio NIRO. La quarta aggressione, ai danni di Antonio MORISCO, non sortiva esiti infausti perché la vittima riusciva a riparare nell'androne condominiale e chiudere dietro di sé il portone. Anch'egli non reputava di dover denunciare il fatto.

E' quindi la volta di Ermanno MASINI "aggredito con violenza inaudita e colpito alla testa (frattura esposta della base cranica con traumatismo intracranico) e all'addome (traumatismo del rene con ferita aperta in cavità e lacerazione), accanendosi più volte sul corpo già esanime del malcapitato", che morirà all'ospedale Policlinico. A costui il Kabobo ruba anche il telefono cellulare.

Successivamente il Kabobo si dirigeva in piazza Belloveso dove uccideva a picconate, "infiendo con sconvolgente brutalità", Alessandro Maria CAROLE', al quale pure sottraeva il cellulare.

La settima ed ultima aggressione, e sono oramai le 6.30, sarà ai danni di Daniele CARELLA, la cui uccisione è ripresa da un filmato di videosorveglianza che ne testimonia con tragica efficacia l'efferatezza. Il filmato è stato posto a disposizione di questi periti.

Nel rapporto dei CC si osserva: "le numerose aggressioni sembrano rispondere ad una sorta di 'girovagare' criminoso per il quartiere più che ad un preciso

schema. Il tutto in considerazione della casualità con la quale ha scelto le sue vittime”.

Le forze dell'ordine venivano chiamate dopo l'aggressione ai danni del Carolè; i CC giungevano con prontezza e fermavano il Kabobo.

Accompagnato all'interno della Caserma dei Carabinieri egli "rifiutava di collaborare chiudendosi in un silenzio totale”.

Le dichiarazioni dei testimoni, contenute in atti, non fanno che confermare quanto fin qui esposto.

Nella richiesta di incidente probatorio formulata dal Pubblico Ministero al Giudice per le indagini preliminari si legge della ritenuta necessità di procedere a perizia circa la capacità del Kabobo di coscientemente partecipare al procedimento, la sua capacità di intendere e di volere, e la pericolosità sociale, considerato: "che dalle dichiarazioni rese dall'indagato in sede di interrogatorio di convalida dell'arresto, nonché dalla documentazione medica trasmessa dalla Casa Circondariale di Milano, emergono segni inequivocabili di una situazione di infermità mentale riguardante l'indagato, tale da minarne la sua cosciente partecipazione al processo e la sua capacità di comprendere il disvalore degli atti compiuti”.

Il 13 maggio il Kabobo veniva interrogato dal Giudice per le indagini preliminari a cui, per quel che più rileva ai nostri fini, dichiarava: "Mi si domanda perché ho preso il piccone e colpito con quello le vittime che Lei mi ha indicato e rispondo non lo so io sento delle voci nella testa. Ho iniziato a sentirle quando ero in Libia prima di venire in Italia ma allora non capivo bene cosa mi dicevano. Sento le voci quando fumo l'hashish. Due giorni fa non ho fumato hashish prima dei fatti. Sento nella mia testa voci che mi dicono cose cattive. La notte prima dei fatti avevo dormito in una stazione dei treni da solo. [...] Mi si domanda se abbia ricordi chiari di quello che ho fatto due giorni fa e rispondo che mi ricordo di avere ucciso un uomo anzi di averne colpiti diversi e quando mi hanno preso mi hanno detto che li avevo uccisi. Quando mi sono svegliato sentivo le 'cose' in testa allora ho preso dapprima il palo di ferro e quindi il piccone. [...] Sono state le voci a dirmi di prendere la sbarra e di usarla per colpire qualcuno [...] ho abbandonato la sbarra quando si è rotta e mi sono impossessato del piccone che ho trovato in un cantiere dove stanno costruendo una casa dopo che mi hanno preso la polizia me lo ha fatto vedere. E' vero che col piccone ho colpito una persona da dietro [...] quando sento queste cose in testa io di solito non sto fermo, cammino. Mi si domanda se mi ricordi di avere tentato di aggredire un passante con il cane che mi è sfuggito entrando nel suo condominio e chiudendo il portone e rispondo che mi ricordo solo delle quattro persone che ho colpito, anzi mi ricordo della persona col cane. [...] le voci le sento anche adesso mentre parlo con voi. [...] Mi ricordo però che la polizia mi ha preso un telefonino che avevo con me, anzi che ne avevo in tasca tre. Mi ricordo che li ho presi alle persone a cui ho fatto quello che ho fatto. [...] Quando ho sentito e visto che stava arrivando la polizia mi sono liberato del

piccone”.

Nella verbalizzazione si rilevava che l’arrestato faticava a farsi comprendere nonostante la presenza di un interprete, e che “appare smarrito”.

Il Casellario Giudiziale informa che il Kabobo ha precedenti relativi alla sua partecipazione ad una protesta violenta avvenuta presso un centro di accoglienza per immigrati extracomunitari di Bari.

Rinchiuso nel carcere di Lecce, nel gennaio del 2012 in uno scatto d’ira rompeva un televisore e, secondo l’agente di custodia verbalizzante, neppure era nuovo ad episodi di tal fatta; interrogato sulle motivazioni del gesto non ne forniva alcuna; il compagno di cella ebbe a riferire: “gli chiedevo perché avesse rotto la TV e lo stesso mi faceva capire con ampi gesti di avere problemi mentali”.

LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

CARTELLA CLINICA ASL LECCE UO Psichiatria Penitenziaria

[...]

24.1.12

visita psichiatrica.

[...]

Alle 13 colloquio con un interprete. Emergono disturbi della sensopercezione; ideazione rigida e incentrata sul bisogno di una donna. Assenza di critica. Riferisce sonno disturbato. Haldol 20 gocce la sera

30.1.12

visita psichiatrica

agitato, probabilmente allucinato. Haldol 30 gocce la sera

05.2.13

Nota del Comandante:

Tentativo di suicidio mediante impiccagione.

Si prende atto dell'allegata documentazione, dalla quale si evince che il detenuto in oggetto in data 05.02.2012 ha messo in atto un tentativo di suicidio mediante impiccagione, per dichiarati motivi di sconforto.

[...]

06.2.13

visita psichiatrica

il paziente ha agito un TS mediante impiccagione nella notte tra il 4 e il 5 febbraio. Nel corso del colloquio appare vigile, attento e orientato. Riferisce di essere angosciato nelle ore notturne e di aver la percezione di "persone che lo guardano dal televisore". Emergono spunti interpretativi e persecutori non ben strutturati. Flessione timica. Riferisce insonnia. Accetta le terapie proposte.

Haldol decanoas 50 mg (prx 20.2.12), Talofen gtt 20.

[...]

07.2.12

trauma cranico volontario. Inviato in PS per accertamenti del caso.

Le note (chirurgiche) del PS non sono rilevanti ai fini del presente accertamento.

Il Consulente Dr DiMatteo segnala: "tranquillo, parla solo inglese e non si può fare il colloquio". Olanzapina 10 mg 1 la sera in aggiunta a Haldol"

TC DEL CRANIO (CAPO)

Esame eseguito In regime di urgenza e senza somministrazione di mdc.

Regolare la densità del parenchima cerebrale.

Sistema ventricolare in asse e regolare per morfovolumetria.

Regolare ampiezza degli degli spazi subaracnoidei.

CONCLUSIONI: reperti di normalità.

Frattura con diastasi e infossamento della parete anteriore del seno frontale sinistro in sede mediana e paramediana

13.2.12

più tranquillo e adeguato. Revoca SAV.

CARTELLA REPARTO ORTOPEDIA OSPEDALE DI LOSANNA (CH)

Descrizione di ricovero dal 10 al 12.10.12 per intervento chirurgico su osteomielite fistolizzata.
Nessuna segnalazione di problemi psichiatrici.

CARTELLA CLINICA DI S. VITTORE

Numerose le notazioni dall'11 maggio 2013, quando vi fu richiuso. Anche qui riportiamo solo quanto ci pare di maggiore rilievo.

11 maggio:

"Nega uso sostanze stupefacenti
Nega etilismo e tossicodipendenza

[...]

Ideazione alterata

Comportamento dimesso

Umore dimesso

Rischio suicida alto

Rischio violenza alto

Orientato nel tempo e nello spazio, ricorda il successo, non spiega in particolare

Diagnosi: sospetta sindrome depresso-aggressivo

[...]

fattore rischio violenza

aggressivo no

non aggressivo si

valutazione globale di massima

rischio suicida alto rischio violenza alto

[...]

Solitario, triste, a volte sorride in modo incongruo.

Dice di ricordare quello che ha fatto. Avrebbe colpito 4 persone che dice di non conoscere e che non gli avrebbero fatto nulla di male. Non sa perché ha commesso il terribile gesto. A volte sembra confuso anche se a domanda risponde in modo coerente. Dorme in strada, non ha mai lavorato, dice di non conoscere nessuno, di non avere amici, di avere fame.

[...]

Accede a colloquio con scarsa disponibilità. Atteggiamento incongruo al contesto.

Comportamento bizzarro (gesticola per tutto il colloquio ridendo a tratti).

Parzialmente orientato sui principali parametri. Riferisce notizie anamnestiche in maniera frammentaria tendendo alla divagazione.

L'eloquio mostra allentamento dei nessi associativi.

A specifica domanda inerente il reato appare consapevole di averlo commesso ma riferisce che "non è colpa sua".

Afferma di avere ricevuto un ordine (di commettere il reato) da altrui persona non specificata che colloca con la mimica all'interno della sua testa.

Non appare angosciato né aggressivo.

Non si evince in atto rischio suicidario.

Si dispone ubicazione presso reparto CONP in cella singola con SAV h 24.

si imposta terapia.

Aloperidolo gocce 20

[...]

NG al reparto CONP. All' ingresso si presenta vigile, eupnoico, tranquillo. Colloquio in presenza di interprete, si esprime in inglese. [...] Si ubica in SAV h24 senza lenzuola e senza effetti personali fino alla nuova valutazione psichiatrica".

(Dottori: Merini, Guerzoni, D'amato)

13 maggio:

"il colloquio viene effettuato con l'ausilio di altro ospite per barriere linguistiche. Anamnesi fisiologica positiva per lunga storia di alcoldipendenza e di dipendenza da cannabinoidi. Familiarità positiva per dipendenza alcolica (I genitori). Familiarità psichiatrica (un fratello affetto da disturbo psichiatrico grave non meglio specificato). Anamnesi psicopatologica positiva per disturbi del comportamento ed episodi psicotici (il pz riferisce sintomi dispercettivi, allucinazioni uditive, sia in stato di astinenza che in stato di intossicazione acuta da sostanze d'abuso). Nega ricoveri in ambiente psichiatrico. Accede al colloquio con disponibilità. Tranquillo. Emotività Instabile; Umore indifferente. Facies e mimica bizzarri. A tratti confuso. Affettività inadeguata. L'eloquio presenta allentamento del nesso associativi. Attenzione distraibile. Nega propositi anticonservativi. Non angosciato e né aggressivo. Evasivo rispetto all'evento reato e continua a ripetere di aver ricevuto un ordine "voci imperative e minacciose" Si revoca SAV H 24. Si conferma ubicazione al CONP, in regime di SAV, senza lenzuola ed effetti personali.

Terapia: Zyprexa 10 mg 1+1"
 (Dott.ssa Cuoccio)

14 maggio:

"il paziente all'improvviso ha un episodio di irrequietezza in cella. A fini precauzionali si trasferisce dalla cella doppia 3 alla cella singola in regime di SAV h 24.

Terapia:

zyprexa 10 mg 1+1
 depakin chrono 500 mg 1+1"

[...]

colloquio effettuato con l'intermediatore: Pz scarsamente disponibile al dialogo. Tranquillo Pz sostanzialmente adeguato da un punto di vista collaborante. Meno confuso rispetto al controllo di ieri e più adeguato anche da un punto di vista ideativo; Il pz continua ad essere evasivo rispetto all'evento reato e non ricorda il gesto estremo posto in essere per cui è ristretto in carcere. Espressione indifferente. Umore piatto. Poco curato nell'aspetto. Il pz sta assumendo regolarmente la tp psichiatrica e riferisce beneficio. Si alimenta regolarmente. Il riposo notturno è regolare.

(Dott.ssa Cuoccio)

[...]

17 maggio:

[...] Trascurato nell'aspetto. Il paziente sta assumendo con regolarità la terapia psichiatrica. Il paziente rispetto all'evento reato posto in essere per cui è ristretto in carcere è evasivo e fornisce risposte brevi. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Espressione partecipe. Tono dell'umore in asse. Attenzione costante. Si conferma terapia.

(Dott.ssa Cuoccio)

[...]

21/28 maggio:

tranquillo adeguato eutimico. Corretto nel comportamento. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori. Il paziente si alimenta regolarmente ed usufruisce dell'ora d'aria. Assume regolarmente la terapia psichiatrica.

[...]

tranquillo e disponibile al dialogo. Tono dell'umore in sufficiente compenso. Detenuto non angosciato. Comportamento sostanzialmente adeguato. Espressione partecipe. Il paziente usufruisce dell'ora d'aria e si alimenta regolarmente. [...] Assume regolarmente la terapia psichiatrica.

[...]

quadro psicopatologico stazionario. Si conferma terapia.

[...]

Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. Si

alimenta regolarmente e usufruisce dell' ora d'aria. Il paziente assume con regolarità la terapia psichiatrica. Si conferma terapia.

(Dott.ssa Cuoccio)

Esami di laboratorio 28.5.13

Nulla di rilevante ai fini della presente CTU

Marcatori epatite B: SHbS AG positivo, SHbsAb minore 10, SHbcAb positivo

Marcatori epatite C negativo

Treponema pallidum negativo

HIV negativo

Nei giorni successivi continuava la situazione di sufficiente compenso e si confermava la terapia che in cartella si segnala sempre assunta regolarmente.

16.7.13

[...] Riferisce di percepire tuttora dispercerzioni ma non più a sfondo minaccioso bensì rassicurante. Non si evidenziano bizzarrie del comportamento. Mantiene terapie. Mantiene ubicazione in SAV 24.

(Dr D' Amato)

[...]

29.7.13

quadro psicopatologico in buon compenso. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

[...]

08.8.13

tranquillo, adeguato, eutimico. Non sintomi psichiatrici maggiori quali delirio ed allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

[...]

17.8.13

tranquillo. Comportamento corretto. Paziente non angosciato. Espressione partecipe. Atteggiamento formalmente collaborante. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri ed allucinazioni. Assume con regolarità la terapia psichiatrica.

(Dr ssa Cuoccio)

[...]

02.9.13

tranquillo adeguato eutimico. Curato nell'aspetto e nell'igiene personale. Non sintomi psichiatrici maggiori, quali deliri ed allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. L' adesione alle cure è costante. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

LE OPERAZIONI PERITALI DIRETTE

ESAME DEL PERIZIANDO

COLLOQUI

I colloqui con Adam Kabobo sono stati condotti presso la CC San Vittore con il preziosissimo contributo della Sig.ra Nancy Asare Yeboah, che qui intendiamo pubblicamente ringraziare per la professionalità, la disponibilità e la sensibilità profuse nel suo difficile compito. Abbiamo dovuto, infatti, dipendere completamente da lei per la traduzione delle nostre domande e delle risposte del periziando.

Si è trattato di quattro lunghi colloqui, svoltisi nelle date: 17 giugno, 24 giugno, 1 luglio, 4 settembre.

Tutti i colloqui sono stati registrati, e del pari è stato registrato l'incontro con i consulenti delle parti tenuto il 24 luglio presso la Sezione di Medicina Legale dell'Università degli studi di Milano.

A tutti gli incontri hanno partecipato i consulenti, Dottori Mario Mantero, Massimo Picozzi, Eduardo Re.

Le registrazioni e le trascrizioni sono state consegnate ai consulenti e sono a disposizione dell'Ufficio; qui di seguito riporteremo quanto ci è parso più significativo ai fini delle nostre valutazioni.

Nei giorni 17 luglio, 19 luglio e 16 settembre si è svolta la valutazione neuropsicologica da parte della Prof.ssa Gabriella Bottini, ausiliaria dei periti, e dei suoi collaboratori : Dott.ssa Daniela Ovadia, (17, 19 Luglio, 16 Settembre); Dott.ssa Anna Sedda, (19 Luglio); Dott. Gerardo Salvato, (17 Luglio, 16 Settembre). Anche tale valutazione è stata audio-registrata. Hanno assistito all'esame: Dr. Ambrogio Pennati in data 17 Luglio 2013. Dott. Stefano Zago in tutte le date sopra-indicate. La Sig.ra Nancy Asare Yeboah in tutte le date indicate.

Il primo colloquio peritale del 17 giugno ha avuto inizio con la presentazione di periti e consulenti, e la spiegazione dei loro rispettivi compiti.

Richiesto di riferirci delle notizie biografiche, il periziando ha detto di provenire dal gruppo etnico Dagati [?] e da Lora-Tampìè, un villaggio della parte nord del Ghana vicino alla cittadina di Wa.

Sostiene di non sapere quand'è nato "non avendo studiato", e di aver "inventato" la data del 1/1/1982 perché gli si chiedevano le generalità per i documenti.

Sulla composizione della famiglia ha fornito maggiori dettagli in un colloquio avuto con il solo suo consulente; a noi ha detto che i genitori erano contadini, che il padre è morto; non riferisce di particolari patologie nel gentilizio né dell'abuso di alcool da parte paterna che aveva riportato all'ingresso in carcere.

Nega precedenti patologici o traumatismi per quanto lo riguarda, salvo l'intervento alla gamba effettuato in Svizzera dopo essere giunto in Italia come immigrato. Dice di aver frequentato le scuole fino a quel che corrisponde alla nostra 5° elementare, il che però non spiegherebbe la condizione di analfabetismo in altri momenti denunciata.

Avrebbe smesso di studiare perché il fratello Kueko che lo manteneva agli studi con il proprio lavoro era venuto a mancare. Questo sarebbe accaduto circa 10 anni fa, quando lui contava 13 o 14 anni. Occorre aggiungere che le ricostruzioni cronologiche fatte dal Kabobo sono risultate spesso difficili e poco affidabili. Comunque aggiunge che questo fratello era per lui un esempio: aveva studiato e per questo la gente lo rispettava. Rimarca che per lui è stato ed è tuttora doloroso non aver potuto continuare gli studi.

Anche l'altro fratello, Santo o Santu, è morto, e vale la pena di riferirne le circostanze: un giorno si sarebbe spogliato in mezzo alla strada, avrebbe impugnato un machete cercando di colpire la moglie e poi tentando di uccidere la madre. E' stato fermato, evidentemente con una certa decisione poiché è poi morto per le ferite subite. Kabobo, che non era presente quando tutto ciò accadde, conclude che il fratello aveva problemi mentali ("uno che fa così è matto"); quanto alla valutazione del fatto: "per me una persona che prende un machete e decide di uccidere la propria madre picchiando [...] se è morto ha dovuto morire [...] io quello che penso è che non sia una persona sana di mente, che se ha preso un machete e vuole uccidere la madre io penso sia... io dico solo che una persona che si spoglia in mezzo alla gente non ha coscienza di sé e tanto meno una persona che prende il machete e decide di uccidere la propria madre". Infine: "E' una storia che mi fa molto male". Il fratello avrebbe anche avuto in precedenza non meglio precisati sintomi di malattia mentale, ed era stato condotto dal "prete feticcio".

Dopo le scuole Kabobo avrebbe fatto il contadino trasferendosi in un altro villaggio (Kemka) e coltivando pomodori.

Nella città vicina venne in contatto con giovani musulmani, e per questo si sarebbe convertito a quella religione che non era quella del nucleo familiare e avrebbe preso l'abitudine di frequentare la moschea il venerdì.

I genitori non avrebbero praticato alcuna religione; la mediatrice culturale dice però che i segni di *scarring* che porta in viso si legherebbero alla pratica del culto degli antenati. Quanto a lui, afferma di non essere o essere stato né cristiano né animista.

A Kemka ha avuto anche una figlia, che ora dovrebbe avere circa 5 anni, ma che non ha conosciuto, così come non ha più visto la madre della bimba con la quale non era sposato ma aveva intrattenuto una relazione della durata di un anno. Se ben capiamo, anzi, dovette andarsene dal villaggio appunto per aver sedotto la ragazza. Di nuovo torna la tematica della carenza di istruzione se i famigliari della ragazza lo avessero denunciato non sarebbe stato in grado di difendersi in un eventuale processo intentato contro di lui perché non aveva studiato.

Dice che per un certo tempo avrebbe provveduto economicamente alla bambina:

Nega di aver avuto altre donne oltre a costei e neppure avrebbe intrattenuto altri rapporti sessuali, successivamente ammette "scappatelle"; non avrebbe avuto neppure amici intimi, ma solo conoscenti, pur se alcuni di costoro sono quelli che lo hanno indotto a convertirsi all'Islam.

Con il denaro messo da parte si recò quindi in Nigeria, dove ancora avrebbe frequentato la moschea (non così nei tempi successivi), tappa per poi raggiungere la Libia.

In Nigeria avrebbe trascorso due anni, lavorando come venditore di gelati; in Libia sarebbe stato tre anni facendo il muratore. Benché il suo progetto fosse raggiungere la Spagna, sarebbe anche rimasto in Libia, ma colà scoppiò la guerra. Per il vero, non pare fosse guidato da un progetto preciso, o forse nell'attualità non sa riferirlo.

Sempre in Nigeria avrebbe imparato l'inglese.

Riferisce che aveva un televisore, ma guardava solo programmi musicali.

Nega di aver avuto problemi con la giustizia nei paesi in cui è stato prima di giungere da noi, e neppure avrebbe avuto litigi con alcuno; non è chiaro come abbia effettuato questi viaggi migratori, pare pagando qualcuno che lo avrebbe trasportato.

Dalla Libia prese una nave "piuttosto affollata" che, dopo tre giorni di navigazione e il pericolo di affondare, grazie ai soccorsi approdò a Lampedusa; il giorno successivo venne condotto in pullman a Bari, in un centro di accoglienza. Forse tre mesi dopo ci fu la manifestazione (rivolta?) in seguito alla quale fu arrestato: "io a Bari non ho fatto niente di...di speciale, mi ricordo solo che sono arrivato in un punto dove c'erano...stavano facendo delle manifestazioni, io non ero neanche parte di questa manifestazione però hanno catturato le persone e hanno preso anche me"

Recluso a Lecce, in questo carcere Kabobo ruppe il televisore della cella, anzi ne ruppe tre; commenta l'episodio introducendo temi psicopatologici di influenzamento: "io avevo questi problemi...questi pensieri per la testa e io continuavo a chiedere aiuto alle persone che mi sostenevano però mi davano delle medicine ma con le medicine non...non andava a posto [...] io a quel tempo pensavo come una persona che stesse per diventare...stesse impazzendo [...] quando guardavo la televisione poi riuscivo...ehm qualcosa nella mia mente mi diceva che queste persone sono quelli che mi provocavano le cose che pensavo nella testa [...] percepivo questa cosa che quelle persone nella televisione mi mandavano...mi stavano facendo impazzire [...] è per questo che dico che secondo me avevo problemi mentali [...] quando vedevo la televisione vedevo delle persone su e queste persone io vedevo che erano più grandi di me e nella mia mente...la mente mi diceva di insultare queste persone però siccome io non volevo farlo allora...qualcosa mi diceva per non arrivare a farlo devi...devi rompere la televisione [...] io vedevo che nella tele...cioè le cose che mi dicevano non è che mi chiedevano di fare qualcosa, però vedevo che loro vedevano le cose che avevo io nella mente e parlavano proprio di quelle cose

lì...cioè loro riuscivano a capire le cose che avevo in mente e agivano di conseguenza quindi per non...non arrivare ad insultarli rompevo la televisione”.

Circa il rapporto con gli altri detenuti ed in particolare con i compagni di cella: “non ho creato nessun rapporto con nessuno [domanda del Perito Pennati: “ma non poteva spegnere la tv e basta?”] non l’ho fatto perché avevo...oltre a me c’era un’altra persona quindi se io spegnevo quell’altra persona accendeva [...] quello che la mente mi diceva io in quel momento non pensavo neanche a chi mi stava attorno...io prendevo la televisione e rompevo e secondo me anche l’altra persone che stava vicino a me capiva che mi dava fastidio [...] purtroppo anche la persona con cui parlavo...con cui dividevo la camera, lui lo sentivo come sentivo le persone della televisione perché anche lui in qualche modo diceva le stesse cose nella mia mente [...] questa persona anche se era di fronte a me e parlava con me io non sentivo quello che diceva...tutto quello che...collegavo alle cose che mi diceva dette dalla televisione, quindi non...per me era uguale alle cose che dicevano alla televisione [...] visto che percepivo la stessa cosa con questa persona dopo un po’ mi sono chiuso dentro e non parlavo con nessuno e poi ho anche iniziato a prendere delle medicine, prendevo regolarmente per tre settimane quindi un po’ sono andato a posto”

Sempre in questo contesto riferisce anche di allucinazioni olfattive: “quando mangiavo sentivo la puzza, proprio la puzza del...della fece oppure del...[...] oppure delle persone morte. [...] quando mangiavo sentivo queste puzze”.

Allucinazioni acustiche ed olfattive si intrecciano nel racconto: “questi odori li ho avvertiti di più quando ero in Svizzera e sentivo l’odore del cadavere e...però queste voci poi mi dicevano che questi odori delle persone morte...le persone morte sono gli stessi che sono vivi, quindi di non preoccuparmi che è una cosa temporanea [...] io continuo a ribadire che era...sentivo l’odore del cadavere e prima lo sentivo mentre mangiavo adesso...invece quando sono arrivato in Italia sentivo solamente l’odore ma non il gusto”.

A domanda risponde che per il resto mangiava, dormiva, e, a Bari, non avrebbe mai assunto droghe. Richiesto esplicitamente, dice che in generale beveva un poco di birra e gli era capitato di fumare hashish, ma che smise quest’ultima abitudine quando si recò in Svizzera perché le voci lo disapprovavano.

Dopo (forse) tre settimane da Bari si recò in treno in Svizzera per subire interventi chirurgici alla gamba; qui –riferisce- non venne visto da alcuno psichiatra, soggiornò in ospedale prima e in un campo per rifugiati poi per alcuni mesi, dove sostiene di non aver assunto i farmaci prescritti a Lecce perché stava bene (dal punto di vista psichiatrico), ma di aver preso solo quelli per la patologia alla gamba.

Dimesso, probabilmente nel marzo venne a Milano, città che non conosceva e dove non conosceva nessuno. Così descrive la sua vita in quel periodo: “non conoscevo la città quindi dovunque mi trovavo stavo lì a chiedere l’elemosina [domanda del Perito Pennati: “ma chiedeva l’elemosina sempre nello stesso posto o girava?”] giravo e dove mi capitava dormivo [...] quando mi trovavo in un posto lì c’erano dei cassonetti e frugavo dentro e se trovavo qualcosa mi

mettevo addosso [...]mangiavo pane [...] chiedevo l'elemosina quindi quando mi davano i soldi entravo in un negozio e prendevo". Dormiva per lo più all'aperto, talora in ripari di fortuna. Non si lavava.

Lamenta il disinteresse da parte delle persone che incontrava: "cercavo di chiedere a delle persone che incontravo in questi...chiedevo delle informazioni di questo genere però nessuno mi dava retta quindi ognuno andava per la [propria] strada". Ancora: "Tutti giravano la faccia". Anche le persone di colore che incontrava lo scansavano o facevano finta di non capire quello che diceva.

Racconta che avrebbe voluto tornare a Foggia, ma non riusciva: saliva su un treno a caso, viaggiava per un po', capiva di non essere giunto a Foggia, e finiva per ritrovarsi sempre a Milano; anzi, neppure sapeva di essere in questa città, lo avrebbe appreso dopo essere stato incarcerato.

Riesce a ricordare che fu anche fermato dai tutori dell'ordine, ma rilasciato perché i suoi documenti risultavano in regola (siamo già a maggio).

Quel che rileva, assieme al vissuto di essere ignorato, è la ripresa delle allucinazioni uditive: "la stessa situazione che avevo lì a Lecce si ripresentava, nel senso che sentivo delle voci che parlavano, è come se sapessero cosa pensavo e di conseguenza...le stesse cose che vi dicevo... quindi è la stessa situazione di Lecce [...] non si trattava solamente della televisione ma anche delle persone perché io per esempio quando camminavo vedevo, mi trovavo in mezzo alla gente e la stessa cosa sentivo delle voci [...] io posso solamente dire che io sentivo queste...le voci che sentivo mi hanno anche portato a colpire tre persone...mentre camminavo per la strada".

Le "voci" ora hanno contenuto consolatorio: "non ho mai incontrato queste persone e...diciamo personalmente ma mi dicevano che...mi chiedevano costantemente di stare tranquillo perché tutti i miei problemi sarebbero risolti [...] prima diciamo che soprattutto a Bari era una cosa che continuava sempre e man mano le voci però mi tranquillizzavano e mi dicevano di stare tranquillo che sarebbero sparite queste voci e tutte le cose che...le cose migliori avrei...prima o poi mi sarebbero capitati e infatti adesso sto notando un miglioramento, un lieve miglioramento [...] non credo che siano spiriti maligni, anzi secondo me erano buoni perché mi tranquillizzavano [...] c'è una voce che mi dice di stare tranquillo e mi continua sempre a tranquillizzare e mi dice che prima o poi le cose si migliorano". In un caso afferma che la voce tranquillizzante sarebbe di una donna che lui non conosce. La consolazione consiste anche nel rassicurarlo che le voci stesse spariranno.

Alle nostre domande risponde che si trattava di Italiani, ma poi, in un dire in cui la logica si sfilaccia viepiù: "si tratta di...non ho mai potuto decifrare il volto della persona però so che la persona mentre io cammino così lui cammina a fianco a me e parla in dialetto e...e dice anche nell'altro dialetto e mi dice di stare tranquillo che prima o poi i miei problemi saranno risolti [...] io ovviamente ho chiesto chi sono, lui ha detto no le persone che mi parlavano niente mi dicevano si delle buone cose perché loro sapevano che dovevo andare a Foggia e anche se chiedevo loro di indicarmi la strada per Foggia loro non mi dicevano e qualche volta chiedevo anche di mangiare e mi dicevano di

non preoccuparmi, tanto è vero che io non sentivo neanche la fame, è capitato anche di stare 10 giorni senza mangiare ma io nella mia pancia sentivo di avere il cibo”.

Specifica: “non era solamente una persona, erano tante persone nel senso che era come se io camminassi in mezzo a tantissime persone e queste persone mi dicevano che la lingua tramite il quale mi parlavano ero solamente io che li sentivo tutti gli altri non capivano la lingua”

In ogni caso: “sono persone vere” e “secondo me ci sono ancora ma io non so se...non so dirvi di preciso se è questa persona o quella”

Alle domande del Perito Pennati puntualizza che sente le voci tutto il giorno, persino nel sonno, che le voci provenivano sia dall'esterno che dal suo interno, che in quest'ultimo caso partivano dalla sua testa, che cominciavano a volume basso per poi “esplosione”, che egli non poteva fare alcunché per proteggersi perché anche se si tappava le orecchie le sentiva ugualmente: “la maggior parte delle volte la sento più su e poi ci sono anche delle volte che li sento dentro, proprio dentro”

Al colloquio del 1 luglio dirà che con le cure somministrate in carcere sta meglio, almeno nel senso che le voci sono tranquillizzanti (ma le sente comunque).

Aggiunge che erano molto intense nel periodo in cui era a Milano.

Di questo periodo, che è poi quello che immediatamente precede i delitti, riferisce che non riusciva a dormire per il freddo e continuava a camminare fino allo sfinimento, anzi, erano proprio le voci ad imporgli la peregrinazione: “dicevano di camminare perché...loro dicevano che camminando avrei incontrato delle persone che mi avrebbero indicato dove andare a mangiare o a dormire”.

Ma le voci dicevano anche altro, soprattutto gli rivelavano che lui era il creatore del mondo: “tramite la...le voci mi dicono che io sono il creatore del mondo e anch'io devo far faticare come le mie...le cose che ho creato e quindi venendo qui in Italia avrei sofferto di più e avrei capito che io sono veramente il creatore del mondo [...] sono loro che mi dicevano, sono le voci che mi dicevano che io sono...infatti io a volte mi meraviglio di queste cose che mi dicono perché io l'intenzione del viaggio verso l'Italia era per trovare qualcosa per lavorare però quando...le cose che mi stanno accadendo neanche io riesco a capire”.

Pare che anche in Ghana le voci gli dicessero che era il creatore del mondo, ma che fossero meno convincenti, così come al momento del colloquio – ricordiamo: in terapia da quasi due mesi- “non sono neanche convinto di quello che mi dicono [...] sono loro che mi dicono che ho creato, ma io non ci credo”.

Le voci si esprimono nella sua lingua materna.

Il Perito Merzagora chiede se chi gli parla non potrebbero essere gli spiriti Moati, spiriti della tradizione ghanese, ma Kabobo ribadisce che si tratta di voci di persone, non di spiriti. Poco dopo però unifica nella convinzione delirante spiritelli e voci, e vi aggiunge gli uomini bianchi: “questi spiritelli insieme alle

voci conoscano tutte le cose che succedono...succedono al mondo, insieme agli uomini bianchi italiani [...] tutti gli europei”.

Venendo alla rievocazione delle aggressioni, della prima riferisce di aver usato “un attrezzo che si usa di solito per scavare la terra”). Difficile ricostruire in modo logico la motivazione, conviene lasciare a lui la parola: “in Africa c’è la parte nord e la parte centrale, che è la zona dove vivo io, e di solito si usa lottare per il terreno io...mi dicono che sono io quello che ho creato e la...questi terreni e poi quando parlava io non ci vedevo più niente e allora l’ho colpito [...] avendo visto e sentito che in Africa si sta litigando per i terreni ehm...tra la popolazione del nord e del sud e essendo io il creatore di questi terreni io stesso sto soffrendo allora io non capivo il motivo e per rabbia ho preso e ho colpito questa persona [...] queste voci mi dicevano che la popolazione africana, la parte del nord anche loro stavano uccidendo le persone a picconi quindi mi sono sentito anch’io di fare la stessa cosa”.

In questa frase, fra l’altro, non pare che le voci gli “imponessero” le aggressioni, quanto piuttosto che gliele suggerissero.

C’è anche del rancore: “visto che sono io il creatore e poi io dormivo in mezzo alla strada, avevo freddo, non avevo da mangiare...tutti questi problemi li ho accumulati e mi hanno condotto a fare quello che ho fatto”.

Ulteriore “motivazione” sarebbe quella dell’omicidio come perversa richiesta d’aiuto, in un mondo in cui nessuno gli dava retta. Addirittura avrebbe voluto essere catturato “così finiva tutto”, intendendo il freddo e le sofferenze causate dalle voci. Ed anche: “pensavo mi sparassero”, quasi un suicidio per interposta persona.

Riferendo di questa motivazione, il periziando esprime ideazione suicidiaria che consiglia i periti a riferirne ai curanti della Casa Circondariale.

La scelta della vittima fu del tutto casuale: “è la prima persona che ho incontrato”.

Quella di cambiare l’arma è invece più funzionale: “il metallo pesava e non riuscivo a tenerlo come...a tenerlo bene”.

Il motivo per cui si sarebbe impossessato del denaro e degli oggetti consisterebbe nel poter fornire una motivazione alle aggressioni stesse: “quando l’ho colpito e poi è caduto ho preso questi soldi perché nella mia mente ho pensato se mi dovessero prendere mi chiederanno perché ho fatto questa cosa allora io andrò...ehm gli avrei potuto dire qualcosa”.

Ambivalente la valutazione morale: “quando ho visto quella scena lì mi è dispiaciuto tanto però nella mia mente sentivo che queste voci parlavano la stessa lingua di quella persona e...pur sapendo di aver fatto una cosa sbagliata l’ho fatta”. In compenso le voci gli dicevano che facevo bene a colpire “fino alla morte”.

D’altro canto: “quello che ho fatto, non l’ho fatto io”, e pure: “magari non li ho neanche uccisi”, e: “solo Dio sa quanto io ho sofferto per arrivare a questo punto, se fossero...se Dio fosse una persona magari non...direbbe che non ho fatto niente di così esagerato”.

I suoi delitti sarebbero comunque meno riprovevoli quello tentato da suo fratello, perché questi voleva colpire la propria madre.

In ogni caso: "io sapevo che andavo a far del male a questa persona".

Anche per la seconda aggressione c'entrerebbero le lotte fra le popolazioni africane per i terreni (ci scusiamo di non poter essere più precisi); riferisce di aver colpito due volte di fronte e di aver preso il telefonino.

Analoghe dinamiche per le altre aggressioni.

Delle vittime riporta: "mi ricordo che l'ultimo, il terzo, era giovane, ma tutti gli altri erano vecchi".

Ad un certo punto dirà di ricordare di aver colpito 4 persone.

Espressamente richiesto, afferma che non avrebbe colpito delle donne se si fossero trovate sul suo cammino perché le voci gli dicevano che le donne non c'entravano, ma per il resto le voci gli avrebbero imposto di colpire chiunque avesse incontrato.

IL QUADRO ATTUALE

All'ultimo colloquio il periziando afferma di non sapere quale sarà il suo destino. Sa di essere in un carcere.

Afferma che le voci gli dicono che le vittime non sono morte, benché "io stesso anche se so che magari non li ho neanche uccisi so di aver fatto qualcosa di male".

Verbalizza una scarsamente strutturata ideazione autolesiva (che viene segnalata dai periti ai curanti): "il mio desiderio è di morire da un giorno all'altro e oppure -perché no- se mi vogliono mandare giù in Ghana ben venga", "siccome ci sono queste cose nella mia mente se mi mandano in Ghana va bene questa volta". Pensa che comunque la morte per lui non sia una cosa giusta; la cosa giusta sarebbe dormire in una stanza più grande.

Afferma anche che una volta libero non andrà comunque in Ghana.

Appare comunque confuso e ambivalente sul punto dato che poi asserisce "dovessero portarmi in Ghana in prigione, sofferenza per sofferenza preferisco morire".

Se fosse libero tornerebbe nella sua famiglia, che non sa nulla dei fatti.

Non lamenta una sintomatologia posttraumatica rispetto alle aggressioni.

Nel corso di quest'ultimo colloquio, prevalentemente focalizzato sulla capacità di stare a processo, il periziando ha confermato di esperire tuttora allucinazioni uditive a contenuto vario (per lo più consolatorio) che lo lasciano a volte perplesso. Ha espresso ideazioni deliranti scarsamente strutturate.

Esposto a domande volutamente provocatorie (mirate a verificare la capacità di coping a stimolazioni intense) ha risposto con calma e senza scomporsi adducendo tutta la responsabilità dei fatti reato alle allucinazioni di cui sopra, definendosi implicitamente non colpevole rispetto alle accuse mossegli. La capacità di percepire il disvalore sociale dei fatti per i quali si procede è apparsa adeguata.

L'interazione con i legali di fiducia e con il proprio CTP è stata descritta in termini essenziali ma scevri da contaminazioni deliranti o comportamenti che

lasciassero sopporre una compromissione delle facoltà di difesa.

ANALISI FORMALE DEI COLLOQUI

I colloqui sono stati decisamente difficoltosi anche per via delle barriere linguistiche, superate grazie al prezioso aiuto dell'interprete la quale pure, tuttavia, ha talvolta incontrato delle difficoltà.

Discreto l'orientamento spazio-temporale, benché in una occasione abbia asserito di avere appreso solo durante il colloquio di essere a Milano.

Il comportamento è apparso adeguato al contesto.

Sufficientemente curato nella persona e nell'aspetto.

Valido l'orientamento sul Sé.

Comprensione valida, attenzione in generale buona. Tempi di latenza delle risposte normali.

Considerando il contesto, il contatto visivo con i consulenti è apparso discreto.

L'interazione emotiva con gli interlocutori, sia pur considerando il difficile ed anomalo stato di cose (barriere linguistiche, sede e motivazioni del colloquio), è apparsa ridotta: il soggetto è per lo più rimasto confinato nel suo mondo condividendo solo episodicamente i suoi vissuti, rispetto ai quali è apparsa evidente una difficoltà di espressione.

Il periziando non ha mai iniziato sua sponte una conversazione, limitandosi a rispondere alle domande

Non si sono rilevati fenomeni di enfattizzazione dei sintomi o di captatio benevolentiae; in una occasione il periziando ha risposto con una domanda (con toni quasi provocatori) ad una domanda del perito Pennati.

Le capacità astrattive sono apparse ridotte. Non si sono osservati fenomeni di grave tangenzialità o di deragliamento del linguaggio. Nessi associativi nel complesso conservati.

Non sono apparsi evidenti atteggiamenti di ascolto.

Buona la capacità di reggere il colloquio, anche nei momenti più connotati dal punto di vista emotivo e più intensi nella formulazione di quesiti. Solo in una occasione il periziando si è chiuso per qualche minuto in sé per recuperare attenzione e concentrazione.

L'emotività si è mostrata congrua al contesto, l'affettività appiattita.

Il tono dell'umore è apparso moderatamente deflesso; presenti tematiche di desiderio di morte peraltro compatibili con la situazione giudiziaria.

Il periziando ha riferito con un franco distacco la presenza, pregressa ed attuale, di dispercezioni uditive (sia allucinazioni che pseudoallucinazioni) a carattere a volte imperativo, a volte commentante, a volte consolatorio.

Sono state descritte pregresse allucinazioni olfattive che sembrano ascrivibili a tematiche di disgregazione corporea.

Non sono emersi sintomi (flashbacks, depersonalizzazioni) suggestivi di patologia posttraumatica, né il periziando, per quanto ripetutamente stimolato su questo punto, ha verbalizzato di avere attraversato esperienze traumatiche.

La narrazione del periziando evidenzia la presenza di una tematica delirante elementare, scarsamente strutturata, a contenuto a tratti persecutorio a tratti megalomane, che gli fa pensare di essere il creatore del mondo, tematica rispetto alla quale evidenzia perplessità.

La descrizione da lui fornita del periodo a cavallo dei fatti reato è quella di un soggetto che ha freddo, fame, richiedente aiuto senza successo, emarginato: circondato da persone che non conosce ma che gli parlano, creatore del mondo fa giustizia come sa che viene fatto in Africa pur sapendo che ciò non è una cosa buona. Asserisce di aver distinto bene tra uomini e donne, le quali sono state escluse dalle possibili prede (senza una valida motivazione).

La consapevolezza del disvalore sociale dei comportamenti reato (a volte denegati nella loro esistenza) è presente, anche se a tratti in forma ambivalente.

La capacità di mantenere la propria versione dei fatti è apparsa valida: per esempio il periziando contesta l'accusa di avere nascosto il piccone per ribadire di averlo semplicemente deposto.

Deficitaria nei primi colloqui la memoria autobiografica nella datazione di avvenimenti importanti.

Sufficientemente valida la capacità di rievocazione dei reati: la descrizione dei fatti fornita dal periziando appare nel complesso collimante con i dati giudiziari.

Il sentimento complessivo al termine dei colloqui è stato di "Praecox Gefühl" o "sentimento di schizofrenia", "vale a dire l'intuitiva diagnosi di psicosi schizofrenica, in quanto apprensione globale dell'essere incontrato e delle modalità dell'incontro, a prescindere da qualsivoglia comunicazione delirante" (Rumke, in: Ballerini, A, 2010).

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Le barriere linguistiche, in questo caso particolarmente ostiche, e culturali nel caso in oggetto (si veda in allegati la relazione di intervento di mediazione linguistica e culturale redatta dalla Dr.ssa Nancy Asare Yeboah) non consentono di ottenere dati sufficientemente attendibili dalla somministrazione dei test psicodiagnostici abitualmente utilizzati in questi casi (MMPI-II, Millon, Roschach, etc). A ciò si aggiunga che il Manuale di Psichiatria Forense della American Psychiatric Association autorevolmente recita: "Psychological testing is not a required component of the forensic assessment. There are, however, cases in which testing can aid in the formulation of a case. The utility of testing arises from the nature of the standardized tests and their relevance to specific forensic questions that require psychiatric assessments. The psychiatrist's

decision to include testing through a referral to a psychologist should be based on an understanding of what testing can offer and how it can contribute to the psychiatric formulation (Simon RI & Gold LH, 2010)."

Si è pertanto optato per una valutazione neuropsicologica in quanto meno influenzata dalle prestazioni verbali. Stante la natura dei reati, si è inoltre ritenuto corretto procedere ad un assessment neuromorfologico mediante Risonanza Magnetica Nucleare, anche per doverosamente escludere la presenza di grossolane patologie cerebrali quali neoplasie, infiammazioni, infezioni. All'epoca non era disponibile la documentazione della TAC eseguita a Lecce, pervenuta solo in settembre.

Il compito di eseguire tale valutazione è stato affidato alla Prof.ssa Gabriella Bottini ed alla sua equipe.

Si allega la relazione per intero, riportandone qui le conclusioni.

"Il Sig. Adam Kabobo ha eseguito una valutazione neuropsicologica estesa con lo scopo di esplorare le principali funzioni cognitive verbali e non verbali.

L'appartenenza etnica del paziente nonché il suo basso livello di alfabetizzazione hanno posto alcune limitazioni per alcuni test quantitativi in quanto non standardizzati, tuttavia come noto dalla letteratura, l'inserimento di dati derivanti dall'osservazione qualitativa nella valutazione consente di definire adeguatamente il profilo cognitivo-comportamentale.

Il livello di partecipazione e collaborazione del paziente durante l'esame è sempre stato adeguato. Non si sono mai evidenziate alterazioni del tono dell'umore tali da condizionare la prestazione cognitiva. In particolare, non ansia da prestazione, non distraibilità, non rallentamento psico-motorio. Nei compiti con coinvolgimento di aspetti motori (anche in test computerizzati) non si sono osservati rallentamenti patologici.

Il quadro complessivo si caratterizza per un deficit delle funzioni attentive in particolare dell'attenzione divisa e alternata. Gravemente deficitarie anche le competenze di ragionamento logico-astratto. Le abilità esecutive, in particolare la capacità di pianificazione sono assai ridotte.

Il profilo neuropsicologico configuratosi è supportato dal risultato indicato dall'esame di voxel based morphometry e compatibile con i deficit cognitivi che si riscontrano in pazienti con diagnosi di schizofrenia."

CONSIDERAZIONI PSICOPATOLOGICO-FORENSI

LA SINTESI PSICOPATOLOGICA: SULLA ESISTENZA O MENO DI UNA CONDIZIONE DI INFERMITA' POTENZIALMENTE INFIACIANTE LA CAPACITA' DI INTENDERE E VOLERE

Tale valutazione viene condotta partendo da una analisi dei

DATI EMERSI DALLA DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA

In tale disamina sono sottolineati i dati "oggettivi", ossia i meno sensibili a valutazioni soggettive da parte del rilevatore, in medicina denonimati SEGNI; *in Italic* sono evidenziati i dati più "soggettivi", pertinenti alla sfera soggettiva del periziando e di più difficoltosa valutazione oggettiva da parte del rilevatore, in medicina denominati SINTOMI.

La trattatistica classica differenzia, pertanto, il concetto di "sintomo", ovvero ciò che "soggettivamente" lamenta il malato, da quello di "segno", il dato che il medico "oggettivamente" rileva all'esame obiettivo. Dalla parola greca sindromos deriva, invece, sindrome che ha il significato di "coincidenza" ed indica la contemporanea presenza di più segni o sintomi (Cassano GB et al, pag 373, 1999).

I dati salienti appaiono i seguenti:

PRIMA DEI FATTI PER I QUALI SI PROCEDE

Documentazione CC Bari e Lecce

Per un'analisi più completa si rinvia a quanto riportato nell'esame degli atti dove vi è evidenza oggettiva di trattamenti psichiatrici (e di collocamento in SAV) a far tempo dalla carcerazione presso la CC di Lecce a seguito di anomalie del comportamento (reiterata rottura di televisori), dal periziando ascritte a tematiche deliranti di influenzamento e di controllo.

Indubbia quindi la presenza di patologia della serie psicotica in epoca "non sospetta", cioè mesi prima dei delitti.

IMMEDIATAMENTE DOPO I FATTI PER I QUALI SI PROCEDE

Cartella Clinica CC San Vittore

Anche per una disamina più ampia di quanto riportato nella Cartella in questione si rinvia a ciò che abbiamo riferito in sede di esame degli atti, qui limitandoci a riaffermare che il detenuto ha evidenziato segni di significato psicopatologico già dal suo ingresso in carcere, quali: incongruità dell'atteggiamento rispetto al contesto, umore deflesso, bizzarrie comportamentali, allentamento dei nessi associativi, emotività instabile, facies e

mimica bizzarri, a tratti confusione, affettività inadeguata, un episodio di irrequietezza.

Già nei primi colloqui con i curanti dell'istituto: *"A specifica domanda inerente il reato appare consapevole di averlo commesso ma riferisce che 'non è colpa sua'. Afferma di avere ricevuto un ordine (di commettere il reato) da altrui persona non specificata che colloca con la mimica all'interno della sua testa"*.

Viene ubicato al CONP e in cella singola con sorveglianza a vista.

E' prescritta la somministrazione di Aloperidolo e Zyprexa, cioè farmaci antipsicotici che verranno conservati fino all'attualità, e Depakin.

Più volte si ripete che assume regolarmente la terapia, ed infatti nel tempo è segnalato miglioramento.

Appare opportuno evidenziare che tali valutazioni sono state condotte da professionisti esperti in salute mentale della popolazione carceraria.

Verbali e Interrogatori

Notazioni circa la sospetta o probabile presenza di patologia psicotica emergono anche dalla documentazione giudiziaria, per esempio nel verbale dell'udienza di convalida di arresto del 13 maggio si legge: *"Mi si domanda perché ho preso il piccone e colpito con quello le vittime che Lei mi ha indicato e rispondo non lo so io sento delle voci nella testa [...] Ho iniziato a sentirle [...] Quando mi sono svegliato sentivo le "cose" in testa allora ho preso dapprima il palo di ferro e quindi il piccone [...] Sono state le voci a dirmi di prendere la sbarra e di usarla per colpire qualcuno. [...] le voci le sento anche adesso mentre parlo con voi"*.

Da altre risposte fornite in quel frangente appare evidente la presenza di difficoltà di rievocazione dei fatti.

Tutto ciò consigliava anche il Pubblico Ministero nella richiesta di incidente probatorio ad osservare che "emergono segni inequivocabili di una situazione di infermità mentale riguardante l'indagato, tale da minarne la sua cosciente partecipazione al processo e la sua capacità di comprendere il disvalore degli atti compiuti".

Su questi documenti, comunque, non ci si dilunga in quanto ben noti all'Ufficio.

In sintesi, l'analisi dei dati evidenzia quindi nel periodo immediatamente successivo ai fatti per i quali si procede

I seguenti segni

- Estrema povertà linguistica
- Emotività incongrua (item poi sostanzialmente regredito)
- Ideazione alterata
- Umore inizialmente dimesso, poi piatto
- Facies e mimica bizzarri
- Atteggiamento incongruo al contesto
- Affettività inadeguata

- Allentamento dei nessi associativi
- Trascuratezza nella cura di sé
- Probabile atteggiamento di ascolto delle "voci" durante interrogatorio GIP, durante il quale appare smarrito

Ed i seguenti sintomi

- *allucinazioni o pseudoallucinazioni di tipo imperativo a contenuto minaccioso (anche se questo poi varierà, vedi oltre)*
- *franche dismnesie con ricostruzione dei fatti reato variabile (in una occasione non sa motivare perchè abbia messo in atto tali condotte).*

Va esplicitato che, stanti:

- la primitività nella commissione dei reati
- la franca -anche se non totale- disorganizzazione evidente nella criminodinamica (vedi oltre)
- la povertà linguistica e le conseguenti barriere comunicative
- la totale assenza di relazioni interpersonali (persone che si siano interessate, umanamente o professionalmente, al suo caso nel periodo successivo ai reati, con l'ovvia esclusione dei legali e del personale diplomatico), elemento che indirizza verso una quanto meno difficoltosa capacità di integrazione/affiliazione con gruppi/persone

appare francamente improbabile che il periziando sia in grado di produrre -e mantenere costante nel tempo- una simulazione di sintomi di malattia mentale così prossima a quanto si osserva nella pratica clinica quotidiana, tenendo anche conto dell'isolamento nel quale si è trovato in carcere stante la tipologia dei reati commessi.

Appare corretto anche formulare la riflessione che, generalmente, le culture non occidentali stigmatizzano fortemente i disturbi mentali, per cui è plausibile che il periziando, per quanto connotato da un funzionamento personologico che appare quanto meno propenso all'isolamento sociale, sia più portato alla dissimulazione piuttosto che alla simulazione di una condizione di infermità.

In ogni caso, si esclude che un soggetto pressochè non scolarizzato possa avere sviluppato una alfabetizzazione psichiatrica tale da poter simulare questi fenomeni.

Dal punto di vista logico-scientifico, abbiamo dunque proceduto all'applicazione di una metodologia che possa essere condivisa e fruibile in ambito forense, così utilizzando l'equazione di Hempel, proposta dal Dr Canzio della Corte di Cassazione in tema di metodologia di acquisizione della prova scientifica (Canzio, 2005):

"Le migliori elaborazioni della dottrina – finalmente utilizzate dalla Corte di Cassazione – tendono a trasferire nel processo il metodo di ricerca scientifica elaborato da Popper di conferma/confutazione dell'ipotesi.

Nel descrivere l'argomentazione giudiziaria che si fonda sulla logica popperiana è utile ricordare la formula di Hempel $p(hk) = r$, dove la probabilità (**p**) dell'ipotesi (**h**) è proporzionale al grado di informazione

coerente (**k**), introdotta nel processo attraverso l'acquisizione dei mezzi di prova, ed al crescere di **k** aumenta il grado di resistenza (**r**) alla falsificazione dell'ipotesi.

L'ipotesi (la ricostruzione dei dati noti in chiave esplicativa del fatto, secondo la proposizione: <se nella realtà fosse accaduto l'evento **x** ciò sarebbe spiegazione degli elementi posseduti>) deve essere verificata in virtù:

- 1) dei requisiti di logica generale;
- 2) del suo grado di elevata preferibilità rispetto ad ipotesi antagoniste;
- 3) dell'assenza di elementi che la contraddicano.

Ne consegue che non occorre pervenire ad un'affermazione di mitica certezza sull'accaduto, ma piuttosto occorre verificare che la narrazione degli eventi conosciuti sia:

- capace di spiegare gli eventi medesimi;
- convalidata dagli elementi acquisiti, dotata di semplicità, non contraddetta da altri dati posseduti;
- prevalente su ipotesi alternative."

Nel caso in oggetto, sia p = probabilità dell'ipotesi h (presenza di una condizione di infermità mentale potenzialmente rilevante ai fini della capacità di intendere e volere), ove k è il grado di informazione coerente ed r il grado di resistenza alla falsificazione dell'ipotesi.

Appare evidente, pur non potendosi ovviamente quantificare nei dettagli in materia di psicopatologia, che la probabilità p dell'ipotesi h (che sussista una condizione di infermità, psicosi acuta o cronica che sia, potenzialmente rilevante ai fini della compromissione parziale o totale della capacità di intendere e/o di volere, sia elevata in quanto il grado di informazione coerente (k) risulta elevato, così come il grado di resistenza alla falsificazione dell'ipotesi. La falsificazione dell'ipotesi h dovrebbe basarsi su:

- Rifiuto (variamente motivato: errori, omissioni, falsificazioni) dei dati (segni e sintomi) riportati nella documentazione clinica e giudiziaria
- Sufficiente certezza che il periziando sia in grado di simulare quanto sopra riportato (e che nessuno degli operatori che hanno interagito con lui abbia colto la simulazione)
- Valutazione della criminodinamica come sufficientemente organizzata (vedi oltre); anzi, verrebbe da dire, superorganizzata in quanto si è inevitabilmente portati ad ipotizzare che un soggetto così abile nella simulazione non possa mettere in atto una condotta criminale così brutale se non per fini non immediatamente relati al reato stesso, fini che devono andare ben oltre la pura e semplice predazione/omicidio. Quindi un genio del male che finge - per tutto il periodo che ci è dato conoscere - di essere psicotico, linguisticamente povero, isolato sul piano relazionale e che commette delle simili atrocità per fini che sfuggono al senso comune.

Appare evidente come tali elementi non siano in grado di falsificare l'ipotesi di cui sopra.

Si può pertanto affermare con ragionevole certezza che il quadro psicopatologico emerso dalla analisi degli atti appare di tipologia francamente -

e gravemente – psicotica.

A quanto fin qui esposto e nella stessa direzione valutativa vanno aggiunti i

DATI EMERSI DALLE ATTIVITA' PERITALI DIRETTE COLLOQUI.

I colloqui – numerosi e prolungati – hanno decisamente confermato quanto agli atti.

Il periziando, in trattamento attivo per un adeguato periodo con importanti dosaggi di neurolettico e di stabilizzante-antimpulsivo –va esplicitato–, ha affermato di avere esperito (e di esperire tuttora, sia pure in termini meno intensi) importanti fenomeni dispercettivi che ne hanno condizionato il comportamento. Tali allucinazioni sono di datazione non precisa ma certamente risalgono quanto meno al periodo della detenzione nella CC Lecce. È stata descritta la presenza di una tematica delirante megalomantica scarsamente strutturata. La narrazione è apparsa a tratti contraddittoria e confusa, soprattutto nei primi colloqui, per quanto riguarda la datazione di eventi biografici anche importanti.

Colpisce nella narrazione il costante e pervasivo isolamento socio-relazionale: sembra che il soggetto fosse in grado di socializzare unicamente nella sfera dell'ambito lavorativo.

Sul piano semeiotico l'emotività è apparsa appiattita (elemento che potrebbe essere in parte ascritto alla terapia farmacologica) e la risonanza emotiva delle tematiche deliranti ridotta.

Va detto che il periziando non sembra avere enfatizzato la presenza di segni/sintomi psicopatologici ma, al contrario, di essere stato in merito piuttosto sulla difensiva (si veda ad esempio la presenza di ideazione autolesiva, mai comunicata ai sanitari del carcere).

In sostanza i colloqui hanno evidenziato la narrazione di una grave tematica delirante ed allucinatoria da parte di un soggetto, non scevro da sintomatologia "negativa" (vedi oltre) istituzionalizzato e adeguatamente (per qualità, quantità e arco temporale) trattato con terapia antipsicotica.

Infine, dalla

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA (già descritta)

Che fornisce elementi coerenti con la valutazione clinica.

Pertanto concludiamo che il periziando é affetto da un disturbo mentale di natura psicotica, grave, potenzialmente rilevante ai fini dell'imputabilità.

PER COMPRENDERE: LA DIAGNOSI FUNZIONALE

I dati emersi dalle operazioni peritali dirette ed indirette consentono di affermare che il periziando è affetto da patologia psichiatrica grave, pertinente all'area psicotica.

È importante sottolineare che nel lavoro peritale non è emersa traccia di sindromi culturalmente caratterizzate (quali amok et alia). Questi periti si erano posti il problema ma nulla è emerso che potesse assimilare il quadro presentato dal Kabobo a patologie di questo tipo (si vedano, tra gli altri: Hempel et al., 2000; Saint Martin, 1999).

Piuttosto, il profilo delineato sia dai sintomi che dai segni appare compatibile con una malattia dello spettro schizofrenico, caratterizzata dalla copresenza di sintomi cosiddetti positivi (delirio, allucinazioni), e sintomi negativi (ridotta espressività emotiva, alogia, avolizione, asocialità) (Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, 2008).

Non si sono osservati, nella documentazione clinica, sintomi o segni di intossicazione da stimolanti o da sostanze. Le videoregistrazioni evidenziano un comportamento non condizionato da agitazione psicomotoria o eccitamento, come normalmente avviene sotto l'effetto di stimolanti. Va esplicitato che un eventuale uso/abuso di sostanze sarebbe comunque ascrivibile alla tendenza alla automedicazione dei soggetti psicotici non trattati e quindi alla patologia, e non al tentativo di migliorare le proprie performances in un contesto di competizione con i pari (di cui in questo caso non si rileva traccia alcuna).

Al di là della componente allucinatoria e delirante ciò che appare fondante la diagnosi è la povertà del funzionamento globale. Infatti, per quanto i dati siano frammentari, non vi è evidenza di alcun tipo di relazione significativa costante nel tempo, di affiliazione a gruppi (frequente nei migranti per la necessità di reciproco sostegno), di passioni. Gli investimenti oggettuali appaiono scarsissimi. Il rendimento scolastico si mostra inferiore alle possibilità offertegli: resta analfabeta malgrado 5 anni di scuola elementare. La competenza linguistica è rudimentale.

Stando alla sua narrazione, il soggetto appare come una persona in perenne fuga dalla miseria o, per usare le sue parole tradotte, dal "degrado", fermandosi dove trova lavoro e fuggendo quando la disponibilità economica necessaria alla sopravvivenza viene messa in discussione.

L'assetto emotivo-cognitivo appare elementare, e non scevro da importanti compromissioni delle facoltà superiori.

Il riscontro neuromorfologico e neuropsicologico, in linea con una corposa letteratura (in aggiunta a quella elencata nella specifica relazione: Weinberger DR & Harrison PJ, 2011) conferma tale quadro.

In assenza di documentazione specifica e tenendo conto delle (probabili) condizioni socio-ambientali non è possibile formulare diagnosi relativa ad una disabilità intellettiva, ad un disturbo della comunicazione o ad un disturbo dello spettro autistico, anche se appare francamente probabile un funzionamento intellettivo limite.

PER CLASSIFICARE: LA DIAGNOSI FORMALE

Si è optato di adottare, relativamente alla formulazione della diagnosi, i criteri del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) in quanto i criteri del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) (disponibile da pochi mesi) sono ancora poco diffusi. La diagnosi secondo il DSM 5 è comunque riportata come accessoria (vedi oltre).

In base alle considerazioni sopra esposte e in accordo ai criteri del DSM-IV-TR, relativamente all'epoca dei fatti e all'attualità

Asse I

**F20.30 Schizofrenia Tipo Paranoide [295.90], Continuo (sintomi psicotici rilevanti sono presenti per tutto il periodo di osservazione);
 Con Sintomi Negativi Rilevanti**

Asse II

R41.8 Funzionamento Intellettivo Limite [V62.89] (probabile)

Asse III

- Nulla di particolare ai fini forensi

Asse IV

- Problemi Psicosociali ed Ambientali:
 - Problemi con il gruppo di supporto principale: presenti
 - Problemi legati all'ambiente sociale: presenti
 - Problemi lavorativi: presenti
 - Problemi abitativi: presenti
 - Problemi economici: presenti
 - Problemi di accesso ai servizi sanitari: assenti
 - Problemi legati all'interazione con il sistema legale/criminalità: presenti

Asse V

- Valutazione Globale del Funzionamento:

10 (funzionamento gravissimamente compromesso) all'epoca dei fatti, 35 (funzionamento gravemente compromesso) all'attualità

La diagnosi di cui sopra appare confermata anche adottando i criteri diagnostici del DSM-5.

In generale il DSM 5 apporta alcuni importanti cambiamenti nella classificazione dei disturbi mentali. Uno dei principali è che viene abbandonato il sistema multiassiale, sostituito da una classificazione che unisce gli assi 1, 2, 3 e che viene proposto un sistema di valutazione

- di problemi psicosociali ed ambientali (suggerendo come strumenti quelli contenuti nel Sistema di Classificazione ICD-10-CM)
- del grado di disabilità mediante scale ad hoc.

Il DSM 5 apporta significativi cambiamenti nelle categoria diagnostica della schizofrenia:

- **il criterio A viene modificato**
 - **eliminando la speciale importanza di ideazioni deliranti bizzarre e delle allucinazioni uditive appartenenti ai sintomi di primo rango di Schneider**
 - **aggiungendo la necessità di soddisfare almeno uno dei sintomi del criterio A quali ideazioni deliranti, allucinazioni o eloquio disorganizzato**
- **vengono aboliti i sottotipi della schizofrenia dato che si è dimostrato che hanno stabilità diagnostica limitata, ridotta replicabilità, scarsa validità**

nel caso in oggetto viene confermata la diagnosi di Schizofrenia 295.90 (F20.9), decorso continuo.

Appare importante sottolineare che nel capitolo del DSM 5 sulla schizofrenia deficit cognitivi evidenti alle valutazioni neuropsicologiche sono considerate "Associated Features Supporting Diagnosis".

Nel caso in oggetto i fattori psicosociali ed ambientali coprono una vastissima gamma di variabili del sistema ICD-10-CM Z-codes.

(<http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/Z00-Z99>)

La diagnosi di schizofrenia può essere formulata anche senza la specificazione di gravità. La relativa scala è a pag 743.

A tale diagnosi possono essere aggiunti, nella voce "Altre Condizioni Che Possono Essere Oggetto Di Attenzione Clinica:

V60.0 (Z59.0) condizione di Homeless

V60.2 (Z59.5) povertà estrema

V62.89 (R41.83) funzionamento intellettuale limite (probabile)

L'ANALISI CRIMINOGENETICA E CRIMINODINAMICA

Premesso che in linea generale la presenza di patologia psichiatrica, anche grave, non esclude l'esistenza di motivazioni e dinamiche, si è tentato di delineare una spiegazione anche criminogenetica e criminodinamica del comportamento omicidiario di Adam Kabobo.

Nel caso presente si è applicata una chiave evoluzionistica secondo cui il comportamento omicidario risulta, nella specie umana, funzionale alla soluzione di un'ampia varietà di problemi adattativi (Duntley JD, Shackelford T, 2008).

Specificamente, l'uccisione di un umano da parte di un altro umano viene sul piano evoluzionistico considerata un comportamento adattativo quando motivato, fra l'altro, da:

- prevenzione di sfruttamento, lesione, stupro, o uccisione di se stessi, parenti, compagni/e di vita e alleati da parte di altri umani (variabile che include la vendetta, spesso alimentata anche dalla cultura dell'onore legata a sua volta al mantenimento della reputazione)
- mantenimento della reputazione che se lesa potrebbe comportare l'essere percepiti come facilmente sfruttabili, lesi, stuprati o uccisi (variabile che include la vendetta)
- protezione delle risorse come territorio, rifugio, e cibo dai rivali
- eliminazione di individui non geneticamente relati che possono comportare eccessivo dispendio di risorse (figli adottivi)
- eliminazione di parenti genetici (infanti deformi, malati cronici o infermi) che interferiscono con l'investimento su migliori veicoli riproduttivi geneticamente relati
- eliminazione di rivali nella competizione per potenzialità riproduttiva, acquisizione e gestione di risorse necessarie al mantenimento di sé e della prole, status sociale (variabile direttamente legate alle prime due)
- acquisizione di risorse (partner sessuali, risorse economiche nel senso sopra descritto) del rivale e prevenzione da vendette
- controllo sulla fedeltà della/e compagna/e.

L'omicidio viene quindi considerato come un'unica e potente strategia che porta a conseguenze drammatiche sia per la vittima che per il perpetratore, e differisce da altre strategie di infliggimento di danni ad un rivale perché conduce alla fine definitiva del conflitto/competizione. Tale pattern comportamentale, considerato quindi come fisiologico, è controllato dal pattern cognitivo della ideazione omicidaria, che valuta l'altamente complesso rapporto costi/benefici dell'azione in questione. La consapevolezza cosciente dei processi cognitivi che motivano il comportamento omicidiario non è in linea generale necessaria alla messa in atto del comportamento; anzi, si può affermare che in alcuni casi la mancanza di una consapevolezza cosciente ottimizza le probabilità di successo di un omicidio (evitando, ad esempio, la messa in atto di processi inibitori dell'azione) e ne riduce le possibili conseguenze per il perpetratore, che

può narrare a se stesso e agli altri di non essere stato lui o che l'omicidio fosse non intenzionale.

In tale contesto il contributo della patologia psichica alla messa in atto del comportamento omicidario sembra essere importante negli omicidi che hanno impatto disadattativo, o quelli ove il rapporto costo/benefici di tale condotta appare insostenibile, come nel caso in oggetto.

In questi casi la psicopatologia di base può condurre ad una attivazione inappropriata del fisiologico pattern omicidario.

Nella situazione in oggetto non vi è un movente chiaro ed univocamente in grado di spiegare i fatti: aggredire sei persone (tre senza esito, tre uccise) per sottrarre qualche spicciolo e i cellulari senza alcun tentativo di nascondere le prove dei reati, camminando per lungo tempo con un piccone sulla spalla appare quanto meno illogico e bizzarro, cioè non immediatamente comprensibile in base al senso comune.

Dalle parole del periziando, anzi, tale comportamento sarebbe stato agito

1. proprio per essere catturato, in tal modo ponendo fine alle sofferenze dovute alla carenza di soddisfazione dei bisogni primari;
2. oltre che per attirare l'attenzione di coloro che lo ignoravano ostentatamente,
3. e oltre che per obbedire alle voci, descritte come a tratti imperative a tratti consiglianti a tratti commentanti.

A parere di chi scrive si è realizzata la tipica condizione di acting out psicotico, ove anche le difese più elementari (nel caso in oggetto le allucinazioni rassicuranti) implodono: il soggetto, in preda alla necessità di soddisfare bisogni primari (cibo, sonno, protezione) e non in grado di soddisfarli, per la limitatezza strutturale delle risorse emotive-cognitive e della confusione psicotica, mette in atto un comportamento predatorio primitivo finalizzato all'acquisizione di tali risorse senza operare una valutazione razionale – e comprensibile in senso fenomenologico - del rapporto costi-benefici di tale condotta.

Il soggetto nei colloqui si descrive come esposto ad allucinazioni, arrabbiato verso un mondo che continuamente respingeva le sue richieste di aiuto, affamato ed infreddolito, convinto di essere creatore del mondo e contemporaneamente di poter fare ad altri (donne escluse) ciò che veniva fatto alle popolazioni del sud dell' Africa centrale ove le dispute per i terreni vengono a sua detta risolte a picconate (elemento che, tuttavia, non collima con il fatto che la prima arma fosse una sbarra di ferro ed appare quindi una razionalizzazione delirante a posteriori).

Il tutto avviene in un contesto emotivo e cognitivo destrutturato, quasi oniroide (wahnstimmung), nel quale le pulsioni istintuali profonde – e ambivalenti- si materializzano e diventano azione e nel quale le capacità mediatrici del Sè appaiono insufficienti a causa di disturbi della percezione e della rappresentazione dell'azione riconducibili al crollo della abituali difese, sostituite da difese più arcaiche ed istintuali.

Appare corretto esplicitare che tali quadri sono di raro riscontro nella psichiatria occidentale urbana, in quanto tali problematiche comportamentali

generalmente attivano, all'esordio del quadro, i membri del gruppo di riferimento che provvedono a far sì che vengano erogate le necessarie cure e quindi il quadro psicopatologico non si può esprimere nella sua pienezza (colta invece dagli AA classici, cui era ben nota, in era prefarmacologica) (Jaspers, 1994; Schneider, 1983). Sono più frequenti in aree dove più difficile è l'accesso ai servizi sanitari, dove questi non sono adeguati per qualità/quantità, o, soprattutto, quando il soggetto è isolato e non sono posti quindi in essere, per la mancata coscienza di malattia che porta il paziente a non curarsi, gli indispensabili interventi.

In pratica, il periziando, documentatamente affetto da psicosi schizofrenica e con ridottissime capacità linguistiche, si è trovato al rientro in Italia dalla Svizzera in condizioni di lotta per la sopravvivenza non avendo la possibilità né le capacità di organizzarsi per soddisfare i bisogni primari (cibo, igiene, luogo sicuro ove riposare, persone cui fare riferimento). Tale condizione di stress non può che avere gravemente esacerbato la patologia di base, aggravando la sintomatologia delirante ed allucinatoria e la compromissione cognitiva (Arnsten Amy F.T, 2011; Weinberger DR & Harrison PJ, 2011).

Ciò fa ipotizzare che il periziando abbia posto in essere i comportamenti reato con la perversa e recondita (ma non del tutto inconscia, dato che durante un colloquio il soggetto ne ha accennato) motivazione del venire catturato e quindi di soddisfare i bisogni primari di cui sopra. L'aggravarsi della componente delirante ed allucinatoria e l'implosione emotivo-cognitiva di cui agli atti ha reso praticabile un comportamento prima molto probabilmente solo fantasticato e collocato nel registro del rancore verso chi non lo aiutava. In sintesi è diventato giusto per lui, sofferente creatore del mondo, eseguire ciò che le voci gli suggerivano/imponevano di fare: uccidere e con l'occasione farsi catturare per soddisfare i propri bisogni primari.

È qui che i comportamenti-reato hanno valore di espressione di malattia: per farsi semplicemente catturare sarebbe bastato urlare, distruggere delle auto, una vetrina o fare qualcosa di clamoroso, senza incorrere nei costi intrinseci ad una condotta omicidaria. Le uccisioni sono da ricondurre alla patologia psicotica di cui sopra, che però per la natura stessa della criminodinamica (e anche per quanto verbalizzato nei colloqui) lasciano intravedere sullo sfondo una sia pur minima consapevolezza del disvalore sociale dei fatti-reato.

Questa ipotesi consente di comprendere la criminodinamica.

I dati disponibili (numerosi, tra cui videoregistrazioni della aggressione al Sig Morisco e al Sig Carella) evidenziano elementi salienti ai fini della risposta ai quesiti peritali.

Il periziando non ha cercato di nascondersi, fatti salvi i momenti precedenti le aggressioni letali, vagando per le vie del quartiere con il piccone in spalla, non occultato, per almeno 90 minuti (prima aggressione con tale arma alle 5 circa, ultima alle 6.30; alle 4.30 circa aggressione con sbarra di metallo). Nella documentazione agli atti non appare in preda agitazione psicomotoria, ma

cammina normalmente per il quartiere deserto.

Il periziando non ha mai spostato le vittime dal luogo delle aggressioni.

Nel video della aggressione al Sig Morisco si vede come la aggressione sia abbozzata e come il periziando lasci il tempo alla possibile vittima di rifugiarsi nel palazzo, per poi dare un colpo al portone, mettere le mani sui fianchi scuotendo la testa quasi divertito e riprendere la sua strada.

Nel video dell'omicidio Carella si vede chiaramente come il periziando si focalizzi, immediatamente dopo avere percepito che la vittima –colpita senza indugio alcuno con estrema rapidità e precisione- non era in grado di reagire, sul contenuto delle tasche e successivamente come resti quasi fermo, incerto sul da farsi, all'arrivo del padre della vittima e del soccorritore, per poi allontanarsi con calma e venire catturato dai CC dopo essersi liberato del piccone. In base a quanto sopraesposto si può pensare che il soggetto abbia posto fine alle aggressioni quando certo di essere stato identificato da parte del padre del Sig Carella e del soccorritore.

I cadaveri non sono stati scempiati, per quanto le ferite inferte fossero pressoché tutte letali: le aggressioni in quanto tali sono state condotte quindi lucidamente e sembrano più finalizzate alla acquisizione di beni (probabilmente i cellulari) che alla eliminazione di nemici (solo una vittima è deceduta sul posto, quindi negli altri casi non è stato inferto il colpo di grazia nè, inoltre, ne è stato accertato l' exitus).

E, con ridondanza psicotica connotata da perseverazione (vedi valutazione neuropsicologica), sono state poste in essere non una, ma tre condotte omicidarie.

Va inoltre sottolineato come il periziando, una volta fallite le prime aggressioni, abbia deciso di usare anziché una sbarra di ferro un piccone, giudicato più atto allo scopo.

Il periziando fugge alla vista dei CC perchè, a sua detta, temeva che le FFOO gli sparassero.

Nel video –disponibile in rete- che lo ritrae sull' auto che lo porterà in sicurezza appare calmo, con lo sguardo nel vuoto.

La primitività delle modalità di commissione dei reati e l'evidente assenza di pianificazione degli stessi consentono di escludere la presenza di ideazione omicidaria strutturata e stabile.

Vi è peraltro, in un contesto emotivo-cognitivo gravemente destrutturato, la messa in atto di comportamenti predatori lucidi, che hanno consentito al soggetto di modulare la propria condotta nelle differenti situazioni attraversate (non aggredisce il padre del Sig Carella, fugge alla vista delle pistole delle FFOO).

Kabobo non ha commesso gli omicidi in una condizione di totale assenza di coscienza, di automatismo, del tutto travolto dalla malattia. Anche se nel determinismo degli atti la patologia ha avuto un ruolo importante, non può dirsi che la malattia abbia agito al suo posto.

Egli, per esempio, ricorda la numerosità delle vittime, il loro genere, le

sequenze degli atti, le armi usate; a tale ultimo proposito, si è anche procurato un'arma più efficiente della prima scelta. E il ricordo non è compatibile con una totale assenza di coscienza durante i fatti.

I motivi da lui riferiti sono sì in gran parte patologici, ma assieme a questi ne riporta anche altri, quali il rancore e la frustrazione per non essere ascoltato da nessuno. E poi la motivazione dell'omicidio come perversa richiesta d'aiuto; addirittura avrebbe voluto essere catturato "così finiva tutto", intendendo il freddo e le sofferenze causate dalle voci. Ed anche: "pensavo mi sparassero", secondo la dinamica del "suicidio indiretto" già descritta dal Ferri nel 1982.

Le stesse "voci", peraltro, gli suggerivano più che imporgli l'agito ("queste voci mi dicevano che la popolazione africana, la parte del nord anche loro stavano uccidendo le persone a picconi quindi mi sono sentito anch'io di fare la stessa cosa").

Benché ambivalenti, Kabobo ha anche avanzato valutazioni morali circa i propri gesti: "quando ho visto quella scena lì mi è dispiaciuto tanto però nella mia mente sentivo che queste voci parlavano la stessa lingua di quella persona e...pur sapendo di aver fatto una cosa sbagliata l'ho fatta". E se è vero che le voci gli dicevano che facevo bene a colpire "fino alla morte", d'altro canto: "io sapevo che andavo a far del male a questa persona".

L'analisi complessiva dei dati porta pertanto a concludere per la presenza

- **di una grandemente scemata, ma non totalmente assente, capacità di intendere, definita come l'idoneità del soggetto a rendersi conto del valore sociale delle proprie azioni, e quindi percepirne il significato**
- **di una sufficientemente conservata capacità di volere, definita come attitudine dell'individuo ad autodeterminarsi, e quindi orientare gli atti compiuti in modo finalistico rispetto al significato percepito.**

LA CAPACITA' DI COSCIENTEMENTE PARTECIPARE AL PROCEDIMENTO

Come s'è fin qui esposto, si ritiene dunque che Adam Kabobo sia affetto da malattia mentale tale da grandemente scemare la capacità di intendere e di incidere su quella di volere. Per quanto però concerne la sua capacità di coscientemente partecipare al procedimento occorre fare dei distinguo.

Innanzitutto, per consolidata dottrina e prassi psicopatologico forense, e dopo la sentenza n. 340 del 20 luglio 1992 della Corte Costituzionale, è pacifico che la capacità di coscientemente partecipare al procedimento, pur ancorata al concetto di malattia mentale, sia cosa diversa dalla capacità di intendere e di volere rispetto alla commissione di un reato ed al momento di questa (fra gli altri: Gulotta, Farinoni, 2000; e, ci si permetta: Farinoni, Martelli, Merzagora Betsos, 2004; Merzagora Betsos, 2009). Un punto particolare, avverte Fornari, concerne la possibilità che le sue condizioni mutino nel corso del tempo, sia nel senso che l'imputato considerato incapace in un primo tempo sia poi da ritenersi in grado di coscientemente partecipare al procedimento, sia nel caso inverso (Fornari, 2008).

Principalmente, gli Autori insistono su di una nozione meno restrittiva dell'art. 70 c.p.p. rispetto alle norme che disciplinano il difetto di imputabilità (Fornari, 2008; Manacorda, 2003).

E' del pari pacificamente condiviso che la *competence* difensiva non coincida con la capacità di difesa "tecnica", altrimenti solo gli avvocati (e neppure tutti) sarebbero capaci di coscientemente partecipare, bensì corrisponda all'idoneità di difendersi dall'accusa che viene mossa.

In particolare, nell'accertamento si avrà riguardo a: stato di coscienza, con particolare attenzione alla vigilanza ed all'orientamento temporo-spaziale e nei confronti delle persone; capacità attentive, tanto spontanee quanto di tipo conativo; capacità mnestiche, tanto a breve quanto a lungo termine; caratteristiche del pensiero e contenuti prevalenti del pensiero; capacità di esame di realtà e di giudizio di realtà; tono dell'umore; capacità di esposizione e di comunicazione di eventi che lo riguardano (Manacorda, 2003).

Ebbene, come s'è ripetutamente detto e descritto, innanzitutto il periziando, dopo la somministrazione di farmaci antipsicotici che i curanti del carcere assicurano continua ad assumere, ha evidenziato un rimarchevole miglioramento delle proprie condizioni rispetto al momento della commissione dei delitti.

Egli è stato in grado di comprendere (ovviamente con l'ausilio dell'interprete) le domande che gli venivano poste e di rispondere a tono e in modo contestualizzato.

Attualmente l'orientamento temporo-spaziale è presente.

Ha saputo pure comprendere, almeno per sommi capi, i diversi ruoli dei partecipanti al colloquio, per esempio rivolgendosi propriamente all'interprete.

In particolare, ha saputo sia ripercorrere la propria storia di vita sia, soprattutto, narrare gli accadimenti delittuosi e ha avanzato "spiegazioni" ai suoi gesti, ancorché in gran parte patologiche, comunque tali da mostrare di comprendere di cosa lo si accusi. Ricorda di aver colpito più persone, riferisce che la scelta fu casuale, sa di essersi procurato un'arma più efficiente della prima con cui non aveva ucciso, spiega perché si impossessò di alcuni dei beni delle vittime.

Riferisce motivazioni molte delle quali gravemente patologiche –le allucinazioni uditive e la sua mortificazione come creatore del mondo vilipeso, la situazione africana da riproporre con il suo gesto-, ma la cui illogicità non osta con la consapevolezza di dover subire un giudizio, al più è una logica defensionale così come potrebbe esserlo una qualsiasi "scusa" avanzata da un sano per spiegare il delitto. In ogni caso, le "voci" –ora attenuate- lo hanno semmai guidato nella commissione del fatto, e non sono per esempio intervenute nel colloquio peritale.

Alcune delle motivazioni addotte al comportamento omicidiario, inoltre, sono più condivisibili secondo logica, per esempio il rancore per la vita miserrima condotta a Milano a causa della noncuranza delle persone nei suoi confronti.

Ad ulteriore suffragio di quanto detto va citato il fatto che –come s'è detto a proposito della residua capacità al momento del fatto- il periziando esprime valutazioni morali negative del proprio gesto, pur nell'ambivalenza dovuta alla contemporanea azione della malattia.

In sintesi, Adam Kabobo nell'attualità è capace di coscientemente partecipare al procedimento.

LA PERICOLOSITA' SOCIALE PSICHIATRICA

Il problema viene affrontato adottando la criteriologia proposta da Fornari (2008).

Essa suggerisce l'analisi del caso alla luce dei seguenti indicatori:

interni

- presenza e persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo
- assente consapevolezza di malattia
- non accettazione delle terapie prescritte
- mancata o inadeguata risposta a quelle praticate (purché adeguate sul piano qualitativo e quantitativo)
- presenza di segni di disorganizzazione cognitiva e di impoverimento ideomotorio e psicomotorio (sensibile compromissione delle abilità sociali e delle risorse premorbose) che impediscano un compenso in tempi ragionevoli

esterni

- caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, conglobamento, rifiuto, indifferenza)
- esistenza ed adeguatezza dei servizi psichiatrici di zona, disponibilità e capacità di formulare progetti terapeutici da parte degli stessi
- possibilità di (re)inserimento lavorativo o di soluzioni alternative
- tipo, livello, e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto reato
- opportunità alternative di sistemazione logistica proponendo altresì dei criteri di esclusione della stessa pericolosità sociale psichiatrica, quali:
 - spengimento o anche solo sensibile attenuazione della sintomatologia psicotica florida che ha determinato il passaggio all'atto
 - ripristino di una sufficiente consapevolezza di malattia
 - recupero di una capacità di analisi di critica e di giudizio adeguate
 - possibilità di ottenere, da parte del paziente, una spontanea attendibile accettazione degli interventi terapeutici compresi quello farmacologico e buona compliance alle terapie
 - disponibilità degli operatori dei servizi psichiatrici o di altri specialisti, presso case di cura o nel settore privato, a prendersi effettivamente in carico siffatti soggetti
 - soluzione di specifici problemi concorrenti alla genesi ed alla dinamica dell'atto
 - prospettiva di rientro in famiglia o di assegnazione a strutture comunitarie
 - reperimento o ripresa di un'attività lavorativa e di altre attività socialmente utili per una positiva reintegrazione

adottando tali criteri con una visione olistica e complessiva, e non meramente mediante una valutazione analitica quali e quantitativa.

Allo stato attuale il periziando, che tuttora riferisce la presenza di dispercezioni uditive (per quanto ridotte) e di ideazioni deliranti, appare sufficientemente compensato grazie all'effetto contenitivo del carcere ed allo specifico effetto curativo delle terapie prescritte.

Nel passato tuttavia il quadro clinico appare connotato da:

- Gravità della patologia
- Facilità al passaggio all'atto
- Assenza di adeguata consapevolezza di malattia
- Situazione di vita elevatamente stressogena sul piano della soddisfazione dei bisogni primari (casa, cibo, protezione)
- Assenza di sostegno familiare
- Assenza di reti di riferimento/sostegno extrafamiliari valide

E' da sottolineare che il Kabobo era stato già diagnosticato come malato di mente e gli erano stati già prescritti e somministrati farmaci durante la detenzione a Lecce, ma che lui aveva interrotto l'assunzione una volta lasciato a se stesso, fra l'altro in quanto la consapevolezza di malattia è, anche a tutt'oggi, parziale e superficiale.

L'isolamento sociale in cui versa impedisce poi che qualcuno riconosca le sue condizioni, se ne occupi, lo esorti a curarsi, avverta chi potrebbe intervenire.

In sostanza, sia all'epoca dei fatti che allo stato attuale, date le caratteristiche della patologia in atto, è ragionevole ipotizzare che sia significativamente probabile che il soggetto a causa di essa possa commettere nuovi fatti previsti dalla legge come reati. **Nel caso specifico la pericolosità sociale è presente, ed appare corretto considerarla (alla luce del quadro clinico attuale e dell'anamnesi psicopatologica prossima e remota) elevata.**

Per obbligo deontologico, si ritiene doveroso sottolineare che, dal punto di vista psichiatrico, il periziando oltre che evidenziare un rischio di condotta eterolesiva presenta anche pericolo di comportamenti autolesivi in quanto, in assenza di adeguati trattamenti e nel caso dovesse implodere la componente dispercettivo-delirante della malattia che ha funzione anche (e forse soprattutto) autoconservativa, tenendo inoltre conto della auto e/o etero stigmatizzazione della malattia mentale (più pesante in culture non occidentali) la probabilità di comportamenti autolesivi appare molto elevata, dato che sono in tal senso rappresentati numerosi fattori di rischio (giovane età, uso di sostanze, impulsività, antisocialità, et alia) che la letteratura sull'argomento evidenzia da anni (American Psychiatric Association, 2003).

LA RISPOSTA AI QUESITI PERITALI

L' indagato Kabobo Adam alias Mada

- 1. è capace di coscientemente partecipare al procedimento**
- 2. al momento dei fatti di cui al presente procedimento la capacità di intendere era grandemente scemata, ma non totalmente assente; la capacità di volere era sufficientemente conservata**
- 3. la pericolosità sociale psichiatrica è presente, in forma elevata**

Milano, 7 ottobre 2013

Secondo scienza e coscienza

Isabella Merzagora



Ambrogio Pennati



BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson, 2000.
3. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association, 2003.
4. Arnsten Amy F.T. Prefrontal cortical network connections: key site of vulnerability in stress and schizophrenia. International Journal of Developmental Neuroscience, Volume 29, Issue 3, May 2011, Pages 215–223.
5. Ballerini A: Le parole e il silenzio: la Psicosi Paucisintomatica. Rivista Comprendere, 21, 2010.
6. Canzio G: Prova scientifica; ricerca della "verità" e decisione giudiziaria nel processo penale. In: Quaderni della Rivista Trimestrale di Diritto e Procedura Civile. Milano, Giuffrè, 2005
7. Cassano GB, Pancheri P, Pavan L et al: Trattato Italiano di Psichiatria, seconda edizione, Masson Italia, 1999.
8. Duntley JD, Shackelford TK: Evolutionary Forensic Psychology. Oxford University Press, 2008
9. Farinoni P., Martelli F., Merzagora Betsos I., La capacità di partecipare coscientemente al processo. Quadro giuridico, soluzioni forensi; suggerimenti operativi, Rivista Italiana di Medicina Legale, 6, novembre-dicembre 2004, pgg. 1051-1082.
10. Ferri E., L'Omicidio-Suicidio, Fratelli Bocca Editori, III° edizione, Torino, 1892.
11. Fornari Ugo: Trattato di Psichiatria Forense IV ed. UTET, Torino, 2008.
12. Gelder MG, (Editor), Lopez-Ibor JJ, Andreasen N (Eds): The New Oxford Textbook of Psychiatry : Oxford University Press, 2008.
13. Gulotta G., Farinoni P., La capacità di stare in giudizio, in: Elementi di Psicologia Giuridica e di Diritto Psicologico, Giuffrè, Milano, 2000
14. Hempel A.A., Levine R.D., Meloy J.D., Westermeyer J.D., Cross-cultural review of sudden mass assault by a single individual in the oriental and occidental cultures, Journal of forensic Sciences, 45(3), 582-588, 2000.
15. Jaspers K: (1959). Psicopatologia generale. Ed. it., Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1994
16. Manacorda A., La perizia psichiatrica nel processo penale, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003.
17. Merzagora Betsos I., Imputabilità, pericolosità sociale, capacità di partecipare coscientemente al procedimento, in: Giusti G. (a cura), Trattato di Medicina Legale e Scienze affini, Seconda edizione, vol. IV, pgg. 157-215, 2009
18. Saint Martin M.L., Running Amok: A Modern Perspective on a Culture-Bound Syndrome, Primary Care Companion J Clin Psychiatry, 1:3, June 1999.
19. Schneider K: Psicopatologia clinica. Città Nuova editrice, 1983, Roma.
20. Simon RI, Gold LH (eds): Textbook of Forensic Psychiatry, 2nd ed. The American Psychiatric Publishing, 2010.
21. Weinberger DR, Harrison PJ: Schizophrenia, 3rd ed. Wiley-Blackwell, 2011.

APPENDICE

I CRITERI DIAGNOSTICI ADOTTATI (DSM-IV-TR)

F20.x Schizofrenia (295.00)

Criteria diagnostici per la Schizofrenia

A. Sintomi caratteristici: due (o più) dei sintomi seguenti, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo):

- 1) deliri
- 2) allucinazioni
- 3) eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza)
- 4) comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
- 5) sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia, abulia.

Nota È richiesto un solo sintomo del Criterio A se i deliri sono bizzarri, o se le allucinazioni consistono di una voce che continua a commentare il comportamento o i pensieri del soggetto, o di due o più voci che conversano tra loro.

B. Disfunzione sociale/lavorativa: per un periodo significativo di tempo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta un'incapacità di raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile).

C. Durata: segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve includere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati con successo) che soddisfino il Criterio A (cioè, sintomi della fase attiva), e può includere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere manifestati soltanto da sintomi negativi o da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

D. Esclusione dei Disturbi Schizoaffettivo e dell'Umore: il Disturbo Schizoaffettivo e il Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche sono stati esclusi poiché: (1) nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva; (2) oppure, se si sono verificati episodi di alterazioni dell'umore durante la fase di sintomi attivi, la loro durata totale risulta breve relativamente alla durata complessiva dei periodi attivo e residuo.

E. Esclusione di sostanze e di una condizione medica generale: il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale.

F. Relazione con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo: se c'è una storia di Disturbo Autistico o di altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, la diagnosi addizionale di Schizofrenia si fa soltanto se sono pure presenti deliri o allucinazioni rilevanti per almeno un mese (o meno se trattati con successo).

Classificazione di decorso longitudinale:

- Episodico Con Sintomi Residui Intercritici (gli episodi sono definiti dalla ricomparsa di sintomi psicotici rilevanti); specificare anche se: Con Sintomi Negativi Rilevanti
- Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico

- Continuo (sintomi psicotici rilevanti sono presenti per tutto il periodo di osservazione); specificare anche se: Con Sintomi Negativi Rilevanti
- Episodio Singolo in Remissione Parziale; specificare anche se: Con Sintomi Negativi Rilevanti
- Episodio Singolo in Remissione Completa
- Modalità Diversa o Non Specificata
- Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva

Le manifestazioni essenziali della Schizofrenia sono la presenza di un insieme di caratteristici segni e sintomi (sia positivi che negativi) per una significativa porzione di tempo durante un periodo di 1 mese (o per un tempo più breve se trattati con successo), e la persistenza di alcuni segni del disturbo per almeno 6 mesi (Criteri A e C). Questi segni e sintomi sono associati a marcata disfunzione sociale o lavorativa (Criterio B). Il disturbo non è meglio giustificato da un Disturbo Schizoaffettivo o da un Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche, e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale (Criteri D e E). Nei soggetti con una precedente diagnosi di Disturbo Autistico (o di un altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo), la diagnosi addizionale di Schizofrenia è giustificata solo se sono presenti deliri o allucinazioni rilevanti per almeno un mese (Criterio F). I sintomi caratteristici della Schizofrenia comportano uno spettro di disfunzioni cognitive ed emotive che comprende: la percezione, il pensiero deduttivo, il linguaggio e la comunicazione, il controllo del comportamento, l'affettività, la fluidità e la produttività del pensiero e dell'eloquio, la capacità di provare piacere, la volontà e l'iniziativa, e l'attenzione. Nessun singolo sintomo è patognomonicamente della Schizofrenia; la diagnosi comporta il riconoscimento di una costellazione di segni e sintomi associati a menomazione del funzionamento sociale o lavorativo.

I sintomi caratteristici (Criterio A) si possono concettualmente far ricadere in due ampie categorie: positiva e negativa. I sintomi positivi sembrano riflettere un eccesso o una distorsione di funzioni normali, mentre i sintomi negativi sembrano riflettere una diminuzione o una perdita di funzioni normali. I sintomi positivi (Criteri A1-A4) includono distorsioni o esagerazioni del contenuto di pensiero (deliri), della percezione (allucinazioni), del linguaggio e della comunicazione (eloquio disorganizzato), e del controllo del comportamento (comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico). Questi sintomi positivi possono comprendere due dimensioni distinte, che possono a loro volta essere riferite a sottostanti differenti meccanismi neuronali e correlazioni cliniche: la "dimensione psicotica", che include deliri e allucinazioni, e la "dimensione disorganizzativa", che include eloquio e comportamento disorganizzati. I sintomi negativi (Criterio A5) riguardano restrizioni nello spettro e nell'intensità delle espressioni emotive (appiattimento dell'affettività), nella fluidità e nella produttività del pensiero e dell'eloquio (alogia), e nell'iniziare comportamenti finalizzati a una meta (abulia).

I deliri (Criterio A1) sono convinzioni erronee, che di solito comportano un'interpretazione non corretta di percezioni o esperienze. Il loro contenuto può includere una varietà di temi (per es., di persecuzione, di riferimento, somatici, religiosi o di grandiosità). I deliri di persecuzione sono più comuni; la persona è convinta di essere tormentata, inseguita, ingannata, spiata, o messa in ridicolo. I deliri di riferimento sono pure comuni; la persona è convinta che certi gesti, commenti, passi di libri, giornali, parole di canzoni, o altri spunti provenienti dall'ambiente siano diretti specificamente a sé stessa. La distinzione fra un delirio e un'idea fortemente radicata a volte è difficile da fare, e dipende in parte dal grado di convinzione con il quale la credenza viene mantenuta nonostante l'evidenza di prove contrarie riguardo la sua veridicità.

Benché i deliri bizzarri siano considerati caratteristici specialmente della schizofrenia, la "bizzarria" può essere difficile da giudicare, specialmente in rapporto a culture differenti. I deliri sono considerati bizzarri se risultano chiaramente non plausibili e non comprensibili, e non derivano da comuni esperienze di vita. Un esempio di un delirio bizzarro è la convinzione da parte della persona che uno sconosciuto abbia rimosso i suoi organi interni sostituendoli con quelli di qualcun altro senza lasciare alcuna ferita o cicatrice. Un esempio di delirio non bizzarro è la falsa convinzione da parte della persona di trovarsi sotto sorveglianza della polizia. I deliri che esprimono una perdita di controllo sulla mente e sul corpo sono generalmente considerati bizzarri; questi includono la convinzione di una persona che i suoi pensieri siano stati portati via da certe forze esterne ("furto del pensiero"), che pensieri estranei siano stati messi dentro la mente ("inserzione del pensiero"), o che il suo corpo o le sue azioni siano agite o manipolate da certe forze esterne ("deliri di controllo"). Se i deliri sono giudicati bizzarri, questo solo sintomo è sufficiente per soddisfare il Criterio A per la Schizofrenia.

Le allucinazioni (Criterio A2) possono manifestarsi con qualunque modalità sensoriale (per es., uditiva, visiva, olfattiva, gustativa e tattile), ma le allucinazioni uditive sono di gran lunga le più comuni. Le allucinazioni uditive sono generalmente sperimentate come voci, sia familiari che non familiari, che vengono percepite come distinte dai pensieri propri del soggetto. Le allucinazioni devono verificarsi a sensorio integro; quelle che si manifestano durante l'addormentamento (ipnagogiche) o durante il risveglio (ipnopompiche) sono considerate nell'ambito della gamma delle esperienze normali. Le esperienze isolate, come sentirsi chiamare per nome, o le esperienze che mancano della qualità di un oggetto di percezione esterno (per es., un mormorio nella propria testa) non dovrebbero essere considerate come sintomatiche della Schizofrenia o di qualsiasi altro Disturbo Psicotico. Le allucinazioni possono anche essere un contenuto normale dell'esperienza religiosa in certi contesti culturali. Certi tipi di allucinazioni uditive (per es., due o più voci che conversano con un'altra, oppure voci che continuano a commentare i pensieri o il comportamento del soggetto) sono stati considerati particolarmente caratteristici della Schizofrenia e inclusi fra i sintomi di primo-rango

della classificazione di Schneider. Se questi tipi di allucinazioni sono presenti, allora è richiesto solo questo singolo sintomo per soddisfare il Criterio A.

Il pensiero disorganizzato ("disturbo formale del pensiero") è stato considerato da certi autori come la manifestazione singola più importante della Schizofrenia. A causa della difficoltà inerente allo sviluppo di una definizione obiettiva di "disturbo del pensiero", e dal momento che in un contesto clinico le deduzioni sul pensiero sono basate in primo luogo sull'eloquio del soggetto, il concetto di eloquio disorganizzato (Criterio A3) è stato enfatizzato nella definizione di Schizofrenia usata in questo manuale. L'eloquio dei soggetti con Schizofrenia può essere disorganizzato in una varietà di modi. La persona può "perdere il filo" (N.d.T. "Slip off the track", letteralmente significa "scivolare fuori dalle tracce") passando da un argomento all'altro ("deraggiamento" o "allentamento dei nessi associativi"); le risposte alle domande possono essere correlate in modo obliquo o completamente non correlate ("tangenzialità"); e, raramente, l'eloquio può essere così gravemente disorganizzato da risultare quasi incomprensibile, e assomigliare all'afasia recettiva nella sua disorganizzazione linguistica ("incoerenza" o "insalata di parole"). Dal momento che una disorganizzazione lieve dell'eloquio è comune e non specifica, i sintomi devono essere sufficientemente gravi da compromettere in modo consistente la comunicazione effettiva. Una disorganizzazione meno grave del pensiero o dell'eloquio può manifestarsi durante i periodi prodromici o residui della Schizofrenia (vedi Criterio C).

Un comportamento grossolanamente disorganizzato (Criterio A4) può manifestarsi in una varietà di modi, variabili da una stupidità infantile all'agitazione imprevedibile. Problemi possono essere notati in qualunque forma di comportamento finalizzato a una meta, che può evidenziare delle difficoltà nella esecuzione di attività della vita quotidiana, come la preparazione dei pasti o il mantenimento dell'igiene personale. La persona può avere un aspetto molto disordinato, può vestire in un modo inusuale (per es., indossando più soprabiti, scarpe e guanti in un giorno caldo), o può mostrare un comportamento sessuale chiaramente inappropriato (per es., masturbazione in pubblico), oppure un'agitazione imprevedibile in assenza di stimoli esterni (per es., gridando o imprecaando). Si dovrebbe avere cura di non applicare questo criterio in modo troppo ampio. Per esempio, alcuni esempi di comportamento agitato, irrequieto, o di rabbia non dovrebbero essere considerati segni evidenti di Schizofrenia, specialmente se la motivazione è comprensibile.

I comportamenti motori catatonici (Criterio A4) includono una notevole diminuzione della reattività all'ambiente, che si manifesta di volta in volta con differenti modalità: raggiungendo un grado estremo di assenza di consapevolezza (stupor catatonico); mantenendo una postura rigida e resistendo passivamente agli sforzi di mobilitazione (rigidità catatonica); con resistenza attiva ai comandi o ai tentativi di mobilitazione (negativismo catatonico); con l'assunzione di posture bizzarre o inappropriate (posture catatoniche); con una eccessiva attività motoria non finalizzata e non dovuta a stimoli esterni (eccitamento catatonico). Benché la catatonìa sia stata storicamente associata alla Schizofrenia, il clinico dovrebbe tenere presente che i sintomi catatonici non sono specifici e possono ricorrere in altri disturbi mentali (vedi Disturbi dell'Umore Con Manifestazioni Catatoniche), in condizioni mediche generali (vedi Disturbo Catatonico Dovuto a una Condizione Medica Generale), e in Disturbi del Movimento Indotti da Farmaci (vedi Parkinsonismo indotto da Neurolettici).

I sintomi negativi della Schizofrenia (Criterio A5) rendono conto ad un consistente grado della morbidità associata al disturbo. Tre sintomi negativi - appiattimento dell'affettività, alogia e abulia - sono inclusi nella definizione di Schizofrenia; altri sintomi negativi (per es., anedonia) sono classificati nella sezione sotto riportata delle "Manifestazioni e Disturbi Associati". L'appiattimento dell'affettività è particolarmente comune ed è caratterizzato dal viso del soggetto che appare immobile e non reattivo, con scarso contatto dello sguardo e ridotto linguaggio del corpo. Benché una persona con affettività appiattita possa sorridere e occasionalmente animarsi, lo spettro delle sue espressioni emotive è chiaramente ridotto nella maggior parte del tempo. Può essere utile osservare la persona mentre interagisce con i suoi pari per determinare se l'appiattimento dell'affettività è sufficientemente persistente per soddisfare il criterio. L'alogia (povertà di linguaggio) è manifestata da risposte brevi, laconiche, vuote. Il soggetto con alogia sembra avere una diminuzione di pensieri, che si riflette nella diminuzione di fluidità e di produttività del linguaggio. Questo deve essere differenziato da una mancanza di volontà di parlare. Tale valutazione clinica può richiedere un'osservazione nel tempo e in una varietà di situazioni. L'abulia è caratterizzata da una incapacità a iniziare e a continuare attività finalizzate a una meta. La persona può rimanere seduta per lunghi periodi di tempo e mostrare scarso interesse nel partecipare ad attività sociali o lavorative.

Benché comuni nella Schizofrenia, i sintomi negativi sono di difficile valutazione per il fatto che si manifestano in un continuum con la normalità, non sono relativamente specifici e possono essere dovuti a una varietà di altri fattori (per es., conseguenza di sintomi positivi, effetti collaterali di farmaci, depressione, sottostimolazione ambientale o demoralizzazione). Se si riconosce che un sintomo negativo è chiaramente attribuibile a qualcuno di questi fattori, allora questo non dovrebbe essere considerato nel formulare la diagnosi di Schizofrenia. Per esempio, il comportamento di un soggetto che abbia la convinzione delirante che egli si troverà in pericolo se lascerà la sua stanza o parlerà con qualcuno, può mimare i sintomi di isolamento sociale, alogia e abulia. Alcuni farmaci antipsicotici spesso producono effetti extrapiramidali collaterali, quali la bradicinesia, che possono mimare l'appiattimento della affettività. La distinzione fra veri sintomi negativi ed effetti collaterali da farmaci dipende spesso dal giudizio clinico concernente la gravità dei sintomi negativi, il tipo di farmaci neurolettici, gli effetti dell'aggiustamento del dosaggio, e gli effetti dei farmaci anticolinergici. La difficile distinzione fra sintomi negativi e sintomi depressivi può essere chiarita dagli altri sintomi di accompagnamento presenti, e dal fatto che i soggetti con sintomi di depressione tipicamente sperimentano uno stato affettivo intensamente doloroso, mentre quelli con Schizofrenia presentano una diminuzione o un vuoto di affettività. Infine, una sottostimolazione ambientale cronica o uno stato di demoralizzazione possono comportare apatia e abulia apprese. Nello stabilire la presenza di sintomi negativi che devono essere utilizzati nella formulazione della diagnosi di Schizofrenia, forse la prova migliore è data dalla loro persistenza per un considerevole periodo di tempo nonostante gli sforzi diretti a risolvere ciascuna delle potenziali cause descritte sopra. È stato suggerito che i sintomi negativi durevoli che non sono attribuibili alle cause secondarie sopra descritte siano riportati come sintomi di "deficit".

Il Criterio A per la Schizofrenia richiede che almeno due delle cinque condizioni siano presenti contemporaneamente

per gran parte di almeno un mese. Tuttavia, se i deliri sono bizzarri o le allucinazioni comportano un "commento di voci" o una "conversazione di voci", allora è richiesta soltanto la presenza di una condizione. La presenza di questa costellazione relativamente grave di segni e di sintomi è riportata come la "fase attiva". In quelle situazioni in cui i sintomi della fase attiva si risolvono entro un mese in risposta a un trattamento, si può ancora considerare soddisfatto il Criterio A se il clinico ritiene che i sintomi sarebbero durati per un mese in assenza di effettivo trattamento. Nei bambini, la valutazione dei sintomi caratteristici dovrebbe includere una considerazione attenta della presenza di altri disturbi o difficoltà di sviluppo. Per esempio, l'eloquio disorganizzato in un bambino con un Disturbo della Comunicazione non dovrebbe orientare verso una diagnosi di Schizofrenia, a meno che il grado di disorganizzazione non sia significativamente più grande di quello atteso sulla base del solo Disturbo della Comunicazione.

La Schizofrenia comporta disfunzione in una o più delle aree principali di funzionamento (per es., relazioni interpersonali, lavoro o scuola o cura di sé) (Criterio B). Tipicamente, il funzionamento è chiaramente ad un livello inferiore a quello che era stato raggiunto prima dell'esordio dei sintomi. Se il disturbo comincia nell'infanzia o nell'adolescenza, tuttavia, vi può essere un'incapacità da parte del soggetto a raggiungere il livello di funzionamento atteso, piuttosto che un deterioramento. Confrontare il soggetto con i fratelli non affetti dal disturbo può essere utile per fare questa valutazione. Il ciclo educativo è frequentemente interrotto, e il soggetto può essere incapace di terminare la scuola. Molti soggetti sono incapaci di conservarsi un lavoro per periodi di tempo prolungati, e sono impiegati a un livello inferiore a quello dei loro genitori ("deriva verso il basso"). La maggioranza (60-70%) dei soggetti con Schizofrenia non si sposano, e i più hanno contatti sociali relativamente limitati. La disfunzione persiste per un periodo considerevole durante il corso del disturbo, e non sembra essere una conseguenza diretta di alcuna manifestazione singola. Per esempio, se una donna lascia il suo posto di lavoro a causa di un delirio circoscritto concernente la convinzione che il suo datore di lavoro stia cercando di ucciderla, da sola tale condizione non rappresenta un motivo sufficiente a soddisfare questo criterio, a meno che non vi siano difficoltà più diffuse (di solito in molteplici settori del funzionamento).

Certi segni del disturbo devono persistere per un periodo continuativo di almeno 6 mesi (Criterio C). Durante questo periodo di tempo devono essere presenti per almeno 1 mese (o meno di 1 mese se i sintomi sono trattati con successo) i sintomi che soddisfano il Criterio A della Schizofrenia (la fase attiva). Sintomi prodromici sono spesso presenti prima della fase attiva, e sintomi residui la possono seguire. Certi sintomi prodromici e residui sono forme relativamente miti o subcliniche dei sintomi positivi specificati nel Criterio A. I soggetti possono esprimere una varietà di convinzioni inusuali o strane che non sono di intensità delirante (per es., idee di riferimento o pensiero magico); essi possono avere esperienze percettive insolite (per es., sentire la presenza di una persona o di una forza invisibile in assenza di allucinazioni strutturate); il loro eloquio può essere generalmente comprensibile ma digressivo, vago, o eccessivamente astratto o concreto; e il loro comportamento può essere peculiare ma non grossolanamente disorganizzato (per es., mormorare tra sé, raccogliere oggetti strani e apparentemente senza valore). In aggiunta a questi sintomi simili a quelli positivi, i sintomi negativi sono particolarmente comuni nelle fasi prodromica e residua e possono spesso essere assai gravi. I soggetti che sono stati attivi socialmente possono diventare ritirati; perdono interesse per attività precedentemente piacevoli; possono diventare meno loquaci e interessati e possono trascorrere la maggior parte del loro tempo a letto. Tali sintomi negativi sono spesso il primo segnale alla famiglia che qualcosa non va; alla fine i membri della famiglia possono riferire di avere la sensazione che il soggetto "stia gradualmente sfuggendo via".

Sottotipi e specificazioni di decorso

La diagnosi di un particolare sottotipo è basata sul quadro clinico che ha determinato la più recente valutazione clinica o richiesta di trattamento e pertanto può modificarsi nel tempo. Sono previsti paragrafi e criteri separati per ciascuno dei seguenti sottotipi:

F20.0x Tipo Paranoide [295.30]

F20.1x Tipo Disorganizzato [295.10]

F20.2x Tipo Catatonico [295.20]

F20.3x Tipo Indifferenziato [295.90]

F20.5x Tipo Residuo [295.60]

Le seguenti specificazioni possono essere usate per indicare il caratteristico decorso dei sintomi della Schizofrenia nel tempo.

.x2 Episodico Con Sintomi Residui Intercritici. Questa specificazione si applica quando il decorso è caratterizzato da episodi nei quali è soddisfatto il Criterio A per la Schizofrenia e vi sono sintomi residui clinicamente significativi fra gli episodi. Con Sintomi Negativi Rilevanti può essere aggiunto se sono presenti rilevanti sintomi negativi durante questi periodi residui.

.x3 Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico. Questa specificazione si applica quando il decorso è caratterizzato da episodi nei quali è soddisfatto il Criterio A per la Schizofrenia e non vi sono sintomi residui clinicamente significativi fra gli episodi.

.x0 Continuo. Questa specificazione si applica quando i sintomi caratteristici del Criterio A sono soddisfatti durante tutto (o quasi tutto) il decorso. Con Sintomi Negativi Rilevanti può essere aggiunto se sono presenti anche sintomi negativi rilevanti.

.x4 Episodio Singolo in Remissione Parziale. Questa specificazione si applica quando vi sia stato un singolo episodio nel quale sia risultato soddisfatto il Criterio A per la Schizofrenia, e rimangano alcuni sintomi residui clinicamente significativi. Con Sintomi Negativi Rilevanti può essere aggiunto se questi sintomi includono sintomi negativi rilevanti.

.x5 Episodio Singolo in Remissione Completa. Questa specificazione si applica quando vi sia stato un episodio singolo nel quale sia risultato soddisfatto il Criterio A per la Schizofrenia, e non rimangano sintomi residui clinicamente significativi.

.x8 Modalità Diversa o Non Specificata. Questa specificazione viene usata quando sia stata presente una modalità di decorso diversa o non specificata.

.x9 Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva.

Procedure di registrazione

Il codice diagnostico per la Schizofrenia è selezionato in base all'appropriato sottotipo: F20.0x per il Tipo Paranoide [295.30], F20.1x per il Tipo Disorganizzato [295.10], F20.2x per il Tipo Catatonico [295.20], F20.3x per il Tipo Indifferenziato [295.90], e F20.5x per il Tipo Residuo [295.60]. La quinta cifra dipende dalle specificazioni di decorso. Nel registrare il nome del disturbo, le specificazioni di decorso sono annotate dopo l'appropriato sottotipo (per es., F20.02 Schizofrenia, Tipo Paranoide, Episodica Con Sintomi Residui Inter critici, Con Sintomi Negativi Rilevanti [295.30]).

Manifestazioni e disturbi associati

Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati Il soggetto con Schizofrenia può mostrare un'affettività inadeguata (per es., sorridere, ridere, o assumere un'espressione sciocca del volto in assenza di uno stimolo appropriato), che è una delle manifestazioni determinanti del Tipo Disorganizzato. L'anedonia è comune, ed è manifestata da una perdita di interesse o di piacere. L'umore disforico può prendere la forma della depressione, dell'ansia o della rabbia. Vi possono essere turbe del ritmo del sonno (per es., sonno durante il giorno e attività o irrequietezza notturne). Il soggetto può mostrare una perdita di interesse per il mangiare o può rifiutare il cibo in conseguenza di convinzioni deliranti. Spesso vi sono alterazioni dell'attività psicomotoria (per es., deambulazione continua, dondolamento o immobilità apatica). È frequente la difficoltà di concentrazione, di attenzione e di memoria.

La maggior parte dei soggetti affetti da Schizofrenia ha una scarsa consapevolezza del fatto di avere una malattia psicotica. I dati suggeriscono che la scarsa consapevolezza sia una manifestazione della malattia stessa piuttosto che una strategia di adattamento. Può essere paragonabile alla mancanza di consapevolezza dei deficit neurologici presenti nello stroke, definita anosognosia. Questo sintomo predispone il soggetto a non presentare aderenza al trattamento ed è stato riscontrato essere predittivo di percentuali più elevate di ricaduta, di un aumentato numero di ricoveri non volontari, di un funzionamento psicosociale più scadente e di un peggior decorso di malattia. Si possono presentare depersonalizzazione, derealizzazione, e preoccupazioni somatiche che a volte assumono proporzioni deliranti. L'ansia e le fobie sono comuni nella Schizofrenia. A volte sono presenti alterazioni motorie (per es., smorfie facciali, posture fisse, manierismi strani, comportamento rituale o stereotipato). L'aspettativa di vita nei soggetti con Schizofrenia è più breve che nella popolazione generale per vari motivi. Il suicidio è un fattore importante, poiché approssimativamente il 10% dei soggetti con Schizofrenia commette suicidio - e fra il 20% ed il 40% fa almeno un tentativo di suicidio nel corso della malattia. Benché il rischio rimanga elevato per tutto l'arco della vita, fattori di rischio specifici per il suicidio includono il sesso maschile, l'età inferiore ai 45 anni, i sintomi depressivi, il sentirsi senza speranza, la disoccupazione e la recente dimissione ospedaliera. Il rischio di suicidio è elevato anche nei periodi postpsicotici. I maschi più delle femmine portano a termine il tentativo di suicidio, ma entrambi i gruppi sono a maggior rischio rispetto alla popolazione generale.

Molti studi hanno riportato che sottogruppi di soggetti affetti da Schizofrenia hanno un'incidenza più elevata di comportamento aggressivo e violento. I maggiori predittori di comportamento violento sono il sesso maschile, l'età più giovane, la storia passata di violenza, la non aderenza al trattamento neurolettico e l'uso eccessivo di sostanze. Tuttavia, si dovrebbe annotare che la maggior parte dei soggetti affetti da Schizofrenia non è più pericolosa per gli altri rispetto a quelli della popolazione generale.

Le percentuali di comorbidità con i Disturbi Correlati alle Sostanze sono elevate. Soprattutto la Dipendenza da Nicotina è elevata con stime variabili dall'80% al 90% di soggetti con Schizofrenia che sono fumatori abituali di sigarette. Inoltre, questi soggetti tendono a fumare molto e a scegliere sigarette ad alto contenuto di nicotina. Anche la comorbidità coi Disturbi d'Ansia è stata sempre più riconosciuta nei soggetti con Schizofrenia. In particolare, sono elevate le percentuali di Disturbo Ossessivo-Compulsivo e Disturbo di Panico (Senza Agorafobia e Con Agorafobia) nei soggetti con Schizofrenia rispetto alla popolazione generale. Il Disturbo Schizotipico, Schizoide o Paranoide di Personalità può a volte precedere l'esordio della Schizofrenia. Non è chiaro se questi Disturbi di Personalità siano semplicemente prodromici alla Schizofrenia o se invece costituiscono un disturbo distinto precedente. Un aumentato rischio di Schizofrenia è stato riscontrato in associazione con fattori prenatali e dell'infanzia (per es., l'esposizione prenatale

all'influenza, la carenza alimentare prenatale, le complicazioni ostetriche, l'infezione del sistema nervoso centrale nella prima infanzia).

Reperti di laboratorio associati Non sono stati identificati reperti di laboratorio che siano patognomonicamente della Schizofrenia. Tuttavia, sono stati osservati una varietà di reperti alterati in gruppi di soggetti con Schizofrenia rispetto a gruppi di controllo. Negli studi di applicazione di tecniche di visualizzazione cerebrale-strutturale, il dato più approfonditamente studiato e più costantemente replicato continua ad essere l'ampliamento dei ventricoli laterali. Molti studi hanno dimostrato anche una riduzione del tessuto cerebrale come evidenziato dai solchi cerebrali ampliati e dalla riduzione del volume della sostanza grigia e bianca. Tuttavia, si sta tuttora discutendo se la riduzione apparente del tessuto cerebrale sia un punto focale o più diffuso. Con l'esame zona per zona, si è constatato che il lobo temporale è più consistentemente ridotto in volume, mentre il lobo frontale è meno spesso coinvolto. Vi sono dati di anomalie focali all'interno del lobo temporale, con strutture temporali mediali (ippocampo, amigdala e corteccia entorinale), come pure il giro temporale superiore ed il piano temporale di volume consistentemente minore. Sia nei soggetti con Schizofrenia che nei loro parenti di primo grado sani è stato riscontrato un volume talamico ridotto, ma un numero insufficiente di studi ha indagato questo aspetto. Un altro dato che è stato costantemente replicato è l'aumentata ampiezza dei gangli basali, ma vi sono dati crescenti che questo possa essere un epifenomeno del trattamento con farmaci antipsicotici tipici. È stata anche dimostrata in soggetti con Schizofrenia un'aumentata incidenza di una più ampia cavità del setto pellucido. Ciò può avere importanti implicazioni fisiopatologiche, poiché è suggestivo di un precoce (cioè prenatale) anomalo sviluppo della linea mediana cerebrale, almeno in un sottogruppo di soggetti con Schizofrenia.

In termini di studi per immagini funzionali cerebrali, l'ipofrontalità (cioè una riduzione relativa del flusso cerebrale, del metabolismo o di altri indicatori dell'attività neuronale) continua ad essere il dato più costantemente replicato. Tuttavia, si sta sempre più riconoscendo che le anomalie funzionali non sono verosimilmente limitate a qualche regione cerebrale, e gli studi più recenti suggeriscono anomalie più diffuse che coinvolgono il circuito cortico-sottocorticale.

I deficit neuropsicologici sono un dato costante in gruppi di soggetti con Schizofrenia. I deficit sono evidenti per un'ampia varietà di capacità cognitive, che includono la memoria, le capacità psicomotorie, l'attenzione e la difficoltà di modificazione dei set di risposta. In aggiunta alla presenza di questi deficit fra i soggetti cronicamente ammalati di Schizofrenia, vi sono dati secondo cui molti di questi deficit sono riscontrati nei soggetti durante il loro primo episodio psicotico e prima del trattamento con farmaci antipsicotici, nei soggetti con Schizofrenia in remissione clinica, come pure nei parenti di primo grado sani. Per queste ragioni, si pensa che alcuni dei deficit neuropsicologici riflettano manifestazioni più fondamentali della malattia e, forse, rivelino fattori di vulnerabilità per la Schizofrenia. Questi deficit sono clinicamente significativi poiché sono correlati al grado di difficoltà che alcuni soggetti con Schizofrenia hanno con attività del vivere quotidiano come pure con la capacità ad acquisire tecniche nella riabilitazione psicosociale. Di conseguenza la gravità dei deficit neuropsicologici è un predittore relativamente valido di esito sociale ed attitudinale.

In gruppi di soggetti con Schizofrenia sono state dimostrate diverse anomalie neurofisiologiche. Tra i più comuni risultano i deficit nella percezione e nell'elaborazione di stimolo sensoriale (per es., compromissione nelle afferenze sensoriali), anomalie dei movimenti oculari nel seguire una traccia e dei movimenti saccadici degli occhi, rallentamento dei tempi di reazione, alterazioni nella lateralità cerebrale e anomalie nell'elettroencefalogramma dei potenziali evocati. Reperti anormali di laboratorio possono anche essere notati come complicità della Schizofrenia o del suo trattamento. Certi soggetti con Schizofrenia bevono quantità eccessive di liquidi ("intossicazione da acqua"), e sviluppano alterazioni del peso specifico delle urine o dell'equilibrio elettrolitico. Elevati valori di creatin-fosfochinasi (CPK) possono risultare dalla Sindrome Maligna da Neurolettici.

Reperti dell'esame fisico e condizioni mediche generali associati I soggetti con Schizofrenia sono a volte fisicamente goffi, e possono mostrare segni neurologici sfumati, come confusione sinistra/destra, deficit di coordinazione, o tendenza a specchiarsi di continuo. Certe anomalie fisiche minori (per es., palato eccessivamente arcuato, distanza interoculare ridotta o aumentata, o sottili malformazioni delle orecchie) possono essere più comuni fra i soggetti con Schizofrenia. Forse i reperti fisici associati più comunemente sono le anomalie motorie. La maggior parte di queste tendono ad essere correlate agli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici impiegati nel trattamento. Le alterazioni motorie secondarie a trattamento neurolettico includono: Discinesia Tardiva Indotta da Neurolettici, Parkinsonismo Indotto da Neurolettici, Acetisia Acuta Indotta da Neurolettici, Distonia Acuta Indotta da Neurolettici, e Sindrome Maligna da Neurolettici. Sono state descritte nell'era pre-neurolettica, e vengono ancora osservate, certe alterazioni motorie spontanee (per es., "tirar su con il naso", far schioccare la lingua, grugnire), benché esse siano difficili da distinguere dagli effetti dei neurolettici. Altri reperti fisici possono essere correlati ai frequenti disturbi associati. Per esempio, poiché la Dipendenza da Nicotina è così comune nella Schizofrenia, questi soggetti tendono più facilmente a sviluppare patologie correlate alle sigarette (per es., enfisema e altri problemi polmonari e cardiaci).

Caratteristiche collegate a cultura, età, e genere

I clinici che esaminano i sintomi della Schizofrenia in contesti culturali e socioeconomici differenti dai loro propri devono tener conto delle differenze culturali. Idee che possono sembrare deliranti in una cultura (per es., stregoneria e arti magiche) possono essere considerate comuni in un'altra. In certe culture, le allucinazioni visive o uditive con un contenuto religioso possono rappresentare una parte normale dell'esperienza religiosa (per es., vedere la Vergine Maria o udire la voce di Dio). Inoltre, la valutazione dell'eloquio disorganizzato può essere difficile per le variazioni linguistiche, proprie degli stili narrativi di culture diverse, che possono influenzare la forma logica dei contenuti verbali. La valutazione dell'affettività richiede una sensibilità alle differenti modalità dell'espressione emotiva, del contatto con lo sguardo e del linguaggio del corpo, che variano nelle diverse culture. Se la valutazione viene condotta in una lingua che è diversa dalla lingua primaria del soggetto, bisogna aver cura di assicurarsi che la lingua non sia correlata a barriere linguistiche. Poiché il significato culturale delle attività intraprese autonomamente e finalizzate a una meta varia nei diversi contesti, devono essere pure accuratamente vagliati i disturbi della volizione. Vi sono dati che dimostrano come i clinici possono tendere a fare diagnosi in eccesso di Schizofrenia in certi gruppi etnici. Studi condotti nel Regno Unito e negli Stati Uniti suggeriscono che la Schizofrenia può essere diagnosticata più spesso in soggetti che sono

afroamericani e asiatico-americani rispetto agli altri gruppi razziali. Non è chiaro, tuttavia, se questi dati rappresentino differenze reali fra i gruppi razziali o se siano il risultato di errori clinici o di insensibilità culturale. Sono state notate differenze culturali nel modo di presentarsi, nel decorso, e negli esiti della Schizofrenia. Il comportamento catatonico è stato riportato come relativamente insolito fra i soggetti con Schizofrenia negli Stati Uniti, ma è più comune nei paesi non Occidentali. I soggetti con Schizofrenia nelle nazioni in via di sviluppo tendono ad avere un decorso più acuto e migliore esito dei soggetti nelle nazioni industrializzate.

L'esordio della Schizofrenia tipicamente si verifica tra la fine dei "teen" e i 35 anni; l'esordio prima dell'adolescenza è raro (benché siano stati riportati casi con età di insorgenza di 5 o 6 anni). Le manifestazioni essenziali di questa condizione sono le stesse nei bambini, ma può essere particolarmente difficile fare diagnosi in questo gruppo di età. Nei bambini, deliri e allucinazioni possono essere meno elaborati di quelli osservati negli adulti, e le allucinazioni visive possono essere più comuni. L'eloquio disorganizzato si osserva in una quantità di disturbi che esordiscono nell'infanzia (per es., Disturbi della Comunicazione, Disturbi Pervasivi dello Sviluppo), come pure il comportamento disorganizzato (per es., Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Disturbo da Movimento Stereotipato). Questi sintomi non dovrebbero essere attribuiti alla Schizofrenia prima di avere escluso quei disturbi, più comuni nell'infanzia. La Schizofrenia può anche iniziare più tardi nella vita (per es., dopo i 45 anni di età). I casi di Schizofrenia con esordio tardivo tendono ad essere simili a quelli con esordio precoce, sebbene siano state rilevate delle differenze. Per esempio, è maggiore la percentuale di donne affette; ed i soggetti con esordio tardivo sono più verosimilmente stati sposati rispetto a quelli con esordio precoce, ma nonostante ciò risultano più socialmente isolati e compromessi quando confrontati con la popolazione generale. Fattori clinici, quali lo stato postmenopausale, i sottotipi di antigene umano leucocitario e la malattia cerebrovascolare sono possibili fattori di rischio. Il quadro clinico tende più facilmente ad includere deliri di persecuzione ed allucinazioni, e meno facilmente sintomi di disorganizzazione e negativi. Spesso il decorso è caratterizzato da una prevalenza di sintomi positivi con conservazione dell'affettività e del funzionamento sociale. Il decorso è tipicamente cronico, benché i soggetti possano essere abbastanza rispondenti ai farmaci antipsicotici a basse dosi. Fra i soggetti con età di esordio più avanzata (cioè sopra i 60 anni) i deficit sensoriali (per es., la perdita dell'udito e della vista) si manifestano più comunemente rispetto alla popolazione generale adulta, sebbene il loro specifico ruolo nella patogenesi rimanga sconosciuto. Vi sono dati che suggeriscono che anche la compromissione cognitiva accompagni il quadro clinico. Tuttavia, la questione se la patologia cerebrale identificabile definisca la malattia ad esordio tardivo rimane sconosciuta.

L'evidenza scientifica dimostra che la Schizofrenia si esprime in modo diverso negli uomini e nelle donne. L'età modale di esordio per gli uomini è fra i 18 ed i 25 anni e quella per le donne è fra i 25 ed i 35 anni. La distribuzione dell'età di esordio è bimodale per le donne con un secondo picco che si manifesta più tardi nella vita, ma unimodale negli uomini. Circa il 3-10% delle donne ha un'età di esordio superiore ai 40 anni, mentre l'esordio tardivo è molto meno comune negli uomini. Le donne hanno anche un miglior funzionamento premorbo degli uomini. Le donne con Schizofrenia tendono ad esprimere più sintomatologia affettiva, deliri paranoidi ed allucinazioni, mentre gli uomini tendono ad esprimere più sintomi negativi (affettività appiattita, abulia, isolamento sociale). Riguardo il decorso della Schizofrenia, le donne hanno una prognosi migliore degli uomini, come indicato dal numero di ricoveri successivi e dalla durata della degenza, dall'intera durata della malattia, dal tempo intervallare, dalla risposta ai farmaci neurolettici e dal funzionamento socio-lavorativo. Tuttavia, il vantaggio del sesso in questi parametri sembra attenuarsi in qualche misura con l'età (cioè, l'esito a breve-medio termine è migliore nelle donne, ma l'esito a lungo termine per le donne, soprattutto nel periodo postmenopausale, diventa più simile a quello degli uomini). Un'incidenza lievemente maggiore di Schizofrenia è stata osservata negli uomini che nelle donne. Inoltre, alcuni studi hanno dimostrato differenze legate al sesso nella trasmissione genetica della Schizofrenia. Le percentuali della Schizofrenia fra i familiari di donne con Schizofrenia sono più elevate rispetto a quelle fra i familiari di uomini con Schizofrenia, mentre i parenti degli uomini hanno un'incidenza più alta di tratti di personalità schizotipica e schizoide rispetto a quelli delle donne.

Prevalenza

La Schizofrenia è stata osservata in tutto il mondo. Le prevalenze fra gli adulti spesso sono riportate in un intervallo compreso tra lo 0,5% e l'1,5%. Le incidenze per anno sono più spesso in un intervallo di 0,5-5,0% per 10.000. L'incidenza stimata prima di questo intervallo era stata riportata per alcuni gruppi di popolazione, per esempio, un'assai più alta incidenza per la seconda generazione degli afrocaribici che vivono nel Regno Unito.

Gli studi di coorte sulla nascita suggeriscono alcune variazioni geografiche e storiche nell'incidenza. Per esempio, un elevato rischio è stato rilevato fra i soggetti nati in distretti urbani rispetto ai soggetti nati in campagna, come pure un'incidenza gradualmente declinante per le coorti di nascita apparse più tardi.

Decorso

L'età media di insorgenza per il primo episodio psicotico della Schizofrenia si situa tra i 20 e i 25 anni per gli uomini e poco sotto i 30 anni per le donne. L'esordio può essere brusco o insidioso, ma la maggioranza dei soggetti presenta un tipo di fase prodromica caratterizzata dallo sviluppo lento e graduale di una varietà di segni e di sintomi (per es., ritiro sociale, perdita di interesse nella scuola o nel lavoro, deterioramento nell'igiene e nell'ordine, comportamento inusuale, scoppi di rabbia). I familiari possono trovare questo comportamento di difficile interpretazione, e presumere che la persona "stia attraversando una particolare fase". Comunque, la comparsa eventuale di certi sintomi della fase attiva contraddistingue il disturbo come Schizofrenia. L'età di insorgenza può avere un significato sia fisiopatologico che prognostico. I soggetti con esordio in età più giovane sono più spesso maschi, e hanno un adattamento premorbo più scadente, un minore grado di istruzione, alterazioni strutturali dell'encefalo più evidenti, segni e sintomi negativi più rilevanti, deficit cognitivi più evidenti, come dimostrato dai tests neuropsicologici, e un esito peggiore. Al contrario, i soggetti con un esordio più tardivo sono più spesso femmine, hanno alterazioni strutturali cerebrali o deficit cognitivi

meno evidenti, e mostrano un esito più favorevole.

La maggior parte degli studi di decorso e di esito della Schizofrenia indicano che il decorso può essere variabile, con certi soggetti che mostrano esacerbazioni e remissioni, mentre altri rimangono cronicamente ammalati. A causa della variabilità di definizione e di accertamento, un accurato sommario degli esiti a lungo termine della Schizofrenia non è possibile. La remissione completa (per es., un ritorno al funzionamento premorboso pieno) non è probabilmente comune in questo disturbo. Tra i soggetti che rimangono ammalati, alcuni sembrano avere un decorso relativamente stabile, mentre altri mostrano un progressivo peggioramento associato a grave disabilità. All'inizio della malattia, i sintomi negativi possono essere rilevanti, apparendo primariamente come manifestazioni prodromiche. Successivamente, compaiono sintomi positivi. Poiché questi sintomi positivi sono particolarmente rispondenti al trattamento, essi tipicamente diminuiscono, ma, in molti soggetti, persistono sintomi negativi tra gli episodi di sintomi positivi. Vi sono dati che indicano che i sintomi negativi possono diventare stabilmente più rilevanti in certi soggetti durante il decorso della malattia. Numerosi studi hanno indicato un gruppo di fattori associati a una prognosi migliore. Questi comprendono: buon adattamento premorboso, esordio acuto, età di esordio più tardiva, assenza di anosognosia (scarsa consapevolezza), sesso femminile, presenza di fattori scatenanti, disturbi dell'umore associati, il trattamento con farmaci neurolettici subito dopo l'esordio della malattia, coerente aderenza al trattamento (cioè, il precoce e costante trattamento predice una migliore risposta ad un successivo trattamento con farmaci antipsicotici), breve durata dei sintomi della fase attiva, buon funzionamento intercritico, minimi sintomi residui, assenza di alterazioni strutturali cerebrali, funzionamento neurologico normale, una storia familiare di Disturbo dell'Umore, e nessuna storia familiare di Schizofrenia.

Familiarità

I parenti biologici di primo grado dei soggetti con Schizofrenia hanno un rischio per la Schizofrenia di circa 10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. I tassi di concordanza per Schizofrenia sono più alti nei gemelli monozigoti rispetto ai gemelli dizigoti. Studi di adozione hanno dimostrato che i parenti biologici di soggetti con Schizofrenia presentano un rischio consistentemente aumentato per Schizofrenia, mentre i parenti adottivi non hanno un aumento di rischio. Benché molti dati suggeriscano l'importanza dei fattori genetici nell'eziologia della Schizofrenia, l'esistenza di un tasso consistente di discordanza nei gemelli monozigoti indica anche l'importanza dei fattori ambientali. Alcuni parenti di soggetti con Schizofrenia possono avere anche un rischio aumentato per un gruppo di disturbi mentali, definito spettro schizofrenico. Benché rimangano sconosciuti i confini esatti dello spettro, gli studi familiari e adottivi suggeriscono che esso probabilmente include il Disturbo Schizoaffettivo ed il Disturbo Schizotipico di Personalità. Anche altri disturbi psicotici ed i Disturbi Paranoide, Schizoide ed Evitante di Personalità possono appartenere allo spettro schizofrenico, ma i dati sono più limitati.

Diagnosi differenziale

Un'ampia varietà di condizioni mediche generali può presentarsi con sintomi psicotici. Si fa diagnosi di Disturbo Psicotico Dovuto a una Condizione Medica Generale, un delirium, o una demenza quando vi sono prove evidenti dalla storia, dall'esame fisico, o dalle analisi di laboratorio che indicano che i deliri o le allucinazioni sono la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale (per es., sindrome di Cushing, tumore cerebrale). Il Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze, il Delirium Indotto da Sostanze, e la Demenza Persistente Indotta da Sostanze si distinguono dalla Schizofrenia per il fatto che si valuta che una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, l'esposizione a una tossina) sia eziologicamente correlata ai deliri o alle allucinazioni. Molti tipi differenti di Disturbi Correlati a Sostanze possono produrre sintomi simili a quelli della Schizofrenia (per es., l'uso prolungato di amfetamine o di cocaina può produrre deliri o allucinazioni; l'uso di fenciclidina può produrre una miscelazione di sintomi positivi e negativi). Basandosi su una varietà di manifestazioni che caratterizzano il decorso della Schizofrenia e dei Disturbi Correlati a Sostanze, il clinico deve determinare se i sintomi sono stati originati e mantenuti dall'uso di una sostanza. Idealmente, il clinico dovrebbe cercare di osservare il soggetto durante un periodo prolungato (per es., 4 settimane) di astinenza. Tuttavia, poiché periodi così prolungati di astinenza sono spesso difficili da raggiungere, il clinico può aver bisogno di prendere in considerazione altri dati evidenti, come stabilire se i sintomi psicotici sembrano o meno essere esacerbati dalla sostanza e si attenuano quando questa viene interrotta, oppure valutare la gravità relativa dei sintomi psicotici in relazione alla quantità di sostanza e alla durata dell'uso, e conoscere i caratteristici sintomi prodotti da una particolare sostanza (per es., le amfetamine producono tipicamente deliri e stereotipie, ma non appiattimento dell'affettività né sintomi negativi rilevanti).

Differenziare la Schizofrenia dal Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche e dal Disturbo Schizoaffettivo è difficile per il fatto che le turbe dell'umore sono comuni durante le fasi prodromica, attiva e residua della Schizofrenia. Se i sintomi psicotici ricorrono esclusivamente durante i periodi di disturbo dell'umore, la diagnosi è Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche. Nel Disturbo Schizoaffettivo, vi deve essere un episodio di alterazione dell'umore concomitante ai sintomi della fase attiva della Schizofrenia, i sintomi affettivi devono essere presenti per una porzione significativa della durata totale del disturbo, e i deliri o le allucinazioni devono essere presenti per almeno 2 settimane in assenza di sintomi rilevanti dell'umore. Al contrario, i sintomi dell'umore nella Schizofrenia hanno una durata che risulta breve relativamente alla durata totale del disturbo, o si verificano soltanto durante le fasi prodromica o residua, oppure non soddisfano pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore. Quando sintomi dell'umore che soddisfano pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore sono sovrapposti alla Schizofrenia, e sono di particolare significato clinico, può essere formulata una diagnosi addizionale di Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato o di Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato. La Schizofrenia, Tipo Catatonico, può essere difficile da distinguere da un Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Catatoniche.

Per definizione, la Schizofrenia si differenzia dal Disturbo Schizofreniforme sulla base della durata. La Schizofrenia comporta la presenza di sintomi (inclusi i sintomi prodromici o residui) per almeno 6 mesi, mentre la durata totale dei sintomi, nel Disturbo Schizofreniforme, deve essere almeno di 1 mese, ma meno di 6 mesi. Il Disturbo Schizofreniforme non comporta un deterioramento del funzionamento. Il Disturbo Psicotico Breve è definito dalla presenza di deliri,

allucinazioni, eloquio disorganizzato, o comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico che dura per almeno un giorno ma per meno di un mese.

La diagnosi differenziale fra Schizofrenia e Disturbo Delirante si basa sulla natura dei deliri (non bizzarri nel Disturbo Delirante), e sull'assenza di altri sintomi caratteristici della Schizofrenia (per es., allucinazioni, eloquio o comportamento disorganizzato, o sintomi negativi rilevanti). Il Disturbo Delirante può essere particolarmente difficile da differenziare dalla Schizofrenia di Tipo Paranoide, poiché questo sottotipo non comprende eloquio disorganizzato in modo rilevante, comportamento disorganizzato, o affettività piatta o inadeguata, e spesso è associato a minore deterioramento del funzionamento rispetto a quello caratteristico degli altri sottotipi della Schizofrenia. Quando nel Disturbo Delirante è presente uno scadente funzionamento psicosociale, esso deriva direttamente dalle stesse convinzioni deliranti.

Una diagnosi di Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato può essere formulata se non vi sono a disposizione dati sufficienti per scegliere fra Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici (per es., Disturbo Schizoaffettivo), o per determinare se i sintomi presentati sono indotti da sostanze o sono risultato di una condizione medica generale. Tale incertezza si verifica con particolare frequenza all'inizio del corso del disturbo.

Benché la Schizofrenia e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (per es., Disturbo Autistico) condividano turbe del linguaggio, dell'affettività e delle relazioni interpersonali, essi possono essere distinti in molteplici modi. I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo vengono riconosciuti tipicamente durante l'infanzia e la prima fanciullezza (di solito prima dei 3 anni), mentre un esordio così precoce è raro nella Schizofrenia. Inoltre, nei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, mancano deliri e allucinazioni rilevanti; vi sono alterazioni dell'affettività più pronunciate; l'eloquio, che è assente o ridotto al minimo, è caratterizzato da stereotipi e alterazioni nella prosodia. La Schizofrenia può svilupparsi occasionalmente in soggetti con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo; una diagnosi di Schizofrenia è giustificata in soggetti con una diagnosi preesistente di Disturbo Autistico o di un altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo solo se sono stati presenti per almeno un mese rilevanti allucinazioni o deliri. L'esordio nell'infanzia della Schizofrenia deve essere distinto da quadri sintomatologici dell'infanzia che combinano eloquio disorganizzato (da Disturbo della Comunicazione) e comportamento disorganizzato (da Disturbo da Deficit dell'Attenzione Con Iperattività).

La Schizofrenia condivide delle caratteristiche (per es., ideazione paranoide, pensiero magico, evitamento sociale, e linguaggio vago e digressivo) con il Disturbo Schizotipico, Schizoide o Paranoide di Personalità, e può essere preceduta da uno di essi. Una diagnosi addizionale di Schizofrenia è appropriata quando i sintomi sono sufficientemente gravi da soddisfare il Criterio A della Schizofrenia. Il Disturbo di Personalità preesistente può essere registrato sull'Asse II seguito da "Premorbo" tra parentesi [per es., Disturbo Schizotipico di Personalità (Premorbo)].

Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10

I set di criteri dell'ICD-10 e del DSM-IV sono simili in molti aspetti importanti, ma non sono identici. I criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 prevedono due modalità di soddisfare i criteri per la Schizofrenia: avere uno dei sintomi di primo rango di Schneider o un delirio bizzarro, oppure avere almeno due degli altri sintomi caratteristici (allucinazioni accompagnate da deliri, alterazioni del pensiero, sintomi catatonici, e sintomi negativi). La definizione di Schizofrenia dell'ICD-10 richiede soltanto una durata di un mese, e in tal modo comprende entrambe le categorie diagnostiche di Schizofrenia e di Disturbo Schizofreniforme. Inoltre, la definizione dell'ICD-10 non richiede una compromissione del funzionamento.

Sottotipi della Schizofrenia

I sottotipi della Schizofrenia sono definiti dalla sintomatologia predominante al momento della valutazione. Benché le implicazioni prognostiche e di trattamento dei sottotipi siano variabili, i Tipi Paranoide e Disorganizzato tendono ad essere rispettivamente il meno e il più grave. La diagnosi di un particolare sottotipo si basa sul quadro clinico che ha determinato la più recente valutazione clinica e richiesta di trattamento; e pertanto può variare nel tempo. Non di rado, il modo di presentarsi può includere sintomi che sono caratteristici di più di un sottotipo. La scelta fra sottotipi dipende dal seguente algoritmo: il Tipo Catatonico è assegnato ogni volta che sono presenti sintomi catatonici rilevanti (non considerando la presenza di altri sintomi); il Tipo Disorganizzato è assegnato ogni volta che sono presenti in modo rilevante eloquio e comportamento disorganizzati e affettività piatta o inadeguata (a meno che non sia presente anche il Tipo Catatonico); il Tipo Paranoide è assegnato ogni volta che vi è preoccupazione concernente deliri, o vi sono frequenti rilevanti allucinazioni (a meno che non siano presenti il Tipo Catatonico o Disorganizzato). Il Tipo Indifferenziato è una categoria residua per descrivere i quadri che includono sintomi rilevanti della fase attiva che non soddisfano i criteri per il Tipo Catatonico, Disorganizzato, o Paranoide; e il Tipo Residuo si applica a quadri nei quali vi è una manifestazione continua del disturbo, ma non risultano più soddisfatti i criteri per i sintomi della fase attiva.

A causa del valore limitato dei sottotipi della schizofrenia negli ambienti clinici e di ricerca (per es., predizione di decorso, risposta al trattamento, correlati della malattia), alternativi schemi di sottotipizzazione sono attivamente studiati. L'alternativa con il supporto fino ad oggi più scientifico propone che le tre dimensioni psicopatologiche (psicotica, disorganizzata e negativa) possano presentarsi insieme in modo diverso fra i soggetti con Schizofrenia. Questa alternativa dimensionale è descritta nell'Appendice B.

F20.0x Schizofrenia Tipo Paranoide [295.30]

La manifestazione essenziale del Tipo Paranoide è la presenza di rilevanti deliri o allucinazioni uditive in un contesto di funzioni cognitive e di affettività preservate. I sintomi caratteristici dei **Tipi Disorganizzato** e **Catatonico** (per es., eloquio disorganizzato, affettività appiattita o inappropriata, comportamento catatonico o disorganizzato) non sono rilevanti. I deliri sono tipicamente di persecuzione o di grandiosità o entrambi, ma possono anche ricorrere deliri con altri temi (per es., di gelosia, religiosi o somatici). I deliri possono essere molteplici, ma sono generalmente organizzati attorno a un tema coerente. Le allucinazioni sono pure tipicamente correlate al contenuto del tema delirante. Le manifestazioni associate comprendono ansia, rabbia, distacco, ed atteggiamento polemico. Il soggetto può avere un atteggiamento superiore e condiscendente e una modalità di rapporto formale e artificiosa, oppure un'estrema intensità delle relazioni personali. I temi persecutori possono predisporre il soggetto a un comportamento suicidario, e la combinazione di deliri di persecuzione e di grandiosità con rabbia può predisporre il soggetto alla violenza. L'esordio tende ad essere più tardivo nella vita rispetto agli altri tipi di Schizofrenia, e le caratteristiche distintive possono essere più stabili nel tempo. Questi soggetti generalmente dimostrano scarsa o nessuna compromissione ai test neuropsicologici o ad altri test cognitivi. Certi dati suggeriscono che la prognosi per il Tipo Paranoide può essere considerevolmente migliore che per altri tipi di Schizofrenia, con particolare riguardo al funzionamento lavorativo e alla capacità di vivere autonomamente.

Criteria diagnostici per F20.0x Schizofrenia Tipo Paranoide [295.30]

Un tipo di **Schizofrenia** nel quale risultano soddisfatti i seguenti criteri:

- A. Preoccupazione relativa a uno o più deliri o frequenti allucinazioni uditive.
- B. Nessuno dei seguenti sintomi è rilevante: eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico, affettività appiattita o inadeguata.

Codificare il decorso della Schizofrenia nella quinta cifra:

- .x2 Episodico Con Sintomi Residui Intercritici
- .x3 Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio Singolo in Remissione Parziale
- .x5 Episodio Singolo in Remissione Completa
- .x8 Modalità Diversa o Non Specificata
- .x9 Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva

F20.1x Schizofrenia Tipo Disorganizzato [295.10]

Le caratteristiche essenziali del Tipo Disorganizzato della Schizofrenia sono: eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato e affettività appiattita o inadeguata. L'eloquio disorganizzato può essere accompagnato da stupidità e ilarità che non sono strettamente connesse al contenuto dell'eloquio. La disorganizzazione comportamentale (per es., disorientamento nel raggiungimento di una meta) può

condurre a grave danno della capacità di esecuzione delle attività della vita quotidiana (per es., fare la doccia, vestirsi o preparare i pasti). I criteri per il Tipo Catatonico della Schizofrenia non risultano soddisfatti, e i deliri o le allucinazioni, se presenti, sono frammentari e non strutturati in un tema coerente. Le manifestazioni associate comprendono: smorfie facciali, manierismi, e altre stravaganze di comportamento. Una batteria di tests neuropsicologici e cognitivi possono dimostrare una compromissione delle prestazioni. Questo sottotipo è anche spesso associato a una personalità premorbosa povera, a un esordio precoce e insidioso, e a un decorso continuo senza remissioni significative. Storicamente, e in altri sistemi di classificazione, questo tipo è chiamato *ebefrenico*.

Criteria diagnostici per Schizofrenia F20.1x Tipo Disorganizzato [295.10]

Un tipo di Schizofrenia in cui risultano soddisfatti i criteri seguenti:

- A. Sono in primo piano tutti i seguenti:
- 1) eloquio disorganizzato
 - 2) comportamento disorganizzato
 - 3) affettività appiattita o inadeguata.
- B. Non risultano soddisfatti i criteri per il Tipo Catatonico.

Codificare il decorso della Schizofrenia nella quinta cifra:

- .x2 Episodico Con Sintomi Residui Intercritici
- .x3 Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio Singolo in Remissione Parziale
- .x5 Episodio Singolo in Remissione Completa
- .x8 Modalità Diversa o Non Specificata
- .x9 Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva

F20.2x Schizofrenia Tipo Catatonico [295.20]

La manifestazione essenziale del Tipo Catatonico della Schizofrenia è un notevole disturbo psicomotorio che può comportare arresto motorio, eccessiva attività motoria, estremo negativismo, mutacismo, peculiari movimenti volontari, ecolalia, o ecoprassia. L'arresto motorio può essere manifestato da catalessia (flessibilità cerea) o da stupor. L'eccessiva attività motoria è apparentemente senza scopo, e non influenzata da stimoli esterni. Vi può essere un estremo negativismo che è manifestato dal mantenimento di una postura rigida contro i tentativi di mobilitazione o da resistenza a tutti i comandi. Le peculiarità del movimento volontario sono caratterizzate dalla assunzione volontaria di posture inadeguate o bizzarre, o da smorfie impressionanti. L'ecolalia è la ripetizione patologica, a pappagallo, e apparentemente senza senso, di una parola o frase appena pronunciata da un'altra persona. Le ulteriori manifestazioni comprendono: stereotipie, manierismi e obbedienza automatica o mimetismo. Durante lo stato di grave stupor catatonico o di eccitamento, la persona può aver bisogno di una attenta vigilanza per evitare di farsi del male o di farne a terzi. Ci sono rischi potenziali da malnutrizione, esaurimento, ipertensione, o lesioni

auto-procurate. Per formulare diagnosi di questo sottotipo, il quadro sintomatologico del soggetto deve innanzi tutto soddisfare pienamente i criteri per la Schizofrenia, e non deve risultare meglio giustificato da un'altra eziologia: in particolare, indotto da sostanze (per es., Parkinsonismo Indotto da Neurolettici, o da una Condizione Medica Generale, o un Episodio Depressivo Maggiore o Maniacale.

Criteri diagnostici per Schizofrenia F20.2x Tipo Catatonico [295.20]

Un tipo di Schizofrenia nel quale il quadro clinico è dominato da almeno due dei seguenti sintomi:

- 1) arresto motorio come evidenziato da catalessia (inclusa flessibilità cerea) o da stupor;
- 2) eccessiva attività motoria (che è apparentemente senza scopo e non influenzata da stimoli esterni);
- 3) negativismo estremo (resistenza apparentemente senza motivo a tutti i comandi, o mantenimento di una postura rigida contro i tentativi di mobilitazione) o mutacismo;
- 4) peculiarità del movimento volontario, come evidenziato dalla tendenza alla postura fissa (assunzione volontaria di pose inadeguate o bizzarre), da movimenti stereotipati, da rilevanti manierismi o smorfie;
- 5) ecolalia o ecoprassia.

Codificare il decorso della Schizofrenia nella quinta cifra:

- .x2 Episodico Con Sintomi Residui Intercritici
- .x3 Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio Singolo in Remissione Parziale
- .x5 Episodio Singolo in Remissione Completa
- .x8 Modalità Diversa o Non Specificata
- .x9 Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva

F20.3x Schizofrenia Tipo Indifferenziato [295.90]

La manifestazione essenziale del Tipo Indifferenziato della Schizofrenia è la presenza di sintomi che soddisfano il Criterio A della Schizofrenia ma che non soddisfano i criteri per il Tipo Paranoide, Disorganizzato o Catatonico.

Criteria diagnostici per F20.3x Schizofrenia Tipo Indifferenziato [295.90]

Un tipo di **Schizofrenia** nel quale sono presenti i sintomi che soddisfano il Criterio A, ma che non soddisfano i criteri per il **Tipo Paranoide**, **Disorganizzato**, o **Catatonico**.

Codificare il decorso della Schizofrenia nella quinta cifra:

- .x2 **Episodico Con Sintomi Residui Intercritici**
- .x3 **Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico**
- .x0 **Continuo**
- .x4 **Episodio Singolo in Remissione Parziale**
- .x5 **Episodio Singolo in Remissione Completa**
- .x8 **Modalità Diversa o Non Specificata**
- .x9 **Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva**

F20.5x Schizofrenia Tipo Residuo [295.60]

Il Tipo Residuo della Schizofrenia dovrebbe essere usato quando vi è stato almeno un episodio di schizofrenia, ma il quadro clinico attuale è senza sintomi psicotici positivi rilevanti (per es., deliri, allucinazioni, eloquio o comportamento disorganizzati). Vi è manifestazione continua del disturbo come indicato dalla presenza di sintomi negativi (per es., affettività appiattita, povertà dell'eloquio, o abulia), o di due o più sintomi positivi attenuati (per es., comportamento eccentrico, eloquio lievemente disorganizzato, o convinzioni stravaganti). Se i deliri o le allucinazioni sono presenti, essi non sono rilevanti e non sono accompagnati da intensa affettività. Il decorso del Tipo Residuo può essere limitato nel tempo, e rappresenta una transizione fra un episodio pienamente sviluppato e una remissione completa. Tuttavia, esso può anche essere continuamente presente per molti anni, con o senza esacerbazioni acute.

Criteria diagnostici per F20.5x Schizofrenia Tipo Residuo [295.60]

Un tipo di **Schizofrenia** nel quale risultano soddisfatti i seguenti criteri:

- A. Assenza di rilevanti deliri e allucinazioni, eloquio disorganizzato, e comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
- B. Vi è manifestazione continua del disturbo, come indicato dalla presenza di sintomi negativi o di due più sintomi elencati nel Criterio A per la Schizofrenia, presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

Codificare il decorso della Schizofrenia nella quinta cifra:

- .x2 **Episodico Con Sintomi Residui Intercritici**
- .x3 **Episodico Con Nessun Sintomo Residuo Intercritico**

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

- .x0 Continuo**
- .x4 Episodio Singolo in Remissione Parziale**
- .x5 Episodio Singolo in Remissione Completa**
- .x8 Modalità Diversa o Non Specificata**
- .x9 Meno di un anno dall'esordio dei sintomi iniziali della fase attiva**

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

R41.8 Funzionamento Intellettivo Limite [V62.89]

Questa categoria può essere usata quando l'oggetto dell'attenzione clinica è associato con un funzionamento intellettivo limite, cioè, un QI di 71-84. La diagnosi differenziale tra Funzionamento Intellettivo Limite e Ritardo Mentale (un QI di 70 o inferiore) è particolarmente difficile quando è complicata dalla coesistenza di certi disturbi mentali (per es., **Schizofrenia**).

Nota per la codificazione Si codifica sull'Asse II.

SCALA PER LA VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO (VGF)

Considerare il funzionamento psicologico, sociale e occupazionale nell' ambito di un ipotetico continuum salute-malattia mentale. Non includere le menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche o ambientali.

Usare codici intermedi (per es., 45, 68, 72), quando necessario.

- 100 - 91 • FUNZIONAMENTO DI LIVELLO SUPERIORE IN UN AMPIO SPETTRO DI ATTIVITÀ, I PROBLEMI DELLA VITA NON SEMBRANO MAI SFUGGIRE DAL CONTROLLO, E RICERCATO DAGLI ALTRI A CAUSA DELLE SUE MOLTE QUALITÀ POSITIVE. ASSENZA DI SINTOMI.
- 90 - 81 • SINTOMI ASSENTI O MINIMI (PER ES., ANSIA LIEVE PRIMA DI UN ESAME), BUON FUNZIONAMENTO IN TUTTE LE AREE, INTERESSATO E COINVOLTO IN UN AMPIO SPETTRO DI ATTIVITÀ, SOCIALMENTE EFFICIENTE, IN GENERE SODDISFATTO DELLA VITA, NESSUN PROBLEMA O PREOCCUPAZIONE OLTRE A QUELLI DELLA VITA QUOTIDIANA (PER ES., DISCUSSIONI CON I MEMBRI DELLA FAMIGLIA).
- 80 - 71 • SE SONO PRESENTI SINTOMI, ESSI RAPPRESENTANO REAZIONI TRANSITORIE E PREVEDIBILI A STIMOLI PSICOSOCIALI STRESSANTI (PER ES., DIFFICOLTÀ A CONCENTRARSI DOPO UNA DISCUSSIONE FAMILIARE); LIEVISSIMA ALTERAZIONE DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE, OCCUPAZIONALE O SCOLASTICO (PER ES., RIMANE TEMPORANEAMENTE INDIETRO NELLO STUDIO).
- 70 - 61 • ALCUNI SINTOMI LIEVI (PER ES., UMORE DEPRESSO O INSONNIA LIEVE). OPPURE ALCUNE DIFFICOLTÀ NEL FUNZIONAMENTO SOCIALE, OCCUPAZIONALE O SCOLASTICO (PER ES., OCCASIONALI ASSENZE INGIUSTIFICATE DA SCUOLA, O FURTI IN CASA), MA IN GENERE FUNZIONA ABBASTANZA BENE, E HA ALCUNE RELAZIONI INTERPERSONALI SIGNIFICATIVE.
- 60 - 51 • SINTOMI MODERATI (PER ES., AFFETTIVITÀ APPIATTITA E LINGUAGGIO CIRCOSTANZIATO, OCCASIONALI ATTACCHI DI PANICO). OPPURE MODERATE DIFFICOLTÀ NEL FUNZIONAMENTO SOCIALE, OCCUPAZIONALE O SCOLASTICO (PER ES., POCHI AMICI, CONFLITTI CON I COMPAGNI DI LAVORO).
- 50 - 41 • SINTOMI GRAVI (PER ES., IDEE DI SUICIDIO, RITUALI OSSESSIVI GRAVI, FREQUENTI FURTI NEI NEGOZI). OPPURE QUALSIASI GRAVE ALTERAZIONE NEL FUNZIONAMENTO SOCIALE, OCCUPAZIONALE O SCOLASTICO (PER ES., NESSUN AMICO, INCAPACE DI MANTENERE UN LAVORO).
- 40 - 31 • ALCUNE ALTERAZIONI NEL GIUDIZIO DI REALTÀ O NELLA COMUNICAZIONE (PER ES., IL LINGUAGGIO E TALVOLTA ILLOGICO, OSCURO O IRRILEVANTE). OPPURE ALTERAZIONI GRAVI IN ALCUNE AREE, QUALI IL LAVORO O LA SCUOLA, LE RELAZIONI FAMILIARI, LA CAPACITÀ DI GIUDIZIO, IL PENSIERO O L'UMORE (PER ES., IL DEPRESSO EVITA GLI AMICI, TRASCURA LA FAMIGLIA ED È INCAPACE DI LAVORARE; IL BAMBINO PICCHIA FREQUENTEMENTE I BAMBINI O PICCOLI, E ARROGANTE IN CASA E NON RIESCE A SCUOLA).
- 30 - 21 • IL COMPORTAMENTO È CONSIDEREVOLMENTE INFLUENZATO DA DELIRI O ALLUCINAZIONI. OPPURE GRAVE ALTERAZIONE DELLA COMUNICAZIONE O DELLA CAPACITÀ DI GIUDIZIO (PER ES., TALVOLTA INCOERENTE, AGISCE IN MODO GROSSOLANAMENTE INAPPROPRIATO; IDEE DI SUICIDIO). OPPURE INCAPACITÀ DI FUNZIONARE IN QUASI TUTTE LE AREE (PER ES., STA A LETTO TUTTO IL GIORNO; NON HA LAVORO, CASA O AMICI).
- 20 - 11 • QUALCHE PERICOLO DI FAR DEL MALE A SE STESSO O AGLI ALTRI (PER ES., TENTATIVI DI SUICIDIO SENZA CHIARA ASPETTATIVA DI MORIRE, FREQUENTEMENTE VIOLENTO, ECCITAMENTO MANIACALE). OPPURE OCCASIONALMENTE NON RIESCE A MANTENERE UNA MINIMA IGIENE PERSONALE (PER ES., SI SPORCA CON LE FECI). OPPURE GROSSOLANA ALTERAZIONE DELLA COMUNICAZIONE (PER ES., DECISAMENTE INCOERENTE O MUTACICO).
- 10-1 • PERSISTENTE PERICOLO DI FAR DEL MALE IN MODO GRAVE A SE STESSO O AGLI ALTRI (PER ES., VIOLENZA RICORRENTE). OPPURE PERSISTENTE INCAPACITÀ DI MANTENERE UNA MINIMA IGIENE PERSONALE. OPPURE GRAVE GESTO SUICIDA CON CHIARA ASPETTATIVA DI MORIRE.
- 1 INFORMAZIONI INADEGUATE

ALLEGATI

DOCUMENTAZIONE GIUDIZIARIA

I FATTI PER I QUALI SI PROCEDE

(sintesi)

Legione Carabinieri "Lombardia"

OGGETTO: Comunicazione di notizia di reato inerente l'arresto di:

• KABOBO Adam nato in Ghana il 01.01.1982 ed ivi residente, in Italia senza fissa dimora, identificato mediante rilievi dattiloscopici;

..... per la violazione degli artt. 575 - 61 n.2 e n.4 - 628 c.3 n.- 582 e art. 41.110/75 (omicidio, rapina aggravata, lesioni personali e porto di oggetti atti ad offendere)

..... evento verificatosi in data 11.05.13 dalle ore 05.30 in Milano in Via Tertuggia, Via Passerini, Via Grivola, Via Adriatico, Piazza Belloveso, Via Monterotondo;

..... in pregiudizio di:

1. CAROLE' Alessandro Maria ... (deceduto in Clinica Città Studi)
2. CARELLA Daniele... (ricoverato Ospedale Niguarda in P.R. Neuroranimazione)
3. MASINI Ermanno... (gravemente ferito e ricoverato presso Ospedale Policlinico)
4. CARFORA Andrea... (ferito e dimesso da Ospedale Niguarda con prognosi di gg. 5 s.e.);
5. NIRO Francesco Antonio... (ferito e ricoverato all'Ospedale Niguarda in osservazione senza referto)

ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE ORDINARIO DI MILANO

c.a. Dott. Isidoro Palma

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 347 c.p.p. si comunica quanto segue:

In data 11.05.13 la locale centrale operativa inviava pattuglia del Nucleo Radiomobile in Piazza Belloveso per un soggetto armato di ascia (rivelatasi poi essere un piccone da cantiere) autore di un'aggressione. Successivamente, così come emerge dal verbale d'arresto (allegato n.1) le aggressioni e quindi i soggetti feriti, risultavano essere molteplici. Il reo veniva subito bloccato nelle vie limitrofe e, poco distante, veniva ritrovata l'arma del delitto (allegato n.2). Di seguito si riporta la descrizione cronologica effettuata basandosi sulle riprese di alcune videocamere della zona, sulle chiamate di soccorso, sulle dichiarazioni rese dalle persone offese o informate sui fatti e su quanto riscontrato e rinvenuto nel sopralluogo che la p.g. operante ha effettuato nella zona d'interesse.

1. Alle ore 04:30 circa l'arrestato compie una prima aggressione, servendosi di una spranga in ferro (sottoposto a sequestro in allegato n.4) di colore giallo, prelevata molto probabilmente nei pressi dell'uscita posteriore del supermercato "Coop" sito in Via de Calboli Paulucci Fulcieri. Difatti sul marciapiede della citata via si trovano dei dissuasori per i parcheggi fissati nel terreno dello stesso colore, materiale e dimensione della spranga, che risultano mancanti di un "tramezzo" risultato combaciante con l'oggetto atto ad offendere rinvenuto.

Il tutto emerge anche dalle dichiarazioni di un commesso del supermercato, tale Visentin Claudio (allegato n. II). Pertanto il reo si trovava molto probabilmente in Via de Calboli Paulucci Fulcieri quando imboccava la vicina Via Terruggia, ove alle ore 04:30 circa aggrediva CARFORA Andrea tentando di colpirlo in testa; il tentativo è vano solo grazie alla prontezza di riflessi del ragazzo che porta le braccia al volto per difendersi e pertanto riusciva a parare il colpo con il polso, vedasi referto medico redatto. (allegato n. 31).

Successivamente il ragazzo fugge correndo verso Via Val di Ledro riuscendo a seminare l'aggressore, come risulta dagli allegati n. 16 e n.17. Il CARFORA tuttavia non richiedeva l'intervento delle forze dell'ordine.

2. In seguito il soggetto si dirigeva verso l'area verde che prende il nome di Giardini Gina Galeotti Bianchi e avanzava minaccioso anche verso un'altra persona, lì presente con il proprio cane. Quest'ultima, identificata in QUATELA Giuseppe, dichiarava che un soggetto di etnia africana si avvicinava minaccioso brandendo una spranga gialla in mano e si allontanava solo

dopo aver sentito il cane ringhiare (vds. allegato n.13). Il QUATELA tuttavia non segnalava il tutto alle forze dell'ordine. Inoltre il QUATELA riconosceva sia la spranga che l'abbigliamento del soggetto mostratogli (allegati n. 14 e n.15); in particolare l'abbigliamento era composto da un particolare piuttosto visibile, anche dalle immagini, ossia il maglioncino a collo alto bianco, sottoposto a sequestro insieme a tutti gli altri indumenti dell'arrestato (allegato n.3). Questa p.g. ritiene che a seguito di quest'ultimo tentativo di aggressione il KABOBO abbia abbandonato la spranga (successivamente rinvenuta proprio nei pressi dei giardini sopra citati - allegato n.4) per armarsi di un piccone, molto probabilmente asportato dai numerosi piccoli cantieri stradali che sorgono fra Via Ornato e Via Passerini.

3. Il terzo episodio di aggressione avviene in Via Passerini, e viene posto in essere presumibilmente dopo le ore 05:00. Si ritiene che il tempo intercorrente fra i due episodi di aggressione sia servito al reo proprio per procurarsi un'arma del delitto più pericolosa e letale, dimostrando una cinica lucidità nel condurre il suo iter criminoso. Il NIRO Francesco Antonio, nell'allegata denuncia-querela (allegato n.18) dichiara che mentre rincasava veniva colpito sulla testa da tergo, ma non riusciva a vedere l'aggressore. La ferita da corpo contundente è compatibile con il piccone rinvenuto e sequestrato (allegato n.30). Si fa riserva di trasmettere successivamente il referto per l'A. G. del NIRO, non ancora pervenuto dal nosocomio Niguarda che trattiene il paziente in osservazione a causa delle lesioni inferte al capo.

4. Il quarto episodio di aggressione, soltanto tentato, si svolge circa 45 minuti dopo. In questo lasso di tempo il soggetto, da Via Passerini risale molto probabilmente Via Bauer fino a girare a destra in Via Monte Grivola. Le immagini tratte da un impianto di video sorveglianza della citata via, contenute nell'allegato supporto informatico (allegato n.32), mostrano il reo che cammina con il piccone sulla spalla in direzione di Viale Adriatico. MORISCO Antonio, che si trovava in strada a spasso con il cane, intuisce la minaccia ed entra nel condominio chiudendo dietro di sé il portone. Subito dopo il KABOBO tenta di aprirlo ma, non riuscendovi passa oltre (vds. allegato n. 12). Purtroppo anche in questo caso il MORISCO non segnalava l'accaduto alle forze dell'ordine previa chiamata al numero di emergenza.

5. Il reo prosegue verso l'area verde di Viale Adriatico, ove consuma la sua quinta aggressione ai danni di MASINI Ermanno, aggredito con violenza inaudita e colpito alla testa (frattura esposta della base cranica con traumatismo intracranico) e all'addome (traumatismo del rene con ferita aperta e lacerazione), accanendosi più volte sul corpo già esanime del malcapitato (vds. allegato n. 29) ed asportando il telefono cellulare marca Nokia. Il MASINI veniva rinvenuto a terra da un passante (allegato n. 9) e ricoverato presso l'Ospedale Policlinico. Al momento versa in stato comatoso.

6. A questo punto il KABOBO si dirige altrettanto lucidamente verso Piazza Belloveso, raggiungibile in poco tempo tramite Via Lanfranco della Pila e Via Santagostino. Arrivato sul posto dà sfogo per la sesta volta alla sua indole violenta colpendo con il medesimo piccone CAROLE' Alessandro Maria, seduto ai tavolini esterni del Bar "Del Rosso", provocandone la morte e infierendo con sconvolgente brutalità sull'ennesima vittima, dalla quale asportava telefono cellulare marca LG modello L5. Le persone informate sui fatti che assistevano alla scena (allegati n. 7-8-10) confermano tutte univocamente di aver visto un soggetto di colore con un piccone in mano e un maglioncino bianco indossato. Le lesioni inferte (ferita penetrante all'addome con sospette lesioni degli organi interni, contusioni cerebrali multiple con sospetta lesione encefalica) portavano al decesso il CAROLE' (allegati n. 24-25-26-27). Quest'ultima aggressione avviene circa alle ore 06:15, difatti pochi minuti dopo le telecamere di videosorveglianza della Farmacia di Piazza Belloveso mostrano il KABOBO che si dirige, brandendo il piccone, verso Via Monterotondo.

7. La settima ed ultima aggressione avviene dopo le ore 06:30 circa in Via Monterotondo, ai danni di CARELLA Daniele, giovane di vent'anni impegnato insieme al padre nella consegna dei giornali. I filmati della videosorveglianza del civico n.21 rendono superfluo ogni altro accertamento (allegato n. 32). Il padre del ragazzo esce sulla strada pochi secondi dopo le sei picconate inferte sul capo e sull'addome, e dichiara di aver visto l'arrestato rivolgersi minaccioso anche verso di lui, e con in mano il telefono cellulare del figlio (allegato n. 5). Il ragazzo riporta seri danni, considerate le fratture craniche riscontrate (allegato n.28). Il tutto emerge anche dalla visione del filmato, dove il ragazzo stramazza al suolo fin dal primo colpo inferto sul capo ma nonostante ciò, il KABOBO continua ad infierire, in particolare sulla testa del ragazzo; successivamente fruga nelle tasche prendendo un telefono cellulare marca Sony modello

Xperia ed un lettore musicale marca Ipod. Nelle immediatezze nota il padre del ragazzo e tenta di dirigersi verso di lui con il piccone in mano, tuttavia desiste a causa delle urla dell'uomo e del sopraggiungere di un automobilista che si ferma sul posto. Il fascicolo fotografico (allegato n.33) mostra i fotogrammi d'interesse, a partire dal primo colpo inferto (foto n.3) fino all'asportazione del cellulare e del lettore (foto n.6 e 7).

L'omicida continua lungo Via Monterotondo dove viene visto da un automobilista (allegato n. 6) occultare il piccone (rinvenuto con vistose tracce ematiche, vds. allegato n. 2) infilandolo all'interno della recinzione in ferro delimitante il perimetro dei condomini. Il cittadino inoltre fornisce utili indicazioni alla pattuglia dei carabinieri giunta sul posto che individua il KABOBO in Via Racconigi. Quest'ultimo tenta la fuga ma viene prontamente bloccato, immobilizzato, dichiarato in stato di arresto e, a seguito di atti e formalità di rito, tradotto nella locale Casa circondariale (allegati n. 19-20-21-22-23).

... OMISSIS...

Si precisa che l'allegato n.36, ossia la mappa con l'indicazione del percorso del reo, raffigura quello che è il presumibile "itinerario" compiuto dal reo, dal momento che non è possibile stabilire con certezza il percorso del KABOBO, visto che le numerose aggressioni sembrano rispondere ad una sorta di "girovagare" criminoso per il quartiere più che ad un preciso schema. Il tutto in considerazione della casualità con la quale ha scelto le sue vittime, l'assenza di connessione fra esse e gli altri tentativi esposti nei punti n. 2 e 4 della presente informativa.

Allegati:

... OMISSIS...

CASELLARIO GIUDIZIALE

Sistema Informativo del Casellario Certificato del Casellario Giudiziale

(ART. 21 COMMA 1 D.P.R. 14/11/2002 N.313)

CERTIFICATO NUMERO: 26081/2013/R

NULLA

Legione Carabinieri "Lombardia"

...

Come da intese, in allegato le trasmettiamo il cartellino foto segnaletica e i riscontri AFIS relativi al nominato KABOBO Adam.

In merito si segnala quanto segue:

IN DATA 01/08/2011 PERSONALE DELLA QUESTURA DI BARI PROVEDEVA AD ARRESTARE 28 CITTADINI EXTRACOMUNITARI OSPITI DEL C.A.R.A. AUTORI DI UNA PROTESTA SFOCIATA CON EPISODI DI VIOLENZA

Reato

Reato C.P. art. 625 comma 12

Descrizione FURTO AGGRAVATO ART.625 COMMA 1 PARTE 2

Reato C.P. art. 331

Descrizione INTERRUZIONE DI UN SERVIZIO PUBBLICO O DI PUBBLICA NECESSITA'

Reato C.P. art. 336

Descrizione VIOLENZA O MINACCIA A PUBBLICO UFFICIALE

Fatto di riferimento

Reato C.P. art 337

Descrizione RESISTENZA A UN PUBBLICO UFFICIALE

C.P. art 340

INTERRUZIONE DI UN UFFICIO O SERVIZIO PUBBLICO O DI UN SERVIZIO DI PUBBLICA NECE(?)

Reato C.P. art. 610

Descrizione VIOLENZA PRIVATA

E ancora:

IN DATA 20.01.12 È STATO DEFERITO ALLA A.G. PER AVER DANNEGGIATO IL TELEVISORE IN USO ALLA CAMERA DETENUTI PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI LECCE

IN DATA 01.02.2012 È STATO DEFERITO ALLA LOCALE A.G. PER AVER DANNEGGIATO IL TELEVISORE IN DOTAZIONE ALLA STANZA DETENTIVA SENZA FORNIRE ALCUNA DELUCIDAZIONE IN MERITO ALLE CAUSE CHE NE AVEVANO DETERMINATO TALE GESTO.

VERBALE ARRESTO IN FLAGRANZA DI REATO E VERBALE PERQUISIZIONE PERSONALE

Legione Carabinieri Lombardia

VERBALE di arresto in flagranza di reato, operato nei confronti di:
 KABOBO Adam

... OMISSIS ...

11.05.2013 alle ore 11:00. negli Uffici del Comando in Intestazione .---

Noi sottoscritti Ufficiali ed Agenti di P. G.. Brig. SCOLLO Carmine, App.s. OCCHI Andrea, entrambi effettivi al Comando in intestazione, riferiscono quanto segue:

"Alle precedenti ore 06:40 circa, la locale Centrale Operativa ci ordinava di recarci in questa Piazza BELLOVESO poiché al centralino del 112, cittadini del luogo, segnalavano un cittadino extracomunitario di nazionalità africana, di sesso maschile, armato di ascia, allontanarsi dal luogo in direzione della via Monterotondo (fornendo altresì la descrizione degli indumenti) dopo aver colpito una persona di sesso maschile, causandole gravissime lesioni al punto di farla rimanere steso al suolo priva di conoscenza .

Sul posto, giungeva l'autoradio denominata "VOLPE 12" la quale dopo aver accertato quanto segnalato richiedeva con urgenza l'intervento di personale sanitario del 118, diramando nel frattempo le ricerche dell'aggressore.-

Sentite le prime indicazioni della predetta pattuglia, questo equipaggio si portava immediatamente alle ricerche dell'aggressore percorrendo le vie limitrofe dal luogo dell'evento. Percorrendo la via Monterotondo in direzione via Racconigi venivamo richiamati l'attenzione da un cittadino (successivamente identificato ed escusso a s.i. - Portolano Giuseppe) il quale ci indicava l'aggressore con un piccone in mano. che si allontanava in direzione di via Racconigi.

A seguito di tali indicazioni lo stesso veniva individuato dall'equipaggio intervenuto che cercava di fermarlo, ma l'aggressore accortosi della presenza dei militari, si disfava del piccone edile, (infilando all'interno della recinzione in ferro delimitante il perimetro dei condomini, ubicati al civico 14 della via Monterotondo) e con una corsa repentina si dava alla fuga.

Prontamente, veniva rincorso a piedi dallo scrivente e dall'autista dell'autoradio denominata "VOLPE 03" che riuscivano ad ostacolare la corsa del fuggitivo, bloccato dopo alcuni metri .

Una volta messo in sicurezza il soggetto, i militari si recavano sul luogo ove era stato occultato il piccone al fine di recuperarlo nonché provvedevano ad escutere sul posto il PORTOLANO Giuseppe.

In relazione a quanto accaduto in Piazza Belloveso, dalle informazioni acquisite dai testimoni, emergeva che l'aggressore poneva in essere analoghe azioni delittuose nei confronti di altre persone, in circostanze di tempo e di luogo diversi dalla summenzionato episodio.

Tuttavia si riusciva ricostruire il tragitto circa la continuità delle aggressioni avvenute nella zona. Con l'ausilio di altre autoradio giunte in loco, si individuava il luogo preciso dove erano state ferite le altre persone, ovvero, ove era stato colpito in questa via Adriatico, (interno dei giardini pubblici) con un piccone edile, il MASINI Ermanno (meglio descritto al punto 1) rimasto esaminate a terra e privato del proprio del telefono cellulare poiché asportatogli dall'aggressore.

Giova precisare, che in questo episodio non vi era presente alcun testimone oculare.

Successivamente, dalle informazioni assunte dal testimone oculare (DEL ROSSO Pasquale) si appurava che l'aggressore si era recato in questa Piazza Belloveso, ove giunto, sempre

impugnando il piccone edile, aveva colpito ripetutamente sul capo e sul corpo CAROLE' Alessandro Maria, il quale cadeva a terra privo di sensi.

Nonostante ciò, l'aggressore si allontanava nuovamente per dirigersi verso la via Monterotondo, ove giunto nei pressi del civico 21, incontrava CARELLA Daniele, che dopo aver eseguito una consegna di giornali all'interno del condominio ivi ubicato veniva colpito al capo con il piccone impugnato dall'aggressore, ed anche in questa circostanza, il ferito cadeva a terra ansimante.

Nel mentre, usciva dal medesimo condominio il padre del giovane ferito (CARELLA Daniele) che nell'intento di soccorrere il proprio figlio, notava l'aggressore con il piccone in mano che si dirigeva verso di lui, con la chiara intenzione di aggredirlo.

Scosso da tale scena, il predetto si metteva ad urlare al fine di richiamare l'attenzione di alcune persone che nella circostanza sopraggiungevano.

L'aggressore, accortosi della loro presenza, desisteva da tale intento allontanandosi con il telefono cellulare asportato al figlio. (E' DOVEROSO PRECISARE CHE TUTTA LA DINAMICA di QUEST'ULTIMO EVENTO SOPRA DESCRITTO E' STATA REGISTRATA DA UN SISTEMA DI VIDEOSORVEGLIANZA INSTALLATO ALL'ESTERNO DEL CONDOMINIO DEL CIVICO 21, PERTANTO COME ELEMENTO UTILE DI PROVA VENIVA ACQUISITO).

Alla luce di quanto sopra narrato, venivano immediatamente prestati i primi soccorsi a tutti i malcapitati nonché acquisite tutte le informazioni utili per la ricostruzione dei fatti accaduti e intervenuto sul posto personale della Sezione Investigazioni Scientifiche del Nucleo Investigativo del Comando Provinciale Carabinieri di Milano per i rilievi del caso nonché parte del manico in legno rotto del piccone rimasto a terra in via Monterotondo 21.

A questo punto, l'aggressore veniva accompagnato all'interno dei nostri uffici, per procedere alla sua identificazione. Prima di procedere a tale atto, poiché l'arrestato non era in grado comprendere la lingua italiana, veniva richiesto personale dell'arma conoscitore di lingua inglese (come richiesto dall'arrestato) per renderlo edotto delle responsabilità penali emersi a suo carico.

Lo stesso ciò nonostante, rifiutava di collaborare chiudendosi in un silenzio totale.

...OMISSIS...

Dell'avvenuto arresto considerata la chiarezza dei fatti, alle ore 08:10 odierne veniva informato il Sost. Proc. di turno dott. Isodoro PALMA, il quale preso atto dell'accaduto ne disponeva l'associazione presso la Casa Circondariale di Milano San Vittore.

...OMISSIS...

LEGIONE CARABINIERI "LOMBARDIA"

OGGETTO:- Verbale di perquisizione personale operato ai sensi dell'ex Art. 352 del C.P.P. a carico di:

• KABOBO Adam

e contestuale sequestro dei sottoelencati indumenti:

A "

1. Nr. I paio di scarpe ginniche marca "Prada" di colore bianco con suola bleu e strisce verticali rosse/bleu
2. Nr. I polo di colore giallo con maniche corte
3. Nr. I paio di jeans di colore bleu a costine
4. Nr. I paio di pantaloni ginnici di colore rosso a strisce gialle verticali
5. Nr. I maglia di colore beige chiaro a maniche lungo con collo a dolce vita

e contestuale rinvenimento dei seguenti telefoni cellulari
 B"

1. Nr. I Telefono cellulare marca Nokia + Sim Card di colore grigio scuro

2 Nr. I Telefono cellulare marca Sony mod. x-peria di colore nero+ Sim Card

3. Nr. I I-PODE di colore Bianco con vetro infranto

4. Nr. I Telefono cellulare marca LG di colore nero con custodia in similpelle di colore bianco -:
 Sim Card.

Il giorno 11.05.2013 alle ore 08.30

...

Tale attività dava esito positivo, in quanto occultati nelle tasche anteriori dei pantaloni, sono stati rinvenuti e sequestrati gli oggetti elencati al punto "B" . --

A seguito di tale evento abbiamo proceduto inoltre al sequestro degli indumenti elencati al

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

punto "A", il quale debitamente repertato sarà inviato per gli adempimenti di competenza al Raggruppamento Investigazioni Scientifiche.

Diamo atto inoltre che il nominato in oggetto, reso edotto della facoltà di farsi assistere da un legale (comunicazione, questa, formulata in inglese, quale unica lingua di comune comprensione fra l'interessato e gli scriventi operanti), ha inteso non rispondere.

Quanto rinvenuto al punto "B" viene trattenuto presso questo Ufficio Reperti per la successiva restituzione ai legittimi interessati.

L'urgenza relativa al compimento delle presenti operazioni ha reso impossibile contattare, senza che vi fossero ritardi, un interprete autorizzato.

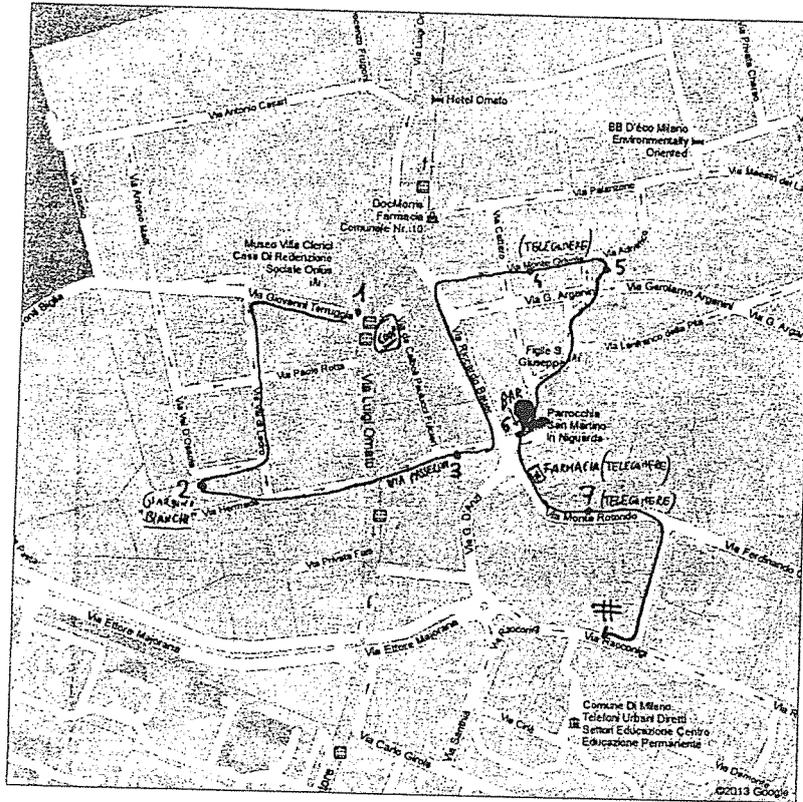
piazza belloveso, milano - Google Maps

Page 1 of 1

Google

Indirizzo Piazza Belloveso
20162 Milano

AC 36



1. AGGRESSIONE CARFORA
2. INCONTRO "MINACIOSO" CON QUATELA
3. AGGRESSIONE NIRO
4. INCONTRO "MINACIOSO" CON MORISCO
5. AGGRESSIONE MASINI
6. OMICIDIO CAROLÈ
7. AGGRESSIONE CARELLA

= ARRESTO

http://maps.google.it/maps?f=q&source=s_q&hl=it&uencode=&n=piazza+belloveso 12/05/2012

S.I.T

11.5.13 ore 6.50

Sig Portolano Giuseppe

In data odierna verso le 6.35 mi trovavo in via Monterotondo per recarmi in via Racconigi per dirigermi verso la mia abitazione. Notavo un mio conoscente che sulla via Monterotondo cercava di soccorrere il proprio figlio disteso a terra. L'uomo mi diceva che aveva appena assistito al ferimento del figlio da parte di una persona di colore che armato di piccone che lo colpiva alla testa dirigendosi da via Racconigi a piedi, pertanto a bordo del mio Chrysler Voyager di colore girio ... mi davo alle ricerche del presunto autore, incrociando sul marciapiede (precisamente al civico 18 di via Monterotondo) notavo che occultava un piccone per l'edilizia con un manico piccolo all' interno di una cinta di recinzione del civico al 14 di via Monterotondo. Chiedevo alla persona di colore cosa avesse fatto ma non mi rispondeva e continuava a camminare a passo d'uomo in direzione di via Racconigi. Mentre l'uomo di colore girava a destra sulla via Racconigi notavo che stava arrivando una pattuglia dei CC ai quali segnalavo la direzione dell' uomo di colore sentivo i CC che intimavano all' uomo di fermarsi ma questo incominciava a correre a gran velocità dove subito dopo veniva fermato dai CC giunti sul posto. Preciso inoltre che dal momento che ho parlato con il padre del ragazzo ferito a terra al momento che l'uomo di colore veniva fermato dai CC non lo perdevo mai di vista e corrispondeva senza ombra di dubbio alle descrizioni fornitemi dal padre della persona ferita.

11.5.13 ore 12

Sig Morisco Antonio

A.D.R.: " Oggi alle ore 05:45, come ogni mattina, uscivo di casa per portare il mio cagnolino a fare i suoi bisogni nel parchetto lì vicino. Dopo circa 10 minuti, decidevo di rientrare in casa e nel dirigermi verso il portone di ingresso della mia abitazione, notavo una persona di nazionalità africana, alta ed indossante una maglietta di colore chiaro e paio di jeans, che imbracciando un piccone, a passo svelto, si dirigeva verso di me. Allungavo il passo perché avevo intuito che quella persona era male intenzionata ed infatti aprivo velocemente il portone del mio palazzo al cui interno mi riparavo e notavo che quell'individuo verificava se il portone era rimasto aperto. Dopo aver constatato che il portone era chiuso, si allontanava lentamente."

A.D.R.: " Pur avvertendo una situazione di pericolo, non ho pensato di avvertire le forze dell'ordine ".

A.D.R.: " Quella persona non mi ha minacciato in alcun modo, né con i gesti né con le parole".

A.D.R.: "Non avevo mai visto prima di oggi quella persona".

11.5.13 ore 7.20 circa

Sig r Carella Savino

Alle ore 6.30 circa del 11.5.13 mentre mi trovavo in auto con mio figlio Daniele parcheggiavo il veicolo in via Monterotondo e scendevamo entrambi per consegnare dei giornali al civico 21. Mio figlio Daniele terminava di consegnare i giornali e rientrava in auto mentre io mi attardavo per finire la consegna. Dopo circa 5 minuti uscivo dallo stabile e notavo mio figlio a terra a pochi metri dal veicolo correvo verso di lui notando una persona di colore con in mano un piccone che si dirigeva verso di me per attirare l'attenzione di qualcuno mi mettevo ad urlare ma nonostante tutto continuava ad avanzare sollevando il piccone verso l'alto come se volesse colpirmi. Successivamente probabilmente per la presenza di alcuni passanti abbandonava il suo intento e si allontanava. Preciso che la persona di colore prima di allontanarsi teneva in mano un telefonino identico a quello di mio figlio. Subito dopo mi precipitavo verso mio figlio il quale era ancora a terra che ansimava e perdeva parecchio sangue dalla testa. Chiamavo subito i CC che giungevano subito dopo con un' autolettiga. La persona di colore che aveva tentato di colpirmi con un piccone vestiva con pantaloni marroni e maglietta chiara.

11.5.13 ore 7.15

Sig Del Rosso Pasquale

Non rilevante ai fini della presente CTU

11.5.13 ore 6.30

Non rilevante ai fini della presente CTU

11.5.13 ore 9.40

Non rilevante ai fini della presente CTU

11.5.13 ore 14.20

Sig Visentin Claudio

Non rilevante ai fini della presente CTU

11.5.13 ore 7.10

Sig Garimoldi Edoardo

Non rilevante ai fini della presente CTU

DENUNCE QUERELE

Legione Carabinieri Lombardia
Comando Provinciale di Milano

Denuncia/querela sporta da: CARFORA Andrea

" Questa mattina, all'incirca alle ore 04:00, mentre stavo rientrando presso la mia abitazione sita a Milano in via Terruggia nr. 1, proprio mentre mi trovavo di fronte al portone di casa sono stato avvicinato da un individuo di origine straniera di colore, con in mano una grossa barra di ferro di colore giallo, il quale con l'altra mano, quella libera, mi indicava di raggiungerlo. Io a quel punto cercavo di aprire il portone di casa al fine di scappare ma immediatamente dopo l'individuo si avvicinava velocemente a me, sempre con la barra di ferro in mano impugnata con entrambe le mani, e, senza dire nulla, mi colpiva violentemente puntando contro la mia testa.

A quel punto mi riparavo con il braccio sinistro ed in questo modo riuscivo ad evitare che mi colpisse sulla testa; a seguito di ciò la barra andava a colpire il portone.

Preciso che nonostante riuscivo a parare il colpo, evitando così di essere colpito alla testa, comunque subivo una forte botta fra il polso e la mano che mi causava un lancinante dolore.

Immediatamente dopo fuggivo in strada in direzione via Val di Ledro e contemporaneamente venivo inseguito dall'individuo fino alla fine di via Terruggia. Subito dopo sempre mentre scappavo mi voltavo e non vedevo più l'individuo.

Dopo qualche minuto tornavo a casa e all'incirca alle ore 08:30. venivo accompagnato da mio padre presso l'Ospedale Niguarda in quanto avevo un forte dolore al braccio sinistro.

DOMANDA: Mi sa dare una descrizione dell'individuo che l'ha aggredito'?

RISPOSTA:- L'individuo era molto probabilmente di origine africana in quanto era di colore. era alto all'incirca 170 cm. di corporatura media. capelli corti di colore scuro, ed indossava un maglione a maniche lunghe di colore chiaro, sul beige ed un paio di jeans. Non ho notato altri particolari.

DOMANDA: Aveva già visto in precedenza l'individuo?

RISPOSTA: No, non avevo mai visto prima l'individuo.

Per quanto sopra sporgo formale querela nei confronti dei responsabili dei fatti sopra descritti e né chiedo la punizione in termini di legge.

F.L.C.S. in data e luogo di cui sopra.

verbale di integrazione di denuncia/querela sporta da: CARFORA Andrea

"A seguito dell'aggressione subita, presso l'Ospedale Niguarda mi è stata riscontrata una contusione all'arto superiore sinistro con prognosi di cinque giorni. Consegno il relativo referto

medico. Inoltre voglio precisare che, a modifica di quanto da me dichiarato in precedenza, l'individuo mi ha aggredito all'incirca alle ore 04:30 (e non alle 4:00).

Si dà atto che a CARFORA Andrea viene mostrata una barra circolare metallica di colore giallo rinvenuta precedentemente all'interno del giardino Gina Galeotti Bianchi, sito in via Hermada a Milano, da personale del Nucleo Operativo del Comando Carabinieri di Milano-Porta Monforte.

DOMANDA: Riconosce la barra metallica che le viene mostrata?

RISPOSTA: Senza ombra di dubbio posso affermare che la barra metallica che mi viene mostrata è quella con cui l'individuo mi ha colpito.

Denuncia/querela sporta da: NIRO Francesco Antonio

" Questa mattina, all'incirca alle ore 05:00. mentre stavo rientrando dal lavoro a piedi e mi trovavo in via Passerini (via limitrofa alla mia abitazione) a Milano all'improvviso sentivo da dietro un violento colpo alla testa e immediatamente dopo cadevo a terra. A fatica riuscivo a rialzarmi e notavo che dalla mia testa usciva una grande quantità di sangue e passando la mano sempre sulla testa sentivo che sulla nuca avevo un buco. Subito dopo preso dal panico mi voltavo ma non notavo alcuna persona vicino a me e barcollando riuscivo a raggiungere la mia abitazione dove provvedevo a chiedere intervento del 118.

Dopo l'arrivo dell'autoambulanza venivo accompagnato presso l'ospedale Niguarda dove attualmente sono ancora ricoverato presso il Pronto Soccorso.

Per quanto sopra sporgo formale querela nei confronti dei responsabili dei fatti sopra descritti e ne chiedo la punizione in termini di legge.

F.L.C.S. in data e luogo di cui sopra.

ACCERTAMENTI ESPERITI PRESSO STRUTTURE DI ACCOGLIENZA

Eseguiti da CC Crescenzago (sintesi)

Le strutture contattate dai CC

- ASS.NE PROGETTO "N" Onlus
- CENTRO DI ACCOGLIENZA gestito in appalto dalla FARSI PROSSIMO ONLUS S.c.s.
- CENTRO ACCOGLIENZA ARCA
- CENTRO DI ACCOGLIENZA SAMMARTINI, FARSI PROSSIMO ONLUS

hanno affermato di non avere avuto mai rapporto alcuno con il periziando

RICHIESTA DI INCIDENTE PROBATORIO

presso il Tribunale di Milano 11.5.13

Al Giudice per le indagini preliminari presso il Tribunale di Milano

Il Pubblico Ministero

Visti gli atti del procedimento penale indicato in epigrafe a carico dei seguenti soggetti nei cui confronti si procede per i fatti oggetto della richiesta di prova ex art. 393 co. 1 lett. b c.p.p.:

KABOBO Adam

... OMISSIS...

RITENUTA

la necessità di procedere con incidente probatorio a perizia finalizzata:

- 1) all'accertamento della capacità dell'indagato di partecipare coscientemente al procedimento, ai sensi dell'art. 70, comma 3 c.p.p.;
- 2) All'accertamento della capacità dell'indagato di intendere e di volere al momento del fatto;
- 3) Alla pericolosità sociale dell'indagato;

RITENUTO

che la suddetta prova appare rilevante ai fini della decisione in ordine alla sospensione del procedimento per incapacità dell'indagato, ai sensi dell'art. 71, comma 1 c.p.p.;

CONSIDERATO

che dalle dichiarazioni rese dall'indagato in sede di interrogatorio di convalida dell'arresto, nonché dalla documentazione medica trasmessa dalla Casa Circondariale di Milano, emergono segni inequivocabili di una situazione di infermità mentale riguardante l'indagato, tale da minarne la sua cosciente partecipazione al processo e la sua capacità di comprendere il disvalore degli atti compiuti.

...OMISSIS...

UDIENZA CONVALIDA GIP

Il giorno 13 maggio 2013 alle ore 11:14 in Milano

Casa circondariale "San Vittore"

Davanti al sig. Giudice per le indagini preliminari dr. Andrea Ghinetti

assistito dall'ausiliario Cancelliere Vincenzo Fusco che procede alla redazione in forma riassuntiva del presente processo verbale:

sono comparsi

la persona arrestata KABOBO Adam- (presente)- che dichiara di non parlare la lingua italiana

il difensore d' ufficio Matteo Parravicini del Foro di Milano

l'interprete di lingua araba Sig CHRES Sharif

...OMISSIS...

non è comparso

il pubblico Ministero dr. Palma (non presente)

IL GIUDICE

preliminarmente invita la persona sottoposta ad interrogatorio a dichiarare le proprie generalità e quant'altro valga ad identificarlo ammonendolo circa le conseguenze alle quali si espone chi rifiuta di darle o le dà false.

L'interrogato dichiara

nome e cognome: KABOBO Adam

pseudonimo: nessuno

luogo e data di nascita: GHANA nel 19S2

cittadinanza: Ghanese

residenza anagrafica: in Ghana

lungo d'abitazione diverso dalla residenza: s.f.d.

occupazione: disoccupato

stato civile: celibe con dei figli in Ghana

condizioni di vita individuale familiare e sociale: in Italia dal 29.04.2011

titolo di studio: analfabeta, parlo la lingua del Ghana "Dagati" (fonetico), si dà atto che

l'arrestato si esprime in "broken English" con l'interprete

beni patrimoniali: impossidente

processi penali cui è sottoposto: non che io sappia

condanne definitive riportate in Italia o all'estero: so che sono stato in carcere a Lecce per reati commessi a Bari

uffici o servizi pubblici o di pubblica necessità esercitati e cariche pubblicht: ricoperte: nessuna

...OMISSIS...

L'interrogato dichiara: vengo informato che non essendo in grado di eleggere domicilio, le comunicazioni inerenti il presente procedimento saranno inviate al mio difensore di ufficio

IL GIUDICE:

...OMISSIS...

L'arrestato dichiara:

"intendo rispondere.

Mi si domanda perché ho preso il piccone e colpito con quello le vittime che Lei mi ha indicato e

rispondo non lo so io sento delle voci nella testa
Ho iniziato a sentirle quando ero in Libia prima di venire in Italia ma allora non capivo bene cosa mi dicevano
Sento le voci quando fumo l'hashish
Due giorni fa non ho fumato hashish prima dei fatti
Sento nella mia testa voci che mi dicono cose cattive
La notte prima dei fatti avevo dormito in una stazione dei treni da solo
Sono arrivato in Italia con due persone del mio paese ma al momento qui non ho nessuno
Vivo grazie all' elemosina che mi fanno gli avventori dei punti vendita all' esterno dei quali mi pongo a chiedere l'elemosina
Mi si domanda se abbia ricordi chiari di quello che ho fatto due giorni fa e rispondo che mi ricordo di avere ucciso un uomo anzi di averne colpiti diversi e quando mi hanno preso mi hanno detto che li avevo uccisi
Quando mi sono svegliato sentivo le "cose" in testa allora ho preso dapprima il palo di ferro e quindi il piccone
Mi si domanda se io ricordi di avere tentato di colpire con il palo metallico una persona che è riuscita a parare il colpo con il polso e si è allontanata riuscendo a seminarci e rispondo che non le lo ricordo
Mi si domanda se ricordi di essermi recato ai giardini e di essermi avvicinato brandendo la spranga gialla verso un uomo con un cane che mi ha ringhiato contro al che mi sono allontanato e rispondo che questo me lo ricordo
Sono state le voci a dirmi di prendere la sbarra e di usarla per colpire qualcuno

(Si dà atto che l' arrestato si fa comprendere con fatica anche dall' interprete)

ho abbandonato la sbarra quando si è rotta e mi sono impossessato del piccone che ho trovato in un cantiere dove stanno costruendo una casa dopo che mi hanno preso la polizia me lo ha fatto vedere
è vero che col piccone ho colpito una persona da dietro
quando sento queste cose in testa io di solito non sto fermo, cammino.
Mi si domanda se mi ricordi di avere tentato di aggredire un passante con il cane che mi è sfuggito entrando nel suo condominio e chiudendo il portone e rispondo che mi ricordo solo delle quattro persone che ho colpito, anzi mi ricordo della persona col cane"

-(si dà atto che durante la traduzione della domanda l'arrestato, che si tiene il capo con la mano sinistra e si esprime con brevi parole, ha lo sguardo basso, appare smarrito e ha detto in un momento di perdita di concentrazione" non sento quello mi state dicendo")-

le voci le sento anche adesso mentre parlo con voi
non mi ricordo di avere successivamente colpito una persona in un' area verde prendendogli poi il telefonino. Mi ricordo però che la polizia mi ha preso un telefonino che avevo con me, anzi che ne avevo in tasca tre. Mi ricordo che li ho presi alle persone a cui ho fatto quello che ho fatto.
Mi si domanda se ricordo di avere preso a picconare una persona all' esterno di un bar e rispondo di sì. Credo di avergli preso il telefono e qualche spicciolo.
Mi si domanda se ricordo dell' ultimo ragazzo preso a picconate a cui ho sottratto il telefono e il lettore musicale e rispondo di sì ma il lettore lo ho gettato via prima di essere fermato dalla polizia.
Quando ho sentito e visto che stava arrivando la polizia mi sono liberato del piccone".

...OMISSIS...

Legenda

??? = parola o frase poco comprensibile

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

a cui fa seguito

ORDINANZA A SEGUITO DI UDIENZA DI CONVALIDA DI ARRESTO

“che tali diagnosi non possono essere revocate in dubbio dall' esito dell' interrogatorio di convalida ove l' arrestato, evidentemente smarrito e con gravi difficoltà di comunicazione anche in “broken english”, ha sostanzialmente ammesso gli addebiti commessi perché dice che “sentiva delle voci”.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DOCUMENTAZIONE CC LECCE

(NB: nessuna nota, in tutto il fascicolo, sulla necessità di un interprete)
 Gennaio 2012

Agente Capo Marti Angelo

Alle ore 6.30 arrivo in cella n 2 perché un detenuto doveva recarsi in udienza, notavo il televisore in dotazione alla cella completamente rotto.

Mi veniva riferito dal detenuto Lucas ??? che il detenuto in oggetto Kabobo Adam dopo uno scatto d'ira ha volontariamente scaraventato il televisore per terra

Sentito il detenuto in merito a quanto è successo ha rilasciato dichiarazioni spontanee. È opportuno segnalare il detenuto al sanitario in quanto il detenuto non è nuovo questo tipo di comportamenti.

Il detenuto si presenta alquanto remissivo, e dispiaciuto di quanto effettuato. Lo stesso è stato identificato ed ha nominato il legale perché resosi responsabile del reato di danneggiamento.

Pellico Giovanni:

verso le ore 00.10 mentre mi accingevo a svolgere un giro di controllo per le celle udivo un grosso boato proveniente dalla cella n 6, mi mobilitavo all'istante per individuare l'accaduto e giunto nella stessa notavo il televisore per terra frantumato in mille pezzi, chiedevo agli occupanti della cella chi fosse il responsabile di tale azione, indicandomi il detenuto Kabobo Adam, il quale a sua volta interpellato si autoaccusava di quanto accaduto senza però fornirmi motivazioni in merito .

...OMISSIS...

Domanda: presso la sua stanza detentiva or. 02 del Reparto C2 sesta sezione, in data 19 Gennaio 2012, il Personale di Polizia Penitenziaria ha rilevato la completa rottura del televisore in vostra dotazione, sa riferirmi le dinamiche che hanno determinato tale danneggiamento? .

Risposta: verso le ore 01,00 del 19 Gennaio 2012, mentre stavo dormendo sono stato svegliato da un forte rumore, che appuravo determinato dal mio compagno di stanza detenuto KABOBO Adam che per ragioni che non conosco aveva scaraventato per terra il televisore, rompendolo completamente.

Al Comandante di Reparto

Sede

Oggetto: detenuto

• KABOBO Adam, nato il 01.01.1982 in Ghana; infermeria Primo Piano stanza nr.14.

Lo scrivente Ispettore Superiore CONGEDO Antonio, preso atto della condotta assunta dall'oggettivo in data 29 Gennaio 2012, ha provveduto alla redazione degli atti necessari per il suo deferimento all' A.G. per le ipotesi di reato di cui all'art. 635 comma 2 del c.p . Le rappresento che il detenuto non ha fornito spiegazioni in merito alla ragioni che lo hanno portato al danneggiamento del televisore, che da quanto riferito dal suo compagno di stanza detenuto BOTTALICO Nicola nell'immediatezza dei fatti gli avrebbe fatto capire con linguaggio gestuale di avere problemi mentali.

In considerazione dei fatti di cui alla presente, della rottura di un ulteriore televisore posta in essere dal menzionato in oggetto in data 19 Gennaio 2012, e delle ragioni addotte dal detenuto in tale circostanza, non potendosi escludere problematiche di natura sanitaria, lo scrivente in data odierna lo ha posto alle attenzioni della Specialista Psichiatra, e sulla scorta delle indicazioni derivanti dalla certificazione medica nr .52/Psi si riteneva opportuno porlo in stanza singola del medesimo reparto, con provvedimento di grande sorveglianza, e sprovvisto del televisore, che potrebbe ritenersi la causa scatenante delle sue condotte dannegiatrici.

Lecce, 30 Gennaio 2012

Verbale dichiarazioni Bottalico Nicola

Il giorno 29.01.12 alle ore 00.10 stavo dormendo ad un certo punto sono stato svegliato da un forte rumore ed ho notato il televisore per terra tutto rotto e il mio compagno di cella Kabobo Adam piegato vicino al blindo con le mani si teneva la testa. A questo punto gli chiedo perché avesse rotto la TV e lo stesso mi faceva capire con ampi gesti di avere problemi mentali. Inoltre faccio presente che l'altro compagno di cella del XY al momento del fatto era steso sul letto.

Verbale spontanee dichiarazioni 13.01.12 ore 9.30

Ho rotto il televisore non so per quale motivo ho fatto questo. So solo che (???) guardo in TV io mi immedesimo in quello che vedo. Non ho danaro per risarcire il danno causato.

Non ho altro da aggiungere.

(NB: nessuna nota sulla necessità di traduzione)

30.11.12

visita psichiatrica (?)

paziente inquieto e intollerante nella relazione con gli altri detenuti. Si consiglia allocazione in cella singola.

DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA RIVOLTA DEL 01.8.2011

Non rilevante ai fini della presente CTU

CARTELLA CLINICA ASL LECCE

UO Psichiatria Penitenziaria

Anamnesi Patologica Remota: non raccolta perché non parla italiano

Esame obiettivo generale: n di p

05.11.11

disuria; augmentin 1 x 2 x 6 giorni

21.11.11

stato eretistico; si ricovera in infermeria 1 piano (?)

24.1.12

visita psichiatrica

colloquio difficile in quanto il detenuto non parla Italiano. Apparentemente tranquillo e adeguato riferisce di dormire bene e di non aver bisogno di terapie. Si contatterà un interprete per poter effettuare un esame psichico completo.

Alle 13 colloquio con un interprete. Emergono disturbi della sensopercezione; ideazione rigida e incentrata sul bisogno di una donna. Assenza di critica. Riferisce sonno disturbato. Haldol 20 gocce la sera

30.1.12

visita psichiatrica

agitato, probabilmente allucinato. Haldol 30 gocce la sera

05.2.13

Nota del Comandante:

Tentativo di suicidio mediante impiccagione.

Si prende atto dell'allegata documentazione, dalla quale si evince che il detenuto in oggetto in

data 05.02.2012 ha messo in atto un tentativo di suicidio mediante impiccagione, per dichiarati motivi di sconforto.

Nella fattispecie, il detenuto ha ricavato dalle lenzuola una corda rudimentale, fissando un'estremità alla grata della finestra. mentre l' altra, a mo' di cappio intorno al collo. Si è evitato il peggio grazie all'intervento del personale di polizia penitenziaria, il quale mentre effettuava un giro di controllo interveniva immediatamente per scongiurare tale gesto.

Al termine delle operazioni di soccorso da parte del personale addetto alla vigilanza. il detenuto è stato nell'immediato sottoposto all'attenzione del Sanitario, il quale con apposita certificazione medica n. 64 dispone altresì la sottoposizione al regime di grande sorveglianza per i motivi trattati nella presente documentazione. .

...OMISSIS...

06.2.13

visita psichiatrica

il paziente ha agito un TS mediante impiccagione nella notte tra il 4 e il 5 febbraio. Nel corso del colloquio appare vigile, attento e orientato. Riferisce di essere angosciato nelle ore notturne e di aver la percezione di "persone che lo guardano dal televisore". Emergono spunti interpretativi e persecutori non ben strutturati. Flessione timica. Riferisce insonnia. Accetta le terapie proposte. Haldol decanoas 50 mg (prx 20.2.12), Talofen gtt 20.

Psicologa: malgrado le difficoltà linguistiche e l'iniziale chiusura si riesce a stabilire un contatto di relativa fiducia. Narra di "cattivi pensieri" e paure che lo attanagliano di notte e figure che vede nel televisore spento (da qui la distruzione notturna di apparecchi televisivi). Gentile e beneducato, si apre ad un vago sorriso nel ricordo delle sorelle che vivono in Ghana. Mostra compliance terapeutica.

07.2.12

trauma cranico volontario. Inviato in PS per accertamenti del caso.

Le note (chirurgiche) del PS non sono rilevanti ai fini del presente accertamento.

Il Consulente Dr DiMatteo segnala: "tranquillo, parla solo inglese e non si può fare il colloquio". Olanzapina 10 mg 1 la sera in aggiunta a Haldol"

TC DEL CRANIO (CAPO)

Esame eseguito in regime di urgenza e senza somministrazione di mdc.

Regolare la densità del parenchia cerebrale.

Sistema ventricolare in asse e regolare per morfovolumetria.

Regolare ampiezza degli degli spazi subaracnoidei.

CONCLUSIONI: reperti di normalità.

Frattura con diastasi e infossamento della parete anteriore del seno frontale sinistro in sede mediana e paramediana

13.2.12

più tranquillo e adeguato. Revoca SAV.

CARTELLA CLINICA CC SAN VITTORE

Legenda

??? = parola o frase poco comprensibile

VISITA MEDICA ALL' INGRESSO 11.5.13 h 16.01

Il periziando si dichiara
Celibe, alla prima detenzione
Nega malattie ed allergie
Nega uso sostanze stupefacenti
Nega etilismo e tossicodipendenza
Condizioni generali buone, pannicolo adiposo normorappresentato, muscolatura normotrofica
Nessuna dermatite
Ideazione alterata
Comportamento dimesso
Umore dimesso
Rischio suicida alto
Rischio violenza alto
Orientato nel tempo e nello spazio, ricorda il successo, non spiega in particolare
Diagnosi: sospetta sindrome depresso-aggressivo

Fattore rischio suicida:
aspetti epidemiologici anamnestici no
aspetti di personalità no
aspetti affettivi no
altro no

fattore rischio violenza
aggressivo no
non aggressivo si

valutazione globale di massima
rischio suicida alto rischio violenza alto
(Dr Mezzini)

11 maggio
visita alle 17.30:

Arrivato in Italia da 3 anni non ha i documenti. E' sempre stato isolato. Non parla e non comprende l'italiano. Arrivato dalla Libia. Nega di avere mai avuto problemi psichiatrici, usato droga, tempo fa uso di alcol che ora nega.

Nessun rapporto con la famiglia in Africa. Musulmano, padre ha due mogli, forse 3 sorelle. Solitario, triste, a volte sorride in modo incongruo.

Dice di ricordare quello che ha fatto. Avrebbe colpito 4 persone che dice di non conoscere e che non gli avrebbero fatto nulla di male. Non sa perché ha commesso il terribile gesto. A volte sembra confuso anche se a domanda risponde in modo coerente. Dorme in strada, non ha mai lavorato, dice di non conoscere nessuno, di non avere amici, di avere fame. Si attende visita psichiatrica per definizione ubicazione.

(Dr ssa Guerzoni)

Visita alle 19.11

Il detenuto si esprime in inglese stentato.

Accede a colloquio con scarsa disponibilità. Atteggiamento incongruo al contesto.

Comportamento bizzarro (gesticola per tutto il colloquio ridendo a tratti).

Parzialmente orientato sui principali parametri. Riferisce notizie anamnestiche in maniera frammentaria tendendo alla divagazione.

L'eloquio mostra allentamento dei nessi associativi.

A specifica domanda inerente il reato appare consapevole di averlo commesso ma riferisce che "non è colpa sua".

Afferma di avere ricevuto un ordine (di commettere il reato) da altrui persona non specificata che colloca con la mimica all'interno della sua testa.

Non appare angosciato né aggressivo.

Non si evince in atto rischio suicidario.

Si dispone ubicazione presso reparto CONP in cella singola con SAV h 24.

si imposta terapia.
 Aloperidolo gocce 20
 (Dr D'Amato)

Visita 11 maggio reparto CONP ore 21.02

NG al reparto CONP. All' ingresso si presenta vigile, eupnoico, tranquillo. Colloquio in presenza di interprete, si esprime in inglese. PA-130/85. FC 84 bpm R'. Obiettività cardio-polmonare nella norma. Riferisce dolore al gomito destro e al braccio destro. All'EO non presenta segni di trauma, non ematomi, non emorragie, non tumefazioni. Non necessari provvedimenti terapeutici. Si ubica in SAV h24 senza lenzuola e senza effetti personali fino alla nuova valutazione psichiatrica.
 (Dr Racu)

13 maggio
 ore 9.38

il paziente si mostra collaborante peso 70 kg paos 130/80. Torace mv presente in tutti i campi non rpa. Addome piano trattabile non dolente. Presenta di ernia ombelicale. Non edemi declivi né segni di Versamento.

Ore 14.23

il colloquio viene effettuato con l'ausilio di altro ospite per barriere linguistiche. Anamnesi fisiologica positiva per lunga storia di alcoldipendenza e di dipendenza da cannabinoidi. Familiarità positiva per dipendenza alcolica (I genitori). Familiarità psichiatrica (un fratello affetto da disturbo psichiatrico grave non meglio specificato). Anamnesi psicopatologica positiva per disturbi del comportamento ed episodi psicotici (il pz riferisce sintomi dispercettivi, allucinazioni uditive, sia in stato di astinenza che in stato di intossicazione acuta da sostanze d'abuso). Nega ricoveri in ambiente psichiatrico. Accede al colloquio con disponibilità. Tranquillo. Emotività Instabile; Umore indifferente. Facies e mimica bizzarri. A tratti confuso. Affettività inadeguata. L'eloquio presenta allentamento del nessi associativi. Attenzione distraibile. Nega propositi anticonservativi. Non angosciato e né aggressivo. Evasivo rispetto all'evento reato e continua a ripetere di aver ricevuto un ordine "voci imperative e minacciose" Si revoca SAV H 24. Si conferma ubicazione al CONP, in regime di SAV, senza lenzuola ed effetti personali.

Terapia: Zyprexa 10 mg 1+1
 (Dr ssa Cuoccio)

14 maggio
 ore 13.04

il paziente all' improvviso ha un episodio di irrequietezza in cella. A fini precauzionali si trasferisce dalla cella doppia 3 alla cella singola in regime di SAV h 24.

Terapia:
 zyprexa 10 mg 1+1
 depakin chrono 500 mg 1+1
 (Dr ssa Cuoccio)

14.5.13
 ore 11.46

colloquio effettuato con l' intermediatore:-Pz scarsamente disponibile al dialogo. Tranquillo Pz sostanzialmente adeguato da un punto di vista collaborante. Meno confuso rispetto al controllo di ieri e più adeguato anche da un punto di vista ideativo; Il pz continua ad essere evasivo rispetto all'evento reato e non ricorda il gesto estremo posto in essere per cui è ristretto in carcere. Espressione indifferente. Umore piatto. Poco curato nell'aspetto. Il pz sta assumendo regolarmente la tp psichiatrica e riferisce beneficio. Si alimenta regolarmente. Il riposo notturno è regolare.

(Dr ssa Cuoccio)

15.5.13

ore 17.16
quadro psicopatologico invariato
(Dr ssa Cuoccio)

17.5.13
ore 11.17
accede al colloquio con disponibilità. Tranquillo. Corretto il comportamento. Il paziente su alimenta regolarmente e riposa la notte. Trascurato nell' aspetto. Il paziente sta assumendo con regolarità la terapia psichiatrica. Il paziente rispetto all' evento reato posto in essere per cui è ristretto in carcere è evasivo e fornisce risposte brevi. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Espressione partecipe. Tono dell' umore in asse. Attenzione costante. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

20.5.13
ore 17.02
si effettua colloquio clinico. Quadro psicopatologico stazionario. Si conferma la terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

21.5.13
ore 15.17
tranquillo adeguato eutimico. Corretto nel comportamento. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori. Il paziente si alimenta regolarmente ed usufruisce dell' ora d'aria. Assume regolarmente la terapia psichiatrica.
(Dr ssa Cuoccio)

22.5.13
ore 13.04
tranquillo e disponibile al dialogo. Tono dell' umore in sufficiente compenso. Detenuto non angosciato. Comportamento sostanzialmente adeguato. Espressione partecipe. Il paziente usufruisce dell' ora d'aria e si alimenta regolarmente. Poco curato nell' igiene personale e trascurato nell' aspetto. Il riposo notturno è regolare. Assume regolarmente la terapia psichiatrica.
(Dr ssa Cuoccio)

23.5.13
ore 11.09
il paziente si mostra collaborante. Peso 72 kg PA 125/60. (resto n di p ai fini della presente CTU)
ore 15.44
quadro psicopatologico stazionario. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

28.5.13
ore 13.08
colloquio effettuato con l'ausilio dell' interprete. Tranquillo e disponibile al dialogo. Tono dell' umore in sufficiente compenso. Adeguato e corretto nel comportamento. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. Si alimenta regolarmente e usufruisce dell' ora d'aria. Il paziente assume con regolarità la terapia psichiatrica. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

Esami di laboratorio 28.5.13
Nulla di rilevante ai fini della presente CTU.
Marcatori epatite B: SHbS AG positivo, SHbsAb minore 10, SHbcAb positivo
Marcatori epatite C negativo
Treponema pallidum negativo

HIV negativo

30.5.13

ore 16.57

quadro psicopatologico in sufficiente compenso. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

31.5.13

ore 10.35

valutazione internistica: n di p

04.6.13

ore 13.54

tranquillo adeguato eutimico. Comportamento corretto. Sufficientemente curato nell'igiene personale. Il riposo notturno è regolare. Il paziente assume con regolarità la terapia. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

07.6.13

ore 13.30

colloquio clinico. Quadro psicopatologico in sufficiente compenso. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

10.6.13

ore 20.22

tranquillo adeguato eutimico. Comportamento corretto. Sufficientemente curato nell'igiene personale. Il riposo notturno è regolare. Il paziente assume con regolarità la terapia. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

12.6.13

ore 15.20

tranquillo e corretto nel comportamento. Curato nell'aspetto e nell'igiene personale. Tono dell'umore in asse. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. Il paziente assume con regolarità la terapia. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

13.6.13

ore 15.42

colloquio effettuato con l'ausilio dell'interprete. Il paziente accede al colloquio con disponibilità. Tranquillo. Tono dell'umore in sufficiente compenso. Adeguato e corretto nel comportamento. Lucido e orientato. Attenzione costante. Espressioni partecipe. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri o allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. Il paziente è evasivo rispetto all'evento reato. Il paziente assume con regolarità la terapia psichiatrica. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

14.6.13

ore 13.47

mentre giocava a pallone a piedi scalzi all'aria riportava FLC del alluce piede dx.

ore 15.39

colloquio clinico. Quadro psicopatologico in sufficiente compenso. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

19.6.13

ore 15.48

tranquillo adeguato e corretto nel comportamento. Non angosciato né aggressivo. Durante la degenza non si sono manifestati episodi di auto né di eteroaggressività. Il paziente

assume con regolarità la terapia psichiatrica. Il paziente socializza poco con gli altri codegenti per barriere linguistiche e per la tipologia del reato. Tono dell'umore in asse. Il riposo notturno è regolare. Curato nell' aspetto e nell' igiene personale.
(Dr ssa Cuoccio)

21.6.13

ore 10.56

tranquillo e disponibile al colloquio. Tono dell' umore in sufficiente compenso. Comportamento corretto. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Espressione partecipe. Attenzione costante. Regolare il riposo notturno. L' adesione alle cure è costante. Durante la degenza non ha mai manifestato episodi di auto/eteroaggressività. Il riposo notturno è regolare. Si revoca SAV h 24. Si conferma ubicazione CONP in regime di SAV senza lenzuola ed effetti personali. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

26.6.13

ore 16.56

quadro psicopatologico in sufficiente compenso. Il paziente assume con regolarità la terapia. Si conferma la terapia.

(medico non identificabile)

27.6.13

ore 14.25

per esigenze di reparto si trasferisce dalla cella 2 alle 3. Quadro psicopatologico in buon compenso.

01.7.13

accede al colloquio con disponibilità. Espressione partecipe. Umore in sufficiente compenso. Adeguato e corretto nel comportamento. Non angosciato. Curato nell' aspetto e nell' igiene personale. Assume con regolarità la terapia psichiatrica. Riposo notturno regolare. Nega propositi anticonservativi.

Presa visione del fax dei periti del tribunale.

A fini precauzionali si dispone SAV.

Terapia: idem

(Dr ssa Cuoccio)

03.7.13

sereno e tranquillo. Comportamento corretto. Tono dell' umore in asse. Curato nell' aspetto e nell' igiene personale. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri e allucinazioni. Riposo notturno regolare. Adesione alle cure costante.

Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

08.7.13

colloquio di sostegno.

Quadro psicopatologico in sufficiente compenso. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

10.7.13

quadro psicopatologico invariato. Assume con regolarità la terapia. Si conferma terapia.

(Dr ssa Cuoccio)

16.7.13

colloquio condotto in lingua inglese. Paziente poco disponibile al colloquio. Atteggiamento introverso. Umore piatto. Riferisce di percepire tuttora dispercizioni ma non più a sfondo minaccioso bensì rassicurante. Non si evidenziano bizzarrie del comportamento. Mantiene

terapie. Mantiene ubicazione in SAV 24.
(Dr D' Amato)

18.7.13
atteggiamento collaborante, disponibile al colloquio. Riposo notturno soddisfacente.
Alimentazione regolare.
(Dr Parisi)

29.7.13
quadro psicopatologico in buon compenso. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

31.7.13
tranquillo adeguato eutimico. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali delirio e allucinazioni. Riposo notturno regolare. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

03.8.13
collaborante disponibile al colloquio.

05.8.13
colloquio clinico. Quadro psicopatologico in sufficiente compenso.
(Dr ssa Cuoccio)

08.8.13
tranquillo, adeguato, eutimico. Non sintomi psichiatrici maggiori quali delirio ed allucinazioni. Il riposo notturno è regolare. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

12.8.13
colloquio clinico. Quadro psicopatologico in sufficiente compenso. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

17.8.13
tranquillo. Comportamento corretto. Paziente non angosciato. Espressione partecipe. Atteggiamento formalmente collaborante. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri ed allucinazioni. Assume con regolarità la terapia psichiatrica.
(Dr ssa Cuoccio)

23.8.13
tranquillo e disponibile al dialogo. Tono dell' umore in sufficiente compenso. Comportamento corretto. Lucido e orientato. Non sintomi psichiatrici maggiori quali deliri ed allucinazioni. Curato nell' aspetto e nell' igiene personale. Riposo notturno regolare. L' adesione alle cure è costante. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

26.8.13
richiesta esame urine ed urinocoltura.

29.8.13
collaborante disponibile al colloquio. Peso 83 kg. Si inserisce antiipertensivo.

02.9.13
tranquillo adeguato eutimico. Curato nell' aspetto e nell' igiene personale. Non sintomi psichiatrici maggiori, quali deliri ed osservazioni. Il riposo notturno è regolare. L' adesione alle cure è costante. Si conferma terapia.
(Dr ssa Cuoccio)

Isabella Merzagora

Professore straordinario di Criminologia
Dottore di Ricerca in scienze Criminologiche e Psichiatrico forensi
Sezione di Medicina Legale Università degli Studi
Via Luigi Mangiagalli, 37 - Milano

Ambrogio Pennati

Medico psichiatra psicoterapeuta
Perfezionato in psicopatologia forense
Via Monteverdi 18
20131 Milano
ambrogio.pennati@gmail.com

CARTELLA REPARTO ORTOPEDIA OSPEDALE DI LOSANNA (CH)

Descrizione di ricovero dal 10 al 12.10.12 per intervento chirurgico su osteomielite fistolizzata.
Nessuna segnalazione di problemi psichiatrici.

I COLLOQUI (trascrizione)

I colloqui sono stati condotti presso la CC San Vittore con il preziosissimo contributo della Sig ra Nancy Asare Yeboah, che qui intendiamo pubblicamente ringraziare per la professionalità, la disponibilità e la sensibilità profuse nel suo difficile compito.

Legenda

??? = parole o frasi poco comprensibili

Legenda

??? = parole o frasi poco comprensibili

K (I): Kabobo Adam tradotto dall'interprete

I: Interprete

Dr. Pennati

Prof. ssa Merzagora

CTPx: Dr. Re (periziando)

CTPy e CTPz (parte civile)

COLLOQUIO 17.06.2013

[inizio a 2'45"]

DR. PENNATI: buongiorno... se ci presenta

I: ok *traduce*

K (I): ok

I: devo dire i vostri nomi oppure va bene così?

DR. PENNATI: almeno deve presentare noi, la professoressa dicendo che è inviata dal Giudice gli dica che sono medici, chieda se ha qualche domanda da farci

I: ok

DR. PENNATI: e io che sono inviato dal Giudice

I: ok, solo voi due?

DR. PENNATI: poi presenta anche loro

I: ok *traduce*

DR. PENNATI: dovete alzare un po' la voce

I: i signori come posso... perché non so chi sono

DR. PENNATI: dica che sono medici per le parti civili così...

I: ok *traduce*

DR. PENNATI: chieda se ha qualche domanda da farci

I: *traduce*

K (I): no ha detto va bene

PROF. SSA MERZAGORA: posso chiedere io? Chieda se ha capito che cosa pensa che noi facciamo

I: *traduce*

K (I): ha detto che non... non lo sa

PROF. SSA MERZAGORA: noi dobbiamo... posso andare?

DR. PENNATI: certo

PROF. SSA MERZAGORA: noi dobbiamo capire come sta e se stava male al momento in cui ha commesso i fatti
I: traduce
PROF. SSA MERZAGORA: volevo chiedere una cosa a lei signora...è lo stesso gruppo etnico, la stessa lingua? Per capire...
I: traduce
K (I): allora...
DR. PENNATI: deve alzare un po' la voce
K (I): allora è una...come si chiama...è nato nella parte nord del Ghana, precisamente Wa, nella città di Wa
PROF. SSA MERZAGORA: che si scrive scusi?
I: W-A
PROF. SSA MERZAGORA: Wa
I: si...
K (I): in un piccolo villaggio di Wa che si chiama Lora (6'37")
PROF. SSA MERZAGORA: Lora?
I: si
K (I): Lora-Tampìè (6'47")
PROF. SSA MERZAGORA: posso chiedere, se si dice così, qual è il gruppo etnico?
I: traduce
K (I): bagati (7'02")
PROF. SSA MERZAGORA: bagati, grazie... si scrive così bagati?
CTPy: con la G credo...
I: con la T
CTPy: ah... T-E?
I: bagati
CTPy: con la E finale?
I: si, senza la I
PROF. SSA MERZAGORA: bagate, ho capito...
CTPy: si pronuncia bagati?
I: bagati si
PROF. SSA MERZAGORA: ok, grazie
DR. PENNATI: si vorrei dirgli di stare tranquillo che noi vorremmo solamente parlare con lui...
I: traduce
K (I): ha detto che per il momento non ha molto da dire
DR. PENNATI: ok, gli dica per piacere anche che se si accorge che si stanca o è agitato ce lo dice e ci fermiamo
I: ok, traduce
K (I): va bene, ha capito
DR. PENNATI: gli chieda se ha qualche cosa da chiederci, se ha qualche cosa che vuole chiarire
I: traduce
K (I): non c'è nessuna...non ho nessuno dubbio, non ho niente da chiedere, potete cominciare
DR. PENNATI: ecco gli chieda in che giorno è nato...cioè anno, giorno, mese
I: traduce
K (I): non avendo studiato non vi posso dire quando sono nato
DR. PENNATI: perché dai documenti risulta il 1° gennaio 1982
I: traduce
K (I): è una cosa che ho inventato io per...per poter fare i documenti
CTPy: gli chieda perché proprio il primo gennaio?
I: traduce
K (I): quando mi hanno chiesto io non sapendo che giorno ho voluto mettere proprio il 1° gennaio
DR. PENNATI: ok, gli chieda che lavoro fanno i suoi genitori
I: traduce
K (I): sono contadini
DR. PENNATI: stanno bene? Hanno qualche malattia?

I: *traduce*

K (I): è da tanto che non li sento quindi non posso dirvi se stanno bene o meno

DR. PENNATI: ma quando lui era piccolo si ricorda se stavano bene o se avevano qualche malattia?

I: *traduce*

K (I): no no stavano bene fisicamente

DR. PENNATI: stavano bene

CTPy: sono vivi quindi?

I: *traduce*

K (I): mio padre è morto ma mia mamma è ancora viva

DR. PENNATI: gli chieda quanti fratelli e sorelle ha

I: *traduce*

K (I): no sono figlio unico

DR. PENNATI: figlio unico, ok...gli chieda se c'è stato qualcuno che ha avuto malattie importanti nella sua famiglia, se lo sa... anche nei cugini eccetera...

I: *traduce*

K (I): che mi ricordo io si avevo un fratello ma è morto perché non stava bene ma gli altri che mi ricordo io nessuno di loro aveva problemi... era malato

DR. PENNATI: ok, dovrebbe chiedere allora perché quando è entrato il carcere, almeno così risulta dalla cartella clinica, ha dichiarato che c'erano dei fratelli e i genitori ammalati...

I: *traduce*

K (I): io... solamente mio fratello non stava bene ed è morto, però non ricordo di nessun altro

DR. PENNATI: ma non si sa di che cosa sia morto?

I: *traduce*

K (I): era... aveva problemi mentali

DR. PENNATI: ok, allora gli chieda appunto se ha fatto delle scuole e se non le ha fatte quando ha cominciato a lavorare e che lavoro faceva

I: *traduce*

K (I): si ho frequentato la scuola fino alla... diciamo sarebbe quinta elementare qua in Italia... e non ho potuto proseguire in quanto la persona che mi faceva continuare era mio fratello ma quando è venuto a mancare non ho più continuato la scuola (*Kabobo aggiunge qualcosa e l'interprete traduce*) allora, vorrei chiarire questo, erano due fratelli uno che è morto perché aveva problemi di... problemi mentali, l'altro che mi manteneva era un altro ed è venuto a mancare prima di questo

DR. PENNATI: ok, grazie. Gli chieda se dopo la scuola ha lavorato e che cosa ha fatto

I: *traduce*

K (I): no ho fatto solamente il contadino anch'io

DR. PENNATI: ok, aveva degli amici quando era piccolo, quando era ragazzo?

I: *traduce*

K (I): sì, ne aveva tanti

DR. PENNATI: che cosa gli piaceva fare quando era ragazzo? Non so se gli piaceva giocare a pallone, c'era qualche sport che gli piaceva... giocavi in qualche squadra?

I: *traduce*

K (I): noi eravamo solamente abituati a giocare al pallone o quello che ci capitava

DR. PENNATI: gli chieda per che squadra di calcio tiene, se tiene a qualche squadra

I: *traduce*

K (I): no io mi dedicavo solamente a giocare perché non avendo studiato non mi preoccupavo tanto di sapere anche i nomi delle squadre

DR. PENNATI: e da quando è in Italia tiene a qualche squadra? C'è qualcuna per cui tifa?

I: *traduce*

K (I): io come ho detto prima ci giocavo solamente per divertirmi con gli amici, come vi ho detto prima io non mi interessava tanto sapere che squadra e tanto meno quando sono qui ho altre cose per la testa

PROF. SSA MERZAGORA: posso?

DR. PENNATI: sì sì

PROF. SSA MERZAGORA: provi a raccontarci lui com'era la sua infanzia, cos'erano le cose che si ricorda più importanti, più belle o più brutte...

I: *traduce*

K (I): io non avendo studiato ritengo che la scuola sia la cosa più importante, intorno al quale ruota tutto e non avendo fatto la scuola come avrei voluto fare per me niente aveva più significato quindi non posso neanche dirvi come era la mia infanzia perché per me si partiva da lì

PROF. SSA MERZAGORA: per cui è stato un grande dolore non poter più fare la scuola?

I: *traduce*

K (I): io sì ho sempre avuto questo dolore ma ho sentito più ehm...quanto sia importante quando sono arrivato qui in carcere perché qui dovevo difendermi...

DR. PENNATI: in carcere?

I: sì

K (I): perché dovevo dire il giorno in cui sono nato e dovevo dire anche altre cose che concerne me, ma non avendo fatto la scuola queste cose non...ho dovuto inventarmele

PROF. SSA MERZAGORA: però 5 anni, 5 anni lì ha fatti di scuola?

I: *traduce*

K (I): diciamo che...*(Kabobo aggiunge ancora qualcosa e l'interprete traduce)* io ho preso mio fratello come un esempio perché mio fratello ha studiato e vedevo che anche se non è riuscito ad esercitare la sua professione la gente lo rispettava molto e a me questa cosa mi ha diciamo creato...sì è venuto a creare un desiderio profondo per la scuola perché per me studiare vuol dire essere anche rispettato dalla comunità

PROF. SSA MERZAGORA: posso chiedere ancora una cosa poi magari vi lascio...eh lei ha detto che a proposito...quando le abbiamo chiesto a che squadra tifava, ha detto "da quando sono qui ho altro per la testa"...cosa vuol dire? Ce lo spiega per favore?

I: *traduce*

K (I): io non è che avevo delle cose importanti, ma io ci tenevo a dire che si mi limitavo a vedere le partite e le squadre ma non è che stavo lì e mi preoccupavo tanto di sapere

DR. PENNATI: e che professione avrebbe voluto fare questo fratello?

I: *traduce*

K (I): allora, sì mio fratello ha studiato fino a...ha finito il liceo e non ha potuto continuare perché...ma avrebbe voluto fare diciamo la scuola per insegnanti, mentre stava a casa però cercava di risparmiare un po' di soldi da lavoretti fatti con i bambini perché lavorava con i bambini

CTPx: però non si capisce con chi viveva in quel periodo lì...

I: che periodo?

CTPx: nel periodo in cui stava finendo le elementari, il fratello lo mantiene perché sta facendo il liceo e fa qualche lavoretto però durante il liceo è fuori dal villaggio...il papà è già morto o no? E la mamma dove sta?

I: *traduce*

K (I): c'erano tutti comunque *(l'interprete chiede qualche chiarimento a Kabobo)* si vivevano tutti insieme, sia con il fratello che mi manteneva che con i miei genitori

CTPx: quindi il papà è morto dopo?

I: *traduce*

K (I): sì sì dopo

CTPx: ok

DR. PENNATI: proviamo a ricostruire un attimo...

PROF. SSA MERZAGORA: proviamoci

DR. PENNATI: proviamo...allora gli chiedo se quindi lui ha fatto le elementari...

I: *traduce*

K (I): sì

DR. PENNATI: ok, dopo le elementari va avanti mantenuto un po' dal papà e un po' da questo fratello qua

I: *traduce*

K (I): no mio padre...come ho detto prima mio padre non aveva soldi, era mio fratello che mi manteneva

DR. PENNATI: ok, quando è morto questo fratello qui? In che anni?

I: *traduce*

K (I): mi ricordo vagamente ma circa 10 anni fa

DR. PENNATI: circa 10 anni fa...quindi lui quanti anni aveva più o meno quando è morto questo fratello?

I: traduce

K (I): io quando è morto avevo circa 14... 13/14 anni (*Kabobo dice qualche parola in inglese*)

PROF. SSA MERZAGORA: scusate posso chiedere? Perché passa all'inglese? Perché è passato all'inglese?

I: perché è passato all'inglese?

CTPx: no perché ha detto thirteen/fourteen...

I: si si perché... allora la lingua... devo rispondere io?

PROF. SSA MERZAGORA: no è una mia curiosità...

I: no perché essendo colonizzati dagli inglesi la nostra lingua diciamo...

PROF. SSA MERZAGORA: ha dentro anche l'inglese

I: si è l'inglese, quindi anche chi non ha studiato o ha studiato poco usa più spesso delle cose in inglese perché purtroppo il dialetto è molto trascurato

PROF. SSA MERZAGORA: ho capito, grazie

DR. PENNATI: quindi da quando lui ha avuto 14 anni fino a quando è venuto in Italia che cosa ha fatto per mantenersi?

I: traduce

K (I): dopo che è morto mio fratello io dovevo arrangiarmi in qualche modo quindi mi sono trasferito dalla città dove sono nato che è Tampiè a una città che si chiama Techiman (27'03"), lì ho lavorato come contadino dove coltivavo i pomodori

DR. PENNATI: in una città?

I: traduce

K (I): un piccolo villaggio in questa città grande che si chiama Techiman, il villaggio si chiama Kemka (27'30")

DR. PENNATI: ok. Da quello che c'è nella cartella il signore riferisce di avere dei figli ??? (27'40") se ci può raccontare che tipo di vita ha fatto in quella città, se era sposato, aveva delle relazioni, aveva un rapporto con qualcuno...

I: traduce

K (I): io non sono sposato però ho un figlio

DR. PENNATI: quanti anni ha questo bambino?

I: traduce

K (I): 5 anni

DR. PENNATI: e la mamma non l'ha più vista? Di questo bambino...

I: traduce

K (I): no da quando sono andato via non l'ho più vista

CTPx: ma hanno abitato insieme con questa persona, questa donna, questa ragazza?

I: traduce

K (I): no io l'ho incontrata quando sono andato a lavorare in questo villaggio mentre coltivavo questi...i pomodori, però non abbiamo mai convissuto

PROF. SSA MERZAGORA: scusi ma da quando è andato via...cioè nel senso che è venuto in Italia, è così?

I: cosa intende?

PROF. SSA MERZAGORA: cioè quando dice non l'ho più vista da quando sono venuto via... via dal Ghana intende? Non via dal villaggio di origine?

I: traduce

K (I): no da quando sono andato via dal Ghana

CTPx: dai 13 ai 14 anni fino ai 26...perché lui adesso ne ha 31, quindi questo bambino è nato quando aveva 26 anni...quindi ha passato 13 anni in questo villaggio qui, Kemka?

I: traduce

K (I): scusate sta precisando che non è andato direttamente, non appena è morto il fratello ma aveva circa 18 anni quando è andato in questa città, Techiman (*l'interprete chiede a Kabobo qualche chiarimento*)...lì io sono rimasto solamente per tre anni, ho vissuto solo per tre anni in questo villaggio

CTPx: quindi fino a 21?

I: traduce

K (I): come vi ho detto prima io vado... ovviamente riesco solamente ad immaginare perché non riesco a tenere i conti non avendo studiato

DR. PENNATI: chiedi se sa leggere e scrivere

I: traduce

K (I): no, niente di tutto ciò

DR. PENNATI: ok, gli può chiedere se non ha mai picchiato la testa, se non ha mai avuto traumi cranici o incidenti...

I: da piccolo o...?

DR. PENNATI: sì da piccolo o in generale

PROF. SSA MERZAGORA: se è caduto o ha avuto un incidente, se ha battuto la testa...

I: traduce

K (I): no niente

DR. PENNATI: non ha mai avuto malattie importanti fino ad oggi?

I: traduce

K (I): io da piccolo avevo solamente problemi a una gamba... la gamba sinistra però sono stato operato due volte quando sono arrivato in Svizzera

DR. PENNATI: alla gamba?

I: sì alla gamba

DR. PENNATI: altri ricoveri in ospedale non ne ha avuti?

I: traduce

K (I): sempre per quella... per il problema della gamba mi hanno ricoverato in ospedale per tre settimane in Ghana

DR. PENNATI: in Ghana

CTPx: ah... ma quando era piccolo?

I: traduce

K (I): sì, quando ero piccolo

DR. PENNATI: ma che cosa ha alla gamba? Che malattia ha?

I: traduce

K (I): io non so di preciso che cosa avevo, so solamente che avevo dolore

PROF. SSA MERZAGORA: volevo chiedere un po' se riusciva a raccontare... ci racconti un po' in questo villaggio come viveva, cosa faceva, come ha conosciuto la mamma di suo figlio... racconti un po' lei...

I: quindi lei si riferisce al...

PROF. SSA MERZAGORA: al villaggio di Kemka

I: Techiman, ok... traduce

K (I): io racconto solo come ho conosciuto la...

PROF. SSA MERZAGORA: quello che vuole... ah no scusi

K (I): ...e dico che ho conosciuto mia moglie grazie al lavoro che facevo perché essendo contadino e coltivavo questi pomodori purtroppo avevamo problemi con l'acqua, quindi per irrigare dovevamo prendere l'acqua dal fiume e non potevo farlo io, dovevamo ingaggiare delle persone e la persona che mi prendeva l'acqua dal fiume per farmi irrigare i pomodori era la mamma di mio figlio

CTPx: o la moglie? Lui ha parlato di moglie adesso...?

I: traduce

K (I): io anzi non l'ho proprio sposata, perché è proprio il motivo per cui ho dovuto scappare da questo villaggio perché la ragazza studiava ancora e i suoi volevano che lei continuasse la scuola, quindi io ho sentito proprio che ha partorito dopo che sono arrivato in Nigeria

CTPx: non l'ha mai visto questo bambino?

I: traduce

K (I): no mai

DR. PENNATI: ma lui quando era in quella città dove dormiva? Aveva una casa sua? Aspetti, cioè dove dormiva? Dormiva con qualcuno? Aveva un suo posto? Mangiava con qualcuno?

I: traduce

K (I): allora, io vivevo con il proprietario della casa dove vivevo e per pagare diciamo che una volta al mese dovevo accompagnarlo a coltivare, a tagliare l'erba del suo campo... quindi era come una sorta di baratto

DR. PENNATI: ma viveva in una sua stanza, un suo letto?

I: *traduce*

K (I): si si io avevo la mia stanza, il mio letto e i miei effetti personali

DR. PENNATI: e dove mangiava?

I: *traduce*

K (I): io mangiavo fuori

PROF. SSA MERZAGORA: posso chiedere invece una cosa alla signora? Allora credo di aver capito che lui ha dovuto scappare perché aveva messo incinta questa giovane... no aspetti ma è a lei che lo volevo chiedere... se questo corrisponde effettivamente alle usanze e alla cultura di quella zona fondamentalmente

I: allora, non vorrei diciamo... non per ovviamente per favorire...

PROF. SSA MERZAGORA: no ma voglio capire come succede

I: si, si può perché... proprio un fratello è stato anche lui in... questi problemi, ha dovuto scappare dal villaggio dove viveva perché ha messo incinta una ragazza che studiava...

PROF. SSA MERZAGORA: perché l'alternativa è la sposi a tutti i costi oppure l'alternativa è ti facciamo fuori, per esempio?

I: allora se la famiglia è d'accordo e la ragazza è d'accordo si può anche eh...

PROF. SSA MERZAGORA: combinare il matrimonio

I: ... combinare il matrimonio, farla partorire e poi dopo magari continuare a studiare

PROF. SSA MERZAGORA: ah

I: quindi c'è anche...

PROF. SSA MERZAGORA: scusate ma devo cercare di capire...

I: ... c'è anche la possibilità che la bambina venga adottata dalla famiglia di lui o di lei, oppure entrambe le famiglie decidono di mantenere questo bambino

PROF. SSA MERZAGORA: ho capito più o meno, insomma... grazie

I: prego

CTPy: si volevo chiedere se era musulmano... se è musulmano, se è osservante... che religione...

I: *traduce*

K (I): no i miei genitori sono diciamo atei, io solo l'unico che è dovuto diventare musulmano... quindi è musulmano

CTPy: perché è dovuto?

I: *traduce*

K (I): diciamo che io dico ho dovuto perché ero in compagnia di ragazzi che erano prevalentemente musulmani quindi diciamo che mi sono convertito

CTPy: ok grazie

PROF. SSA MERZAGORA: dove era questa compagnia? Nel paese di origine o dopo?

I: *traduce*

K (I): si parlo sempre di Techiman

PROF. SSA MERZAGORA: grazie

DR. PENNATI: quindi andava in moschea? Frequentava le funzioni religiose?

I: *traduce*

K (I): si si di solito andavamo in moschea, una sorta di... non era moschea, diciamo quello che si usa... un piccolo posto dove si va tutti insieme a pregare

DR. PENNATI: e in che giorno della settimana andava?

I: *traduce*... ho dovuto spiegare...

K (I): ha detto che il venerdì

CTPx: e in quel periodo aveva un suo amico particolare?

I: *traduce*

K (I): no, io non avevo un amico... un migliore amico come si può dire, non ce l'aveva

DR. PENNATI: io pensavo di fare una pausa di 10 minuti, per tutti e anche per lui... se è d'accordo

I: *traduce*

DR. PENNATI: ok, facciamo una pausa di 10 minuti

[pausa]

DR. PENNATI: gli chiedo di raccontarci perché è venuto qui e con che... quali tappe ha fatto... cioè, come ha fatto a prendere i soldi per il viaggio, dove è andato...

CTPy: dalla Nigeria?

DR. PENNATI: si

I: quindi parte dalla Nigeria, perché è partito dalla Nigeria...

DR. PENNATI: no, con che soldi è andato in Nigeria e tutto...

I: ok, *traduce*

K (I): io i soldi messi da parte dal lavoro che facevo, dalla coltivazione dei pomodori e poi facevo anche dei lavoretti... qui non ho chiesto con precisione quindi se vuole glielo chiedo

DR. PENNATI: si si

I: *traduce*

K (I): vendevo anche le scarpe, delle scarpe

DR. PENNATI: ok, quindi lui è partito... vediamo se abbiamo capito bene, è partito dalla città per andare in Nigeria perché la famiglia della moglie, della donna del suo bambino glielo ha fatto capire...?

I: *traduce*

K (I): ha usato un termine... allora si il motivo, il succo è quello, perché ho capito che i genitori... il papà, di preciso il papà della ragazza voleva... costringermi a fare proprio... ha usato il termine "???" (57'56")" come per dire un inciucio contro di me, però se vuole...

DR. PENNATI: alighescia (58'03")?

I: si

CTPy: alighescia?

CTPz: come accuse... ha usato un termine...

CTPx: cosa vuole dire?

I: si, infatti qui se vuole...

DR. PENNATI: si si cerchiamo di capire

CTPx: sentiamo...

I: *traduce*

K (I): si, ho capito che se il signore mi avesse preso mi avrebbe fatto causa e io non avrei potuto difendermi in quanto non ho studiato

DR. PENNATI: ok, quindi lui quando è partito dalla Nigeria dove doveva andare? Aveva un'idea di quale era il paese?

I: *traduce*

K (I): diciamo che la meta finale era la Libia, la Libia... io avevo progetti per andare in Libia però per arrivare lì ho dovuto sostare in Nigeria

PROF. SSA MERZAGORA: scusate io c'è una cosa che non ho capito però aiutatemi a capire in che modo chiederla... lui continua a dire no che non può fare una cosa o l'altra perché non ha studiato... eh a parte che questo forse è un punto un po'... ma qui c'è anche da difendersi, il bambino l'ha fatto... cioè come avrebbe voluto difendersi dall'accusa? Il bambino c'era?

I: *traduce*

K (I): si perché dove io vivevo c'era l'usanza che chi mettesse incinta una ragazza che studia...

PROF. SSA MERZAGORA: si

I: eh... avrebbe fatto pagare una... dei soldi, una somma di soldi ingente e io non avevo questi soldi quindi io parlo di questi soldi no? Perché mi dovevano far pagare...

PROF. SSA MERZAGORA: gli volevano far pagare il prezzo diciamo...

I: si

CTPx: e non avrebbe potuto sposarla?

I: *traduce*

K (I): si lei ha ragione ma io in quel momento non ero pronto a...

CTPx: non voleva sposarla ed è scappato (1:01'41")

CTPy: eh non voleva pagare il pegno, non voleva sposarla... gli chieda una cosa, era una relazione che avuto una durata con questa ragazza o è stato un incontro occasionale?

I: *traduce*

K (I): no no era la mia vicina di casa ed è stata una relazione duratura di un anno

CTPy: grazie

DR. PENNATI: come mai doveva andare in Libia? Non voleva andare in Europa?

I: *traduce*

K (I): io non avevo soldi quindi non pensavo così a... a un posto così lontano

DR. PENNATI: ok

PROF. SSA MERZAGORA: posso chiedere ancora una cosa alla signora? Io non capisco bene perché lui racconti di questo bambino, che non ci fa una gran bella figura perché lascia la donna e non vede mai più il bambino, allora la mia domanda è...è importante per la sua cultura comunque aver potuto avere un figlio? È così?

I: eh...purtroppo in Ghana il bambino non viene percepito come...come in Europa, cioè un uomo può fare 10 bambini ma non prendere la...

PROF. SSA MERZAGORA: la responsabilità...

I: la responsabilità quindi...

PROF. SSA MERZAGORA: però fa una bella figura perché ha avuto dei figli, è così?

I: no, non fa una bella figura però comunque lui fa capire che magari non è voluto...questo bambino non è voluto, quindi se non è voluto per lui non è importante

PROF. SSA MERZAGORA: ah, quindi ce lo racconta così perché...

I: sì, perché purtroppo è così

PROF. SSA MERZAGORA: va bene

CTPx: e avrebbe voglia di vederlo adesso o no questo bambino?

I: *traduce*

K (I): nooo io sia la madre che il bambino per lui...cioè per me loro sono molto importanti

DR. PENNATI: beh ha mai mandato dei soldi ad esempio quando era in Libia?

I: *traduce*

K (I): sì

DR. PENNATI: quanti soldi ha mandato?

I: *traduce*

K (I): quando ero in Nigeria gli ho mandato un milione che quindi diciamo equivale a 40 euro e in Libia 5 milioni e diciamo circa...

CTPx: 200 euro

I: sì

DR. PENNATI: e come faceva a mandarli?

I: *traduce*

K (I): in Nigeria avevo delle persone, degli amici che andavano spesso in Ghana e tramite loro gli facevo recapitare i soldi ma...quando sono andato in Libia c'era un sistema di trasferimento veloce quindi facevo tramite questo...

DR. PENNATI: come faceva a farlo visto che è analfabeta?

I: *traduce*

K (I): lui dice sì, lo sai anche tu (*riferito all'interprete*)...perché ovviamente pensa che anche io essendo straniera come lui faccio la stessa cosa...lui dice se stai bene lo sai che noi, tra di noi, raccogliamo i soldi e magari c'è una persona tra di noi che giù in Ghana sta bene e quella persona raccoglie i soldi qui e li fa avere giù in Ghana

DR. PENNATI: sì ma mi dica come faceva perché io non ho capito...

I: sì in Libia, ma nel lavoro...

DR. PENNATI: no ma come faceva in Libia...cioè vorrei che ce lo raccontasse bene, come faceva ad essere sicuro che i soldi arrivavano in Ghana...

I: *traduce*

K (I): sì, sì io avevo la sicurezza che i soldi li prendevano perché non si trattava di andare a pagare e poi sperare che i soldi arrivavano, ma lì la persona prende i soldi da te, chiama giù e dà il numero della persona a cui devi andare a prendere i soldi, ci parli con quella persona giù e magari spieghi alla persona che deve andare a prendere i soldi di incontrarsi un giorno preciso dove vi scambiate parole e lui dice do i soldi adesso a questa persona, tu prendi pure i soldi da lì, poi vieni parlano loro due e si capiscono se i soldi sono arrivati o no

DR. PENNATI: mi permetto di chiedere a lei...[i CTP dicono qualcosa tra di loro] scusate, grazie...mi permetto di chiedere una cosa a lei, è questa la modalità normale?

I: eh sì qui capita sì...per non pagare di più

DR. PENNATI: per non pagare gli interessi?

I: perché sennò ??? (1:08'14") c'è un tot di tasse da pagare, invece una persona può prendere magari 50 euro e tu paghi una...diciamo raccogli 5 euro e quella persona prende 50 euro in più

DR. PENNATI: quindi questa è una procedura normale

I: sì

DR. PENNATI: ok, io volevo chiedere se non era...se non aveva mai avuto problemi con la giustizia, in Ghana o in Libia...

I: traduce

K (I): no, niente di tutto ciò

CTPx: tuttavia volevo capire i soldi per andare in Nigeria...è necessario un visto o è andato clandestinamente...? Ha pagato qualcuno...?

I: traduce

K (I): eh no io ho solamente pagato una persona e quella persona mi ha fatto salire in macchina e sono arrivato ad Arez (1:09'45")...non so dov'è, credo...*(l'interprete chiede chiarimenti a Kabobo)* si trova a ??? (1:09'57")

DR. PENNATI: e durante tutto questo viaggio fino a quando è arrivato in Libia riusciva ad andare nella moschea, riusciva diciamo ad avere comunque la frequentazione del suo gruppo religioso?

I: traduce

K (I): sì in Nigeria sì e... diciamo continuavo a...ad adorare il Signore però dalla Libia a queste parti io ho smesso

DR. PENNATI: ok

PROF. SSA MERZAGORA: possiamo sapere perché?

I: traduce

K (I): diciamo che mi sono lasciato convincere un po' dagli amici che mi dicevano che non era importante andare avanti perché né mia madre né mio padre erano musulmani, così perché ostinarmi, dovevo essere ehm...avere questa convinzione se poi i miei genitori stessi non lo sono

CTPx: seguo un po' questo filone della religione...eh in Libia e poi in Italia non ha più frequentato nessun circuito chiamiamolo religioso piuttosto che di altre comunità di connazionali invece?

I: traduce

K (I): no, non ho fatto niente

CTPy: volevo chiedere una cosa, forse l'ho persa io, quando lui era in Nigeria e poi in Libia i genitori erano ancora vivi? E lui si tiene in contatto con i familiari, con i genitori?

I: traduce

K (I): sì che sappia io mia madre è ancora viva ma io ho saputo da qui che mio padre è morto

CTPy: ok, va bene

CTPz: ascolti, in Nigeria quanto tempo c'è stato? E lavorava mentre era in Nigeria? Poi in Libia quanto tempo c'è stato e anche in Libia se lavorava...

I: traduce

K (I): in Nigeria sono stato per due anni e vendevo gelati *(l'interprete parla ancora con Kabobo)*...in Libia muratore

DR. PENNATI: che lavoro scusi?

I: muratore

CTPx: in Libia?

I: sì

CTPx: e quanto tempo è stato in Libia?

I: traduce

K (I): tre anni...facevo il muratore

CTPz: e dopo la compagna che gli ha dato il bimbo ha avuto altre storie o altre relazioni con altre donne?

PROF. SSA MERZAGORA: o prima...

CTPz: o prima...cioè quando ha avuto prima storia nella sua vita?

I: traduce

K (I): io solamente la moglie del mio bambino...io *(l'interprete)* dico bambino perché non so se sia maschio o femmina...

DR. PENNATI: ma lui sa se è maschio o femmina?

PROF. SSA MERZAGORA: ecco...

I: traduce

K (I): una femmina

PROF. SSA MERZAGORA: volevo chiedere se aveva qualche amico molto caro, chi era e se ce ne parla...

I: *traduce*

K (I): no, non ce l'ho

PROF. SSA MERZAGORA: però questi gruppi che lo convincono prima a convertirsi all'Islam poi a lasciar perdere, si vede che sono importanti...?

I: *traduce*

K (I): no, io dico che sono sì...si possono considerare amici, però non sono per me amici da definire migliori perché si li ho trovati e mi sono aggregato a loro, si grazie a loro sono diventato musulmano ma sono stati gli stessi amici che mi hanno anche convinto a...a riconvertirmi nel mio stato precedente quindi per me non posso definirli tali

PROF. SSA MERZAGORA: e quale era lo stato precedente?

I: *traduce*

K (I): si dico che è il mio stato precedente perché è anche tramite loro che ho trovato questo lavoro e vorrei continuarlo facendo il contadino, quindi parlo di stato precedente mi riferisco...

PROF. SSA MERZAGORA: non di una religione precedente?

I: *traduce*

K (I): no, no io non facevo niente di...non ero né cristiano né musulmano

CTPy: ma dopo queste persone si sono spostate insieme a lui in Nigeria e poi in Libia?

I: *traduce*

K (I): no, no loro sono rimasti lì sono solo io che mi sono spostato

CTPx: per conto suo...ma il papà e la mamma erano d'accordo che lui andasse via dal villaggio? Perché non si capisce come mai lui una volta scacciato dal papà di quella ragazza non ritorna nel suo villaggio e va in un posto dove non conosce nessuno sembrerebbe...

I: *traduce*

K (I): no i miei genitori mi hanno assecondato e mi hanno detto se voglio andare mi hanno lasciato...mi hanno dato il permesso di andare (*l'interprete chiede ancora qualcosa a Kabobo*)...no io non potevo tornare dai miei perché proprio da lì son scappato in quanto la situazione era così...quindi tornare da loro per me era come tornare indietro quindi ho preferito magari provare altrove

PROF. SSA MERZAGORA: ascolti, lui ha detto, se abbiamo capito, che non era né cristiano né musulmano...non ci sono altre religioni in Ghana, per esempio la religione animista esiste?

I: si c'è la religione animista e anche una forte percentuale di popolazione che ancora la...

PROF. SSA MERZAGORA: la pratica

I: la pratica...

PROF. SSA MERZAGORA: ecco perché lui dice non è cristiano né musulmano, per esempio avrebbe potuto essere animista...

I: diciamo che nella regione...nella regione dove è nato lui è meno diciamo sentita questa religione

PROF. SSA MERZAGORA: proviamo magari a chiederglielo, se può contare non lo so...

I: ok, *traduce*

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: va bene, perché non c'entra con la religione quello?

I: *traduce*

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: no non c'entra e lei mi conferma che è così?

I: io dico che...nella mia cultura, cioè potrebbe c'entrare con la tradizione animista perché soprattutto quello che deriva questo, perché sono gli dei dentro gli antenati, si fa proprio per ricordare...non mi chiedo in che modo, dico solamente che si fa per conoscere la persona...qualora il bambino dovesse morire si dice che il bambino potrebbe tornare quindi quando torna si potrebbe trovare questo schema

PROF. SSA MERZAGORA: quindi magari dice che c'entra con il culto degli antenati come religione precedente

I: sì

PROF. SSA MERZAGORA: ok, grazie

I: prego

CTPx: ho una domanda un po' generica... approfitto del silenzio, che cosa ne pensano di lui che se n'è andato via dal villaggio prima dall'altro villaggio dopo, insomma, le persone per lui significative, che non abbiamo ancora capito quali siano... facciamo conto il papà, la mamma, o il fratello o anche il fratello che è morto no... eh... se fosse stato vivo cosa ne pensa? Come valuta questa sua cosa? Se dev'esserci un progetto...

I: traduce

K (I): io non lo so perché... non lo so

DR. PENNATI: ok, vorrei chiedere se ci può descrivere dove viveva in Nigeria, cioè dove dormiva, dove mangiava...

I: ok

DR. PENNATI: aspetti, dove vendeva i gelati, cioè in quale punto...

I: traduce

K (I): allora diciamo che io in Nigeria ho affittato una ca... una stanza e andavo a prendere, si usava prendere dei gelati dalle persone che li producevano e io andavo a prenderli e a fine giornata andavo a dare i soldi di quello che avevo venduto, ma dove vendevo le cose era nella distanza tra la mia casa e il punto di vendita responsabile

DR. PENNATI: ecco ma lui come faceva a venderli? Aveva non lo so un carretto, una bicicletta? Stava davanti a dei negozi... cioè

I: traduce

K (I): io andavo in giro, facevo venditore ambulante cioè andavo in giro a vendere questi gelati

DR. PENNATI: ma come faceva? Voglio capire come faceva a venderli? Cioè se andava in giro nelle case, se si metteva davanti a un negozio?

I: traduce

K (I): sì, giravo per le case e li vendevo

DR. PENNATI: come faceva a portare i gelati in Nigeria che fa caldo?

I: come faceva a portare?

DR. PENNATI: come faceva a portare i gelati? Visto che in Nigeria fa caldo, cioè come era organizzato il suo lavoro?

I: traduce

K (I): sì, io dico che vendevo gelati se faceva caldo, proprio per quello che vendevo perché la gente...

DR. PENNATI: sì ma dove li metteva i gelati?

I: traduce

K (I): si ha detto che c'è una bicicletta e davanti c'era una sorta di... di refrigeratore mobile

DR. PENNATI: ok

I: e poi diceva che si vendeva questi gelati quando faceva caldo e quando pioveva, perché capitava che piovesse, vendeva anche ananas

DR. PENNATI: ok... e perché è andato via dalla Nigeria?

I: traduce

K (I): si diciamo che erano dei lavoretti che mi capitavano ma io ambivo di più, poi lì ho cercato di sperare in un altro posto che magari sentivo che io potessi avere una vita migliore

DR. PENNATI: quindi è andato via perché non era contento?

I: traduce

K (I): confermo (*Kabobo aggiunge ancora qualcosa*) no il lavoro non mi piaceva

DR. PENNATI: ok

CTPz: queste indicazioni in Nigeria, Libia... in questi suoi progetti chi gli faceva la meta (1:27'58") erano altri amici o conoscenti che gli dicevano vai là che è un posto migliore?

I: traduce

K (I): no io quando... sono io, non avevo nessuno che mi dava le indicazioni

CTPz: ma sono tutti paesi permeabili? Cioè puoi passare da uno all'altro senza problemi oppure lui dice vado in Libia perché so che l'accesso...

I: traduce

K (I): sì io ho scelto... diciamo dalla Nigeria ad arrivare in Libia si era abbastanza complicato, però dal Ghana alla Nigeria era facile

CTPy: e voleva venire in Europa come idea?

I: traduce

K (I): diciamo che io... il mio sogno era quello di andare in Spagna e in Libia si ci sarei anche rimasto volentieri se non fosse scoppiata la guerra

DR. PENNATI: ok, gli chieda per piacere com'era fatta la sua casa in Nigeria, aspetti, se c'era una televisione, se c'era una radio, se aveva un letto, se c'era una cucina e che cosa mangiava
I: *traduce*

K (I): nella mia casa, nella mia stanza c'era un letto e c'era anche una televisione ma io mangiavo fuori, compravo la roba già preparata

DR. PENNATI: ok, e che programmi televisivi guardava?

I: *traduce*

K (I): io guardavo solamente i programmi musicali, dove c'era la musica

DR. PENNATI: musicali, ok

CTPz: ma come si arrangiava con la lingua? Cambiando tanti paesi come riusciva a campare cioè...

I: *traduce*

K (I): sì io in Nigeria diciamo che ho imparato un po' a parlare l'inglese, quindi con il mio inglese mi sono un po' arrangiato

CTPz: in Libia è un po' più dura però, eh?

I: *traduce*

K (I): io in Libia sì non... non ci potevo comunicare però io avevo una persona con la quale lavoravo quindi per me quella persona era un punto di riferimento

DR. PENNATI: poi lui in Libia dove è andato?

I: *traduce*

[silenzio]

CTPx: è una città grande o piuttosto piccola?

I: *traduce*..non si ricorda

DR. PENNATI: cosa ha detto?

K (I): non si ricorda... ha detto che si deve ricordare, sta cercando di ricordare

CTPx: è stato tre anni sempre nello stesso posto oppure ha cambiato?

I: *traduce*

[silenzio]

K (I): in una grande città che si trova in Libia...

DR. PENNATI: ok

CTPy: io volevo chiedere se è stato toccato e in che misura... com'è la guerra in Libia? Come...

DR. PENNATI: io pensavo queste cose di vederle poi ??? (1:33'59") nel secondo colloquio di vedere questa parte qua...

CTPy: ok

DR. PENNATI: gli chieda com'era la sua casa e se aveva una stanza anche lì, com'era arredata...

I: *traduce*

K (I): in Libia io non avevo un posto stabile perché il lavoro che prendevi... si trattava di sistemare una casa e quindi io lì dormivo, quando finivo di lavorare trovavo un'altra sistemazione

DR. PENNATI: quindi lavorava nei cantieri e dormiva lì?

I: *traduce*

K (I): sì

DR. PENNATI: ok

CTPx: un po' come mi sembra che sia successo in Italia...? Glielo chiediamo?

DR. PENNATI: io pensavo...

CTPx: aspettiamo...

DR. PENNATI: sì

CTPx: lo facciamo prima continuare... io volevo chiedere se aveva litigato con qualcuno in quel periodo lì della Libia...

I: solo in Libia?

CTPx: in quel periodo lì che ??? (1:35'28")

I: *traduce*

K (I): no

CTPx: veniva pagato giusto, era contento di quello che veniva pagato?

I: *traduce*

K (I): sì, sì io ero contento del lavoro e venivo pagato regolarmente

DR. PENNATI: volevo chiedere, visto che lui era un ragazzo giovane e aveva delle esigenze sessuali... come faceva a soddisfarle? Sia in Nigeria che in Libia...

I: *traduce*

K (I): no io no non facevo niente di queste cose in Libia, niente...

CTPx: autosoddisfacimento...

DR. PENNATI: una volta l'ha fatto nella sua vita e poi è dovuto scappare...

PROF. SSA MERZAGORA: è un evento che l'ha segnato

CTPy: come ci ha detto prima non ha mai avuto fidanzate... ma queste cose possono essere anche culturali? Questa vergogna a parlare di questi temi?

I: no no assolutamente, no no anzi potrebbe essere un vanto, e che viene considerato come un ragazzo di valore

CTPx: c'erano anche delle ragazze lì in Libia in questi cantieri? La sera non so usciva con delle compagne, degli amici?

I: *traduce*

K (I): no, allora io questo dettaglio ho voluto non... non approfondire ma se devo dire la verità si ho avuto qualche scappatella

PROF. SSA MERZAGORA: sempre... chiedo a lei insomma, allora lei dice che in realtà questo è un vanto e... invece per voi l'omosessualità è molto stigmatizzata o... ?

I: sì sì molto, soprattutto nella sua...

PROF. SSA MERZAGORA: etnia

I: ... nella sua etnia, è una cosa che non... anzi non viene proprio pronunciato perché viene vista come

PROF. SSA MERZAGORA: come una cosa molto grave

I: una cosa sì grave

CTPx: sempre in Libia lui va a lavorare la mattina presto in questi cantieri... poi dorme nei cantieri e la sera magari esce, ma questo cambiamento di cantieri era continuo oppure magari in un posto si è fermato per 3/4/5 mesi... non so per capire quanto lui si relazionava con gli altri, oppure quanto invece stava per conto suo...

I: ok, *traduce*

K (I): tutto dipendeva da che tipo di lavoro bisognava fare, se era un lavoro complesso si finiva a tardare... invece se era un lavoro facile magari massimo un mese e si andava altrove

CTPx: quindi è stato anche per molti mesi nello stesso posto?

I: *traduce*

K (I): sì, diciamo che il massimo che si potrebbe fermare in questi posti è 2/3 mesi

DR. PENNATI: ma lui seguiva sempre la stessa persona?

I: *traduce*

K (I): no, no... tu finivi con una persona e poi magari nel frattempo hai fatto delle conoscenze, tu chiedi a queste persone se c'è qualcuno che ti può procurare lavoro e era un continuo così

CTPx: cambi anche padrone quindi?

I: *traduce*

K (I): no, allora diciamo che in questo tipo di lavoro non c'era una persona che spiccava, diciamo che se uno non sapeva qualcosa chiedeva all'altro e quindi tra di loro "???" (1:42'12") vuol dire che io lo so e ti insegno, tu lo sai e mi insegni

CTPx: mi sembra che... quando finisce un lavoro nel cantiere poi lui si cerca da solo il lavoro in un altro cantiere per amicizie o per conoscenze oppure lo stesso padrone gli dice adesso finito qui e cominciamo l'altro?

I: *traduce*

K (I): sì, può essere una... la persona, il tuo padrone a indicarti ma possono essere anche i conoscenti

PROF. SSA MERZAGORA: scusate io vorrei tornare un momento sul fratello... cioè, quando sono morti e in quale anno, insomma in che periodo e lui dov'era... e se ci spiega un po' di che cosa sono morti... e come si chiamavano magari così riusciamo anche a...

I: *traduce*

K (I): il primo che è morto si chiamava Kueko (1:43'50")

PROF. SSA MERZAGORA: era più grande... tutti più grandi di lui?

I: *traduce*

K (I): si (*Kabobo aggiunge qualcosa*) l'altro si chiama Santu (1:44'07")

PROF. SSA MERZAGORA: Santu... e sono tutti e due maggiori?

I: *traduce*

K (I): si tutti e due sono maggiori di me

PROF. SSA MERZAGORA: ecco, se ci dice lui dov'era quando sono morti Kueko e Santu

I: *traduce*

PROF. SSA MERZAGORA: lui era in Ghana quando è morto Kueko?

K (I): si lui era in Ghana e invece Santu ha appreso la notizia mentre era qui (*Kabobo aggiunge qualcosa*) si lui sta sottolineando che non ha appreso la notizia mentre era in carcere ma in generale quando era in Italia

PROF. SSA MERZAGORA: quando era in Italia... ecco e di che cosa sono morti?

I: *traduce*

K (I): io il motivo della morte di Kueko io non lo posso dire perché non lo so, ma so che Santu è morto perché aveva problemi mentali

PROF. SSA MERZAGORA: però lui ha visto Kueko, quindi che cosa aveva? Lo vedeva?

I: *traduce*

K (I): eh si erano tutti in casa, lui è stato ammalato e è stato ricoverato in ospedale poi una sera ci hanno comunicato la sua morte

PROF. SSA MERZAGORA: era malato ???, era malato nella testa...? Non so, di cuore... (1:46'21")

I: *traduce*

K (I): aveva problemi di cuore

CTPx: è quello che lo manteneva...? E che lavoro faceva quest'uomo per mantenerlo? Mi sembra che studiasse...

I: *traduce*

K (I): quella persona si chiama Kueko (*l'interprete chiede ancora qualcosa a Kabobo*)...lui aveva un piccolo negozio e vendeva... (*l'interprete chiede ancora qualcosa a Kabobo*)...vendeva i pezzi di ricambio

PROF. SSA MERZAGORA: e di Santu, quando gli hanno detto che è morto, che cosa gli hanno raccontato? Si è ucciso oppure...

I: *traduce*

K (I): allora... mia madre diciamo che io la notizia l'ho appresa da qui e le persone che mi hanno riferito mi hanno detto che mio fratello un giorno ha preso una... una come si chiama, un macete e voleva uccidere mia madre, le persone che hanno visto questa cosa hanno preso mio fratello e l'hanno picchiato, lui ha visto questa cosa come un'offesa e si è tolto la vita

CTPx: ma perché voleva uccidere la mamma il fratello?

I: *traduce*

K (I): perché lui non sapeva che cosa faceva in quanto aveva questi problemi mentali

CTPx: ??? (1:48'55")

I: *traduce*

K (I): certo

DR. PENNATI: come ha fatto a uccidersi?

I: *traduce*

K (I): si io prima ho raccontato che lui...le persone mi hanno riferito che lui ha visto questa azione di eh... come si chiama, del fatto che l'hanno picchiato, lui ha visto questa cosa come un'offesa contro di lui quindi si è tolto la vita

PROF. SSA MERZAGORA: si ma non sa in che modo si è tolto la vita?

I: *traduce*

K (I): si anche lui diciamo che dopo la... aver preso queste botte, si è ammalato e l'hanno ricoverato in ospedale ed è morto in ospedale

PROF. SSA MERZAGORA: quindi forse per le botte...

DR. PENNATI: ma quindi si è ucciso o non si è ucciso?

I: *traduce*

K (I): si, probabilmente è morto per le botte perché come ho detto non è stato picchiato con solamente le mani ma con i bastoni e è stata proprio mia madre poi a portare in ospedale dove è morto

DR. PENNATI: ok

PROF. SSA MERZAGORA: quindi con l'offesa non c'entra niente

DR. PENNATI: eh infatti

CTPx: no appunto

PROF. SSA MERZAGORA: proviamo, scusate ha un senso la domanda lui cosa ha pensato secondo voi?...Cosa pensa di questa storia?

I: *traduce*

K (I): io eh...mi dispiace dirlo ma per me una persona che prende un macete e decide di uccidere la propria madre picchiando non è niente, quindi se è morto ha dovuto morire...quindi non ho niente da...

DR. PENNATI: però lui prima ha parlato di offesa...ci potrebbe spiegare meglio perché ha usato questo termine?

I: *traduce*

K (I): no, no io ho parlato di offesa ma non volevo dire che si è offeso perché l'hanno picchiato, volevo solo dire che ha avuto...cioè...

PROF. SSA MERZAGORA: ah offesa nel senso fisico...si si

DR. PENNATI: ok

PROF. SSA MERZAGORA: anche qui chiedo anche a voi perché eh...ecco chiedergli se la cosa...cioè praticamente lui dice uno che prende il macete e vuole uccidere la madre l'unica cosa che possono fare è farlo fuori...è prematuro chiedere se il problema è la mamma o se non sta bene prendere a macetate le persone...? Però visto che siamo su...

CTPz: ??? (1:53'05")

PROF. SSA MERZAGORA: no se è prematuro chiedere la valutazione...

DR. PENNATI: si glielo chiediamo

CTPy: chiediamoglielo... proviamo, approfitta della situazione...

PROF. SSA MERZAGORA: ...la cosa grave è perché suo fratello ha colpito sua mamma?

I: *traduce*

K (I): sì, è una storia che mi fa molto male

CTPx: e nel suo villaggio capitavano delle cose di questo genere o no?

I: *traduce*

K (I): che sappia io è stato solamente mio fratello a fare questa azione

CTPx: papà era già morto?

I: quando è successa questa...

CTPx: ...quando è successo questo...e il papà era una persona come la mamma tranquillo o anche lui era un po'...

I: *traduce*

K (I): no ehm...(*l'interprete parla con Kabobo*) sì mio padre era anche lui una brava persona come mia madre, questo episodio è successo dopo la morte...poco dopo la morte di mia madre, di mio padre

CTPx: ah...che non si sa di cosa sia morto, no?

I: il padre?

CTPx: sì

I: chiedo?

CTPx: sì

I: *traduce*

K (I): io...che sappia io è morto solamente di vecchiaia, perché era un persona sana (1:55'51")

CTPx: e lui non può dire quanti anni aveva quando è morto il papà?

I: *traduce*

K (I): io non vi posso dire perché non so

CTPx: lui aveva detto che è morto di vecchiaia...

CTPy: ??? fargli ricordare...la notizia della morte del padre rappresenta ??? (1:56'20")

PROF. SSA MERZAGORA: si forse non dobbiamo molto pretendere una scansioni...

CTPx: temporale degli anni...

DR. PENNATI: gli chiedo per favore di descriverci bene quello che lui pensa che ha fatto suo fratello...poi gli farò qualche altra domanda, diccelo bene

I: *traduce*

K (I): io non vi posso dire niente in quanto non ero presente

DR. PENNATI: ma lui pensa che ha fatto questo perché era matto oppure perché era posseduto da qualche cosa?

I: traduce

DR. PENNATI: oppure perché era solo cattivo...

I: traduce

K (I): lui pone la domanda a lei e dice lei cosa ne pensa di una persona che si spoglia in mezzo alla gente, quindi per strada, oppure prende un macete e decide di colpire la propria moglie e secondariamente sua madre?... Che cosa ne pensa lei?

DR. PENNATI: quindi lui ha risposto a me con una domanda?

I: un domanda si

DR. PENNATI: ok, gli dica che noi vogliamo sapere quello che pensa lui

I: traduce

K (I): io quello che penso è che non sia una persona sana di mente, che se ha preso un macete e vuole uccidere la madre io penso sia...

CTPz: vorrebbe dire che tutti quelli che fanno quelle azioni secondo lui sono matti?

I: traduce

K (I): allora lui prima dice che quando il fratello...i primi sintomi li ha avvertiti mentre era lì con loro, poi dopo man mano lui ha sentito proprio peggiorare...ma per rispondere alla sua domanda io dico solo che una persona che si spoglia in mezzo alla gente non ha coscienza di sé e tanto meno una persona che prende il macete e decide di uccidere la propria madre

CTPz: quindi stava già male da tempo questo fratello?

I: come?

CTPz: stava già male da tanto tempo questo fratello?

I: traduce

K (I): si

CTPx: e non era curato?

I: traduce

K (I): allora sì, mentre ero lì io mi ricordo che quando lui avvertiva questi sentori di solito i genitori lo prendevano e lo portavano da un...da un prete feticcio e...però dopo un po' tornava in se e poi ripartiva

CTPx: può chiedergli che significato ha il nome di questo fratello Santu? Perché gli hanno dato questo nome?

I: traduce

K (I): io non lo so

CTPx: e il suo nome ha un significato?

I: traduce

K (I): ma volete sapere quello di Adam o Kabobo?

CTPx: tutti e due

I: traduce

K (I): io so solo...posso solamente dirvi che il nome Adam è un nome eh diciamo...ehm deriva dalla...dal personaggio di Adamo

CTPx: Adamo

I: Adamo

PROF. SSA MERZAGORA: la malattia di suo fratello aveva un nome nel villaggio? Del fratello Santu...

I: traduce

K (I): lui risponde con una domanda e dice...non c'è un nome preciso ma io, che sappia io una persona che si...eh che si spoglia...

DR. PENNATI: va bene

CTPy: la tecnologia ci ha abbandonato...lo portavano dallo sciamano e non in un CPS per cui...

PROF. SSA MERZAGORA: avrebbe potuto andare avanti ancora un po' prima di fare il disastro...?

CTPy: come diagnosi da DSM...

PROF. SSA MERZAGORA: ho paura di no

DR. PENNATI: ok, io mi fermerei, sono le 12

CTPy: ok

PROF. SSA MERZAGORA: bene allora noi gli possiamo dire che... eh noi per questa volta noi abbiamo finito però torneremo ancora

I: *traduce*

PROF. SSA MERZAGORA: dobbiamo ricordarci le cartelle... grazie

I: grazie

DR. PENNATI: arrivederci

[fine a 2:04'58"; i periti e i consulenti concludono e prendono accordi tra di loro e con l'interprete per il prossimo incontro]

COLLOQUIO 24.06.2013

[inizio a 02'50"]

CTPy: buongiorno

PROF. SSA MERZAGORA: buongiorno

DR. PENNATI: eccoci, buongiorno

K: buongiorno

DR. PENNATI: come sta?

K: bene

DR. PENNATI: vedo che parla... che riesce a capire un po' meglio...

I: *traduce*

K (I): no, non capisco

DR. PENNATI: gli chiedo se ha delle domande da farci

I: *traduce*

K (I): no

DR. PENNATI: se quindi lui è d'accordo possiamo cominciare

I: *traduce*

K (I): si possiamo cominciare, non ho niente da chiedere

DR. PENNATI: ok gli dica per favore, di avvisarci se c'è qualche domanda che gli dà fastidio, che lo agita che lo fa stare male, di dircelo subito che ci fermiamo

I: ok, *traduce*

K (I): va bene

DR. PENNATI: allora, l'ultima volta siamo rimasti a quando lui era arrivato in Libia, quindi volevamo un po' capire visto che lui ci ha parlato dello scoppio della guerra in Libia cos'era successo in quel momento

I: *traduce*

K (I): io...

DR. PENNATI: deve alzare un po' la voce

K (I): la guerra diciamo che non mi ha colpito personalmente perché dove eravamo noi con i miei compagni non è arrivato quindi ho sentito che è arrivato dopo che ce n'eravamo andati, che ce ne siamo andati

DR. PENNATI: ok, quindi in Libia non ha avuto delle esperienze di traumi o di violenza?

I: *traduce*

K (I): no no niente

DR. PENNATI: ok, come ha fatto ad arrivare in Italia?

I: *traduce*

K (I): ha preso la nave

DR. PENNATI: com'era questa nave?

I: *traduce*

K (I): eravamo abbastanza stretti, ci hanno messo tre giorni per arrivare qua

DR. PENNATI: come ha pagato il viaggio?

I: *traduce*

K (I): diciamo che io sono arrivata...ehm non era prevista nessuna (*Kabobo aggiunge qualcosa*) io ho pagato 900...ehm 950 dinas ma a quanto sappia io non era previsto alcun pagamento però siccome io sono arrivato l'ultimo giorno della partenza ho dovuto pagare però ho conosciuto delle persone che non hanno pagato niente

DR. PENNATI: è stato in viaggio tre giorni?

I: traduce

K (I): sì

DR. PENNATI: è successo qualcosa durante questo viaggio?

I: traduce

K (I): sì, durante il viaggio cioè è arrivato a un punto dove la nave si stava affondando e per fortuna c'erano delle persone...gli ho chiesto chi erano e ha detto italiani ma non ha specificato che ci hanno dato soccorso

DR. PENNATI: ok e dove è arrivato quando è arrivato in Italia?

I: come?

DR. PENNATI: dove è arrivato quando è arrivato in Italia?

I: traduce

K (I): Lampedusa

DR. PENNATI: è stato lì quanto tempo?

I: traduce

K (I): il giorno che ci siamo...abbiamo lasciato il posto dopo...il giorno dopo

DR. PENNATI: e da lì dove è andato dopo?

I: traduce

K (I): Bari, a Bari

DR. PENNATI: come ha fatto a arrivare a Bari?

I: traduce

K (I): abbiamo preso la nave e diciamo che siamo partiti in tanti ma man mano che arrivavamo in dei posti lasciavano le persone fino a Bari

DR. PENNATI: quindi è stato trasferito a Bari dalle autorità italiane?

I: traduce

K (I): eh io mi ricordo che italiani li ho visti solamente quando ci hanno dato soccorso lì a Lampedusa, però non posso dire esattamente chi ci ha dato il permesso per andare a Bari

DR. PENNATI: ma lui sapeva che sarebbe arrivato a Bari?

I: traduce

K (I): no, non lo sapevo

DR. PENNATI: ok e a Bari, appunto, dove è arrivato e che cosa ha fatto?

I: traduce

K (I): io non so dire di preciso dove siamo...ci hanno presi però so che ci hanno lasciato in un punto e lì un pullman ci ha traghettati e ci ha portato a Bari

DR. PENNATI: ok, ci vuole raccontare qualche cosa di quello che ha visto lì?

I: a Bari?

DR. PENNATI: sì, grazie

I: traduce

K (I): io a Bari non ho fatto niente di...di speciale, mi ricordo solo che sono arrivato in un punto dove c'erano...stavano facendo delle manifestazioni, io non ero neanche parte di questa manifestazione però hanno catturato le persone e hanno preso anche me e quindi hanno preso anche a me

DR. PENNATI: e che cosa è successo durante questa manifestazione?

I: traduce

K (I): io ho visto che hanno bloccato la ferrovia e hanno bloccato anche le strade dove passavano le macchine

CTPx: gli chieda dove dormiva a Bari

I: traduce

K (I): in un campo

CTPx: con tutti gli altri che erano arrivati?

I: traduce

K (I): sì (*Kabobo aggiunge qualcosa*) sì, con i miei compagni

CTPx: ma erano liberi oppure c'era una specie di centro di accoglienza...?

I: *traduce*

K (I): si era un posto dove si potevi andare dove volevi però dovevi comunque tornare lì a dormire...era libero ma lì dormivi solo

PROF. SSA MERZAGORA: ma, posso chiedere? Quanto tempo passa dall'arrivo a Bari a questa manifestazione?

I: *traduce*

K (I): si tre mesi

PROF. SSA MERZAGORA: ok

DR. PENNATI: quindi è rimasto tre mesi nel centro e poi c'è stata questa manifestazione?

I: *traduce*

K (I): si si adesso che faccio...mi sto ricordando che si, sono tre mesi

DR. PENNATI: ok

K (I): (*Kabobo aggiunge qualcosa*) io sto...ho un dubbio però riesco a ricordarmi vagamente che sono tre mesi

CTPx: ricorda il nome di qualcuno che era venuto con lui nel viaggio e poi a Bari? Qualcuno con cui magari parlava di più? Qualche amico?

I: *traduce*

K (I): si si io ho avuto delle persone, ho conosciuto delle persone quindi si mi ricordo

CTPx: un nome non si ricorda un nome?

I: *traduce*

K (I): si posso dire qualche nome

CTPx: ok

I: volete sentire?

CTPx: si, magari si

I: *traduce*

K (I): Sulik (15'09")

CTPx: Sulit?

I: Sulik

CTPx: veniva anche lui dal Ghana e dalla sua regione o no?

I: *traduce*

K (I): no, da un'altra

CTPx: ok, mi risultava che lui avesse anche un po' lavorato a Bari...?

I: *traduce*

K (I): a Foggia

CTPx: a Foggia

K (I): si ho lavorato un po' nella...dove coltivavano pomodori

CTPx: ok

DR. PENNATI: a posto?

CTPx: si... si io volevo chiedere delle sorelle, però è ancora prima non so...

DR. PENNATI: siamo fuori tempo massimo

CTPx: ok, vai tranquillo

DR. PENNATI: volevo chiedergli un po' che cosa si ricorda di questa rivolta

I: *traduce*

K (I): in che modo? In che senso?

DR. PENNATI: ha partecipato alla rivolta o non...perché poi è stato arrestato da quanto mi risulta...quindi volevo capire come è successo

I: *traduce*

K (I): io mi ricordo che quel giorno particolare era il giorno di digiuno per i musulmani e io...siccome le persone con cui dividevo il posto erano prevalentemente musulmani...eh quel giorno facevano un caos quindi io non riuscivo a dormire quindi ho preso...sono andato a dormire in un posto, mi ricordo solo che poi dopo mi hanno preso...mi hanno...la polizia mi ha preso

DR. PENNATI: ok e quindi poi è andato in carcere?

I: *traduce*

K (I): si

DR. PENNATI: io volevo sapere se durante questa permanenza di tre mesi a Bari...in quel centro gli è successo qualche cosa di brutto

I: *traduce*

K (I): no niente

DR. PENNATI: ok...gli dica che risulta dalle carte che abbiamo che quando era in carcere ha rotto uno o forse due televisori...se ci può raccontare lì cosa era successo

I: in carcere questo?

DR. PENNATI: sì

CTPx: no prima del carcere e del centro di accoglienza

DR. PENNATI: no, dopo la rivolta...

PROF. SSA MERZAGORA: era a Lecce

I: *traduce*

K (I): io ho...avevo troppi pensieri per la testa quindi è per questo che ho fatto quello che ho fatto

DR. PENNATI: ci deve spiegare bene perché ha rotto un televisore, visto che aveva quei pensieri per la testa e non ha chiamato aiuto

I: *traduce*

K (I): sì io avevo questi problemi...questi pensieri per la testa e io continuavo a chiedere aiuto alle persone che mi sostenevano però mi davano delle medicine ma con le medicine non...non andava a posto

CTPy: quali erano questi pensieri...

DR. PENNATI: sì, chiedi...

CTPy: volevo sapere quali erano questi pensieri?

I: *traduce*

K (I): io a quel tempo pensavo come una persona che stesse per diventare...stesse impazzendo

DR. PENNATI: ma che cosa aveva? Gli dica che ce lo deve dire

I: *traduce*

K (I): sì allora io quando guardavo la televisione poi riuscivo...ehm qualcosa nella mia mente mi diceva che queste persone sono quelli che mi provocavano le cose che pensavo nella testa

DR. PENNATI: le persone nella televisione?

I: *traduce*

K (I): sì io...sono io che percepivo questa cosa che quelle persone nella televisione mi mandavano...mi stavano facendo impazzire

CTPy: gli domandi se secondo lui è una cosa normale che possa succedere o è una cosa strana

I: *traduce*

K (I): no è per questo che dico che secondo me avevo problemi mentali

DR. PENNATI: ok ascolti, gli dica adesso di concentrarsi bene perché noi vogliamo capire che cosa ricorda di quei momenti lì...gli dica di fare uno sforzo, glielo dica adesso poi gli faccio la domanda

I: *traduce*

K (I): io oltre alla televisione vedevo che quando mangiavo sentivo la puzza, proprio la puzza del...della fece oppure del...

DR. PENNATI: delle feci?

K (I): delle feci, sì, oppure delle persone morte

DR. PENNATI: ok

K (I): dei cadaveri

DR. PENNATI: ok, molto bene, grazie...gli chiedi se la televisione lo comandava, gli diceva di fare delle cose

CTPy: è un po' induttiva come domanda...

DR. PENNATI: niente, non gliela chiedi...gli chiedi se la televisione in qualche modo lo influenzava

I: *traduce*

K (I): io quando vedevo la televisione vedevo delle persone su e queste persone io vedevo che erano più grandi di me e nella mia mente...la mente mi diceva di insultare queste persone però siccome io non volevo farlo allora...qualcosa mi diceva per non arrivare a farlo devi...devi rompere la televisione

DR. PENNATI: in quel periodo dormiva oppure faceva fatica a dormire?

I: *traduce*

K (I): no no riuscivo a dormire

DR. PENNATI: mangiava in quel periodo?

I: *traduce*

K (I): si io riuscivo a mangiare

DR. PENNATI: durante il periodo a Bari ha mai assunto droghe?

I: *traduce*

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: posso tornare sulla domanda...va bene la domanda che cosa gli dicevano le persone nella televisione?

CTPy: si

PROF. SSA MERZAGORA: allora se può tradurre...

I: *traduce*

K (I): io vedevo che nella tele...cioè le cose che mi dicevano non è che mi chiedevano di fare qualcosa, però vedevo che loro vedevano le cose che avevo io nella mente e parlavano proprio di quelle cose lì...cioè loro riuscivano a capire le cose che avevo in mente e agivano di conseguenza quindi per non...non arrivare ad insultarli rompevo la televisione

DR. PENNATI: quante volte è successo?

I: *traduce*

K (I): si mi hanno diciamo che...circa tre settimane, mi hanno lasciato un po' in pace per tre settimane...questo è quello che dice

DR. PENNATI: non ho capito in che senso

I: *traduce*

K (I): in che senso?

DR. PENNATI: lui ha rotto un televisore e poi ne ha rotto un altro? Chiedo...

I: *traduce*

K (I): tre

DR. PENNATI: tre televisori?

K (I): ho rotto tre

CTPy: su che emittente era sincronizzata questa televisione visto che lui non parlava...cioè come faceva...dov'era questa televisione? Era in cella o in uno spazio comune? Che cosa...

I: *traduce*

K (I): si dove dormivo io

CTPy: su che canale era?

I: *traduce*

K (I): io quello non lo so su che canale

CTPy: beh però come faceva a capire le voci?

I: *traduce*

K (I): io qualsiasi programma trasmettevano mi dava questa sensazione

CTPx: eh posso chiedere perché ce l'aveva proprio su con lui la televisione?

I: ...cioè in che senso lui?

CTPx: si perché...secondo lui c'è un motivo per cui se la prendevano con lui?...Lo insultavano ma perché proprio con lui e non con gli altri?

I: *traduce*

K (I): infatti è per questo che ho detto che io stesso non riesco a capire perché...non so se deriva dal fatto che quando mangiavo sentivo queste puzze [i consulenti parlano tra di loro in sottofondo]

DR. PENNATI: scusate...

K (I): no ha detto che neanche lui riesce a capire perché faceva queste cose

CTPy: non ne ha parlato con qualche medico? C'era qualche medico lì in quella prigione?

I: *traduce*

K (I): no no in prigione non ho mai parlato con nessun medico

CTPz: com'erano i rapporti con gli altri detenuti in quel periodo? Com'erano i rapporti?

I: *traduce*

K (I): io non ho creato nessun rapporto con nessuno

CTPz: ok

DR. PENNATI: ma non poteva spegnere la tv e basta?

I: *traduce*

K (I): sì, non l'ho fatto perché avevo... oltre a me c'era un'altra persona quindi se io spegnevo quell'altra persona accendeva

DR. PENNATI: ok tutte e tre le volte? Tutte e tre le volte dei tre televisori?

I: *traduce*

K (I): io mi ricordo che... quello che la mente mi diceva io in quel momento non pensavo neanche a chi mi stava attorno... io prendevo la televisione e rompevo e secondo me anche l'altra persone che stava vicino a me capiva che mi dava fastidio (*Kabobo aggiunge qualcosa*) purtroppo anche la persona con cui parlavo... con cui dividevo la camera, lui lo sentivo come sentivo le persone della televisione perché anche lui in qualche modo diceva le stesse cose nella mia mente

CTPx: erano in due nella camera... nella cella?

I: *traduce*

K (I): sì io nella... in camera siamo solo noi due però quando ci lasciano andare fuori c'erano anche altre persone

DR. PENNATI: gli dica di raccontarci meglio chi era questa persona che lui vedeva... cioè che secondo lui faceva le stesse cose che facevano nella televisione...

I: *traduce*

K (I): eh io non so cosa dirvi posso solo... (*Kabobo dice qualcosa*) posso dire... non so cosa dirvi posso solamente dire che questa persona anche se era di fronte a me e parlava con me io non sentivo quello che diceva... tutto quello che... collegavo alle cose che mi diceva dette dalla televisione, quindi non... per me era uguale alle cose che dicevano alla televisione

DR. PENNATI: e come faceva a difendersi... perché lui ha rotto il televisore ma come faceva a difendersi da questo qui?

I: *traduce*

K (I): sì infatti io visto che percepivo la stessa cosa con questa persona dopo un po' mi sono chiuso dentro e non parlavo con nessuno e poi ho anche iniziato a prendere delle medicine, prendevo regolarmente per tre settimane quindi un po' sono andato a posto

PROF. SSA MERZAGORA: posso... vorrei chiedere se è successo anche qui, in carcere qui?

I: *traduce*

K (I): sì qualche volta succede

CTPy: ma era già successo in passato? Perché mi ricordo... non so se in Libia o in Nigeria ??? (36'20") forse... era già capitato anche nel passato questa sensazione?

I: *traduce*

K (I): no no (*Kabobo aggiunge qualcosa*) è iniziato... tutto è iniziato da qui in carcere

CTPz: la prima volta che lui aveva avuto questa sensazione come si ricorda...? Come l'ha vissuta la prima volta?

I: *traduce*

K (I): no io adesso... perché le cose... a Bari non è successo quello che sto dicendo, tutto è iniziato a Lecce, perché a Bari sono stato lì solo un mese e mezzo e non ho avvertito niente di questo genere, tutto è iniziato quando sono andato a Lecce

DR. PENNATI: quindi i televisori li ha rotti tutti a Lecce?

I: *traduce*

K (I): sì

DR. PENNATI: e come mai era in carcere a Lecce?

CTPx: ecco...

I: *traduce*

K (I): perché a Bari non avevo questi problemi

PROF. SSA MERZAGORA: no, la domanda credo fosse perché era in carcere a Lecce? Cosa aveva fatto?

I: *traduce*

K (I): non mi hanno... nessuno mi ha detto niente e il motivo per cui ci spostavano, so solamente che da un giorno all'altro ci hanno preso da Bari e ci hanno portato a Lecce

PROF. SSA MERZAGORA: allora...

K (I): (*Kabobo aggiunge qualcosa*) eravamo in tanti a Bari però solamente tre persone... ehm eravamo in tre

PROF. SSA MERZAGORA: forse la domanda è perché era a Bari allora in carcere o era per quello? Vorrei sapere...era per la manifestazione...posso chiedere ancora, sempre o la televisione che gli parla nelle testa o le persone...prima di Lecce era successo? Vorrei richiedere...

I: *traduce*

K (I): si è stato tutto da Lecce

PROF. SSA MERZAGORA: e lui prima vedeva la televisione normalmente?

I: *traduce*

K (I): si

DR. PENNATI: ok, lui quando poi è uscito dal carcere definitivamente?

I: *traduce*

K (I): diciamo che non ricordo esattamente ma nel mese di marzo del 2012 (*Kabobo aggiunge qualcosa*) non ve lo so dire di preciso ma (*Kabobo aggiunge qualcosa*) perché avevo questi problemi nella mente e non riesco a...

DR. PENNATI: quando è uscito dal carcere cosa ha fatto? Come si è organizzato dopo?

I: *traduce*

K (I): io quando sono andato via dal carcere dopo tre mesi sono andato in Svizzera per il problema della gamba

DR. PENNATI: si ma prima di andare in Svizzera cosa ha fatto?

I: *traduce*

K (I): no chiedo scusa, dopo tre settimane (*l'interprete parla con Kabobo*)... non ho fatto niente

PROF. SSA MERZAGORA: scusate io vorrei capire, chiedo anche a voi perché così mi aiutate a riordinare... allora se lui dopo qualche settimana va in Svizzera per il problema della gamba qualche medico l'ha visto giusto? Ecco no...non si accorge...va bene che è la gamba il problema ma...cioè la domanda quindi potrebbe essere...allora chi è che l'ha mandato in Svizzera? Qual è il medico che l'ha mandato in Svizzera?

I: *traduce*

K (I): allora io quando ero a Foggia mi han detto che avevo un medico

PROF. SSA MERZAGORA: mmh, adesso mi sono persa un po'... a Foggia lui era per...?

CTPx: ??? (43'55") e da Lecce quindi è andato a Foggia?

I: *traduce*

K (I): sono andato a Foggia (*Kabobo dice qualcosa*)...è andato a Foggia (*Kabobo dice qualcosa*) allora ci hanno preso a Bari, da Bari siamo andati a Lecce e da Lecce siamo tornati a Bari per il nostro... poi il giorno dopo siamo partiti per Foggia

PROF. SSA MERZAGORA: dopo scarcerato?

I: *traduce*

K (I): si dopo che è scarcerato

PROF. SSA MERZAGORA: e a Foggia il medico gli dice che deve farsi operare?

I: *traduce*

K (I): io sono andato da questo medico di base e questo medico mi ha chiest...mi ha dato dei documenti da portare in ospedale grande dove mi avrebbero guardato se avevo qualche problema...purtroppo la data era abbastanza...

PROF. SSA MERZAGORA: avanti?

K (I): si avanti e io però avevo il problema e io quindi ho deciso di andare in Svizzera

CTPy: questo è un dato di realtà

CTPz: si questa è una critica giusta al nostro sistema sanitario nazionale

PROF. SSA MERZAGORA: si

CTPx: i tempi di attesa...

PROF. SSA MERZAGORA: e vede solo il medico della gamba? Non un altro medico?

I: *traduce*

K (I): si si io...(*Kabobo dice qualcosa*) questo medico non mi ha guardato la gamba, mi ha solamente dato dei documenti da portare...

PROF. SSA MERZAGORA: e in carcere le medicine che gli davano non le prende più?

I: *traduce*

K (I): allora si quando ero in carcere mi hanno dato delle medicine per la testa e dopo anche quando mi hanno scarcerato mi hanno chiesto di continuare a prenderle (*Kabobo dice*

qualcosa) anche per la gamba visto che il tempo di attesa era lungo mi hanno dato... mi hanno prescritto delle medicine da prendere

CTPz: questi disturbi poi una volta scarcerato gli sono pian piano passati o gli sono durati ancora tanto?

I: traduce

K (I): si mi ricordo dopo tre settimane

CTPz: lui non ne ha parlato però al medico, gli ha detto che aveva solo il problema alla gamba o anche questo?

I: traduce

K (I): si allora il medico non era solo mio era di tutto il campo, si gli ho parlato un po' dei problemi che avevo

CTPx: può indicare dove che problemi... intanto dove gli fa male alla gamba e che problemi aveva alla gamba?

I: traduce

K (I): [indica]

PROF. SSA MERZAGORA: c'è la cicatrice

??? (49'11")

CTPx: non riusciva a camminare o che problema c'era?

I: traduce

K (I): si non riuscivo a camminare

CTPx: e quindi lui ha avuto questo pezzo di carta per andare in ospedale ma l'ospedale grande l'avrebbe visto dopo tanto tempo e allora per questo lui è scappato dal campo oppure era già libero quando è andato in Svizzera?

I: traduce

K (I): no ero ancora al campo

CTPx: al campo... e quindi è scappato via?

I: traduce

K (I): no no io ho parlato con l'avvocato e questo avvocato mi ha detto guarda se non puoi aspettare puoi andare

CTPx: puoi andare... ma la domanda per la richiesta di asilo l'aveva già fatta?

I: traduce

K (I): si si l'avevo fatto prima

CTPx: ed era stata già rifiutata?

I: traduce

K (I): si si qui mi hanno mandato

CTPx: ma a me risulta no che avesse fatto richiesta di asilo politico, no? E che poi è stata rifiutata e tutto questo è avvenuto quando era al campo... credo... a Foggia

I: traduce

K (I): no no me l'avevano dato solo che è scaduto il permesso e quindi quando sono andato via avrei dovuto andare a rinnovarla e sono scappato perché avevo problemi alla gamba

PROF. SSA MERZAGORA: a me risulta che l'abbiano

CTPy: era il permesso di soggiorno...

PROF. SSA MERZAGORA: si sta confondendo

[??? (52'41") i periti e i consulenti discutono brevemente sul fatto che Kabobo possa non aver capito la differenza tra il permesso di soggiorno e la richiesta di asilo politico]

DR. PENNATI: ma volevo capire come ha fatto ad arrivare in Svizzera da Foggia?

CTPy: ma gliel'hanno anche suggerito...

I: traduce

K (I): ha preso il treno per arrivare in Milano e da Milano ha preso un altro treno per arrivare in Svizzera

DR. PENNATI: in Svizzera dove?

I: traduce

K (I): Berna (53'52")

DR. PENNATI: e chi gli ha fatto il nome di ??? (53'54") cioè come faceva a sapere che doveva andare lì?

I: traduce

K (I): allora siamo partiti in tanti io son partito perché questo ??? (54'35") mi ha detto lui insieme a dei ragazzi nigeriani sono partiti insieme e quando sono andati...sono arrivati in Svizzera la polizia gli ha dato dei documenti e lui ha scelto quello

DR. PENNATI: non ho capito io

I: traduce

K (I): io so solo che la polizia mi ha dato il documento e da lì...questo documento si chiama ENP e da lì sono andato in un altro posto ma io di sicuro...non riesco a dirvi di preciso dove sono andato

DR. PENNATI: si ma vogliamo sapere cioè chi gli ha detto di andare in Svizzera?

I: traduce

K (I): nessuno mi ha chiesto di andare io sono andato perché avevo problemi nella gamba

DR. PENNATI: si ma perché è andato in Svizzera e non in Spagna?

I: traduce

K (I): allora io mentre lavoravo in un campo lì a Foggia è arrivato un ragazzo dalla Svizzera e mi dice...mi raccontava che anche lui è stato in Svizzera perché si era andato a dichiararsi al vigile (56'47") quindi parlando io ho capito che anch'io qualora fossi andato...fossi andato mi avrebbero fatto anche gratis

PROF. SSA MERZAGORA: beh teniamoci la dritta e rinunciamo a capire...

CTPy: ??? (57'07") dei rifugiati in Svizzera, un sacco di iniziative...

CTPx: sarà arrivato con qualche documento, sarà arrivato in Svizzera e gli hanno dato un attestato di richiedente asilo...

PROF. SSA MERZAGORA: forse

CTPx: insieme con altri nigeriani era arrivato...con questi e gli hanno fatto un intervento in un ospedale...quando tempo è stato in questo ospedale?

I: traduce

K (I): [silenzio] circa 5 mesi (*Kabobo dice qualcosa*) 4/5 mesi

CTPx: tutti in ospedale?

I: traduce

K (I): allora diciamo che ho fatto due interventi...la prima ehm...il primo l'ho fatto e dopo 7 giorni mi hanno dimesso e mi hanno mandato a Berna (58'49") dove c'è un campo grande per i rifugiati e poi dopo mi hanno fatto un altro intervento che è durato solo 4 giorni

CTPz: come stava mentre era in Svizzera? Prendeva ancora le medicine che aveva preso a Lecce?

I: traduce

K (I): no

CTPz: non prendeva più le medicine?

I: traduce

K (I): no (*Kabobo dice qualcosa*) solamente le medicine per la gamba

PROF. SSA MERZAGORA: perché?

I: traduce

K (I): per la gamba

PROF. SSA MERZAGORA: perché non prendeva più quelle altre?

I: traduce

K (I): perché non ne avevo più bisogno

PROF. SSA MERZAGORA: perché stava bene?

I: traduce

K (I): si

CTPz: delle medicine in generale ricorda qualche nome? Qualcosa, qualche dettaglio di qualsiasi tipo?

I: traduce

K (I): no non mi ricordo

PROF. SSA MERZAGORA: in Svizzera, all'ospedale, ha mai visto uno psichiatra?

I: traduce

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: la Svizzera l'abbiamo spremuta

DR. PENNATI: dalla Svizzera poi dove è andato?

I: traduce

K (I): dalla Svizzera sono tornato in Italia
PROF. SSA MERZAGORA: dove?
I: *traduce*
K (I): Milano
CTPx: diciamo che allora se facciamo un po' di conti a che punto siamo? In 6 mesi...
CTPy: quando è tornato dalla Svizzera a Milano, è arrivato a Milano? Se lo ricorda?
I: *traduce*
K (I): no non mi ricordo
CTPx: perché a Milano risulta che arriva nel marzo del 2013
I: *traduce*
K (I): ??? (1:02'09")
CTPx: che ci sta... si fa 6 mesi al campo in Svizzera
I: potrebbe essere
CTPx: i due interventi... a settembre è in Svizzera se ha fatto il carcere
CTPy: 7 mesi in campo in Svizzera...
DR. PENNATI: volevo fare una domanda... in che lingua si esprimeva quando era in Svizzera?
I: *traduce*
K (I): inglese
DR. PENNATI: e come mai riusciva in Svizzera e invece qua da noi fa fatica con l'inglese?
I: *traduce*
K (I): diciamo che si l'inglese riesco a parlarlo ma non è che riesco ad esprimermi più di tanto... mi facevo capire
DR. PENNATI: gli sono rimasti degli amici da questa esperienza in Svizzera?
I: *traduce*
K (I): io ricordo solo che eravamo in tanti ma non ho fatto amicizia con nessuno
DR. PENNATI: c'era qualcuno in questo campo che si era preso particolarmente cura di lui?
I: *traduce*
K (I): si c'erano delle persone che ti davano da mangiare
CTPx: ma si stava bene in quel campo lì o era meglio quello di...
I: di Foggia?
CTPx: di Foggia
I: *traduce*
K (I): io se devo dire la verità mi piaceva di più quello della Svizzera però preferivo vivere in Italia
CTPx: perché è andato via quindi dalla Svizzera? Dopo l'intervento non è tornato al campo e è andato a Milano?
I: *traduce*
K (I): si io dopo l'intervento sono andato al campo e quando dopo che sono un po' guarito sono venuto in Italia
CTPx: perché non la tenevano più lì o perché voleva venire in Italia?
I: *traduce*
K (I): no no mi avevano dato un permesso di... per restare lì al campo, dopo la scadenza mi hanno rinnovato ancora e dopo l'intervento e la guarigione sono venuto via
CTPy: non poteva più stare lì?
I: *traduce*
K (I): io sono andato perché avevo il problema della gamba quindi una volta risolto quel problema sono tornato
PROF. SSA MERZAGORA: break?
CTPy: break
DR. PENNATI: break
[pausa]
DR. PENNATI: eccoci...bene, senta quando è arrivato a Milano che cosa ha fatto? Come faceva a mantenersi?
I: *traduce*
K (I): no facevo l'elemosina
DR. PENNATI: dove?
I: *traduce*

K (I): qui a Milano

DR. PENNATI: dove? In che zona?

I: traduce

K (I): io non conoscevo le città quindi dovunque mi trovavo stavo lì a chiedere l'elemosina

DR. PENNATI: ma chiedeva l'elemosina sempre nello stesso posto o girava?

I: traduce

K (I): no no giravo

DR. PENNATI: dove dormiva a Milano? Aveva un posto fisso o dormiva in posti diversi?

I: traduce

K (I): sì io giravo e dove mi capitava dormivo

DR. PENNATI: aveva qualche amico qua? Qualche persona che lo aiutava?

I: traduce

K (I): no non conosco nessuno

DR. PENNATI: come si procurava i vestiti?

I: traduce

K (I): io quando mi trovavo in un posto lì c'erano dei cassonetti e frugavo dentro e se trovavo qualcosa mi mettevo addosso

DR. PENNATI: quando era qua a Milano la gamba non gli ha creato problemi?

I: traduce

K (I): no

DR. PENNATI: che cosa mangiava di solito?

I: traduce

K (I): pane, mangiavo pane

PROF. SSA MERZAGORA: dove lo trovava il pane?

I: traduce

K (I): sì io chiedevo l'elemosina quindi quando mi davano i soldi entravo in un negozio e prendevo...

CTPx: non è mai andato in una mensa con gli altri a mangiare?

I: traduce

K (I): io cercavo di chiedere a delle persone che incontravo in questi...chiedevo delle informazioni di questo genere però nessuno mi dava retta quindi ognuno andava per la strada...per la sua strada

DR. PENNATI: non c'era nessuno che...non so qualche persona che magari si era affezionata e che gli portava le scarpe, i vestiti?

I: traduce

K (I): no niente

DR. PENNATI: come faceva a lavarsi?

I: traduce

K (I): non mi lavavo

DR. PENNATI: però quando è stato arrestato risultava che era abbastanza ordinato

I: traduce

K (I): allora probabilmente perché avevo appena preso qualc...trovato qualcosa di pulito e avevo messo addosso...non è che risulter...

DR. PENNATI: non è che?

K (I): probabilmente avevo appena trovato qualcosa di pulito e...

DR. PENNATI: quindi quante volte si lavava più o meno?

I: traduce

K (I): da quando sono...sono arrivato qui in Italia, a Milano dalla Svizzera non mi sono mai lavato fino a quando mi hanno preso e mi hanno messo qui in carcere...è qui che ho fatto il primo bagno

CTPx: e quanto tempo è stato a Milano prima che succedesse...?

I: traduce

K (I): [silenzio] circa tre o 4 mesi...

CTPy: a marzo ??? (1:25'41")

CTPx: ma come è possibile?

PROF. SSA MERZAGORA: no infatti non è così

CTPx: non tornano i conti

PROF. SSA MERZAGORA: a meno che...
CTPy: non sia arrivato prima...
PROF. SSA MERZAGORA: non sia arrivato prima...
CTPx: a me risulta a marzo
PROF. SSA MERZAGORA: va bene però evidentemente le scansioni temporali non sono il suo forte... eh... è mai stato dai frati?
I: *traduce*
K (I): no
PROF. SSA MERZAGORA: alla stazione centrale?
I: *traduce*
K (I): io, si mi capitava di dormire in... nelle stazioni dei treni però non lo sapevo se era in centrale...
CTPy: lui ci ha raccontato tutta una storia nel tempo in cui è sempre stato capace di arrangiarsi... che fosse in Libia o in Nigeria, in Svizzera... perché poi passare da Foggia alla Svizzera... come si spiega lui che è arrivato qui quest'ultima volta non riusciva a farsi capire, ad avere contatti, a farsi dare una mano?
I: *traduce*
K (I): si perché io quando sono arrivato a Milano non avevo altri soldi per prendere il treno per il campo lì a Foggia
CTPy: la sua idea era tornare a Foggia?
I: *traduce*
K (I): si se avessi avuto la possibilità si
CTPy: quindi è rimasto bloccato qua?
I: *traduce*
K (I): si
PROF. SSA MERZAGORA: però quello che voleva credo sapere era se la cava in Nigeria, se la cava in Libia, se la cava in fondo a Bari... a Milano non ce la fa...
CTPy: non sa come chiedere, non sa...
I: *traduce*
K (I): eh io si quando sono arrivato qui in Italia si non lavoro... io ho parlato del... lì al campo ma anche lì al campo chiedevo un aiuto
PROF. SSA MERZAGORA: mmh... quindi era isolato insomma...
CTPx: io ho saputo che lui raccoglieva pomodori quando era giù vicino... non so se era a Foggia o dove... raccoglieva nei campi?
I: *traduce*
K (I): a Foggia
CTPx: a Foggia
DR. PENNATI: gli chiedo se da quando è venuto qua a Milano ha avuto qualche malattia di tipo fisico
I: *traduce*
K (I): si ho avuto problemi di indumenti soprattutto mentre giravo
DR. PENNATI: ma malattie fisiche tipo non so mal di gola, male alle gambe, male al petto?
I: *traduce*
K (I): no qui in Italia no... qui a Milano no ma quando ero in Svizzera mi è capitato di avere mal di gola
CTPy: io stavo pensando che se cammino per le strade della mia città trovo molte persone che assomigliano... su Milano quante persone ghanesi ci possono essere? Secondo lei... per dire incontrarle e dire datemi una mano...
I: allora io... a Lecco per esempio siamo più di 150 persone, però a Milano sarà su 300/350 più o meno
CTPy: ma ??? (1:31'15")
I: si ghanesi si... sono soprattutto a Brescia e a Vicenza
CTPy: quando lui diceva ad esempio
PROF. SSA MERZAGORA: la catena migratoria era...
CTPy: da Foggia alla Svizzera lui è andato con un gruppo di nigeriani... come etnia è un'etnia con cui i ghanesi si trovano?

I: allora potrebbe anche darsi che...perché io non so se lui parla, però dalle loro parti è la lingua...il dialetto più parlato è il ??? (1:31'41") che in Nigeria è molto comune...quindi non so se...anche inglese, l'inglese è proprio stentato...

CTPy: la mia idea è che lui dovunque è una persona che si è sempre appoggiata agli altri ci ha fatto capire...ha sempre chiesto una mano, però le ha sempre trovate queste persone, io camminando per il centro di Milano trovo qualcuno che assomiglia alla sua etnia...per dire di darmi una mano, sembra che invece che lui...

PROF. SSA MERZAGORA: è un io retorico penso...

I: ma è una domanda che devo fare?

CTPy: si come mai lui...come si spiega lui che proprio non è riuscito a chiedere aiuto, a trovare risorse

I: *traduce*

K (I): si io quando sono andato qui a Milano mi è capitato varie volte di incontrarmi con delle persone ehm di colore purtroppo quando io li fermavo per parlare con loro mi scansavano oppure qualcuno faceva finta di non capire quello che dicevo

PROF. SSA MERZAGORA: faceva finta...

CTPx: perché questo? Perché lo scansavano?

I: *traduce*

K (I): probabilmente era dovuto al mio...all'abbigliamento che avevo addosso oppure magari sentivano la puzza perché non mi lavavo

DR. PENNATI: gli può chiedere se qua a Milano qualcuno ha cercato di fargli del male?

I: *traduce*

K (I): no nessuno

DR. PENNATI: e gli dica di dirci, per favore, due o tre luoghi più importanti di Milano...non so, che cosa...quali sono per lui i posti più importanti di Milano

I: *traduce*

K (I): ehm lui mi sta dicendo che se non gli avessi detto io che è a Milano lui non sapeva neanche dove si trovava in questo momento

PROF. SSA MERZAGORA: adesso non sa dove si trova?

I: *traduce*

K (I): io sapevo che ero in Italia ma non sapevo in che città

PROF. SSA MERZAGORA: allora?

I: *traduce*

K (I): no parlo di adesso...lui dice che se non gli avessi detto io lui non sapeva che si trovava a Milano

PROF. SSA MERZAGORA: adesso?

K (I): sa che si trova in Italia

DR. PENNATI: cioè in questo momento lui non sapeva di essere a Milano?

I: *traduce*

K (I): io quando sono arrivato a Milano volevo...l'intenzione era quella di tornare a Foggia, però quando io salivo in un treno chiedevo dove andava nessuno mi diceva niente allora sono scesa, cioè sono sceso e...

PROF. SSA MERZAGORA: dal treno?

K (I): sì dal treno quindi non so...non sapevo dove

CTPx: cioè non sapeva di essere sceso a Milano?

I: *traduce*

K (I): sì io dopo che sono arrivato a Milano ho preso varie...un po' di treni però siccome non avevo soldi io prendevo un treno a caso e quando arrivavo in un posto io capivo che non era Foggia e prendevo il treno fino a quando l'ultima destinazione sono arrivato a Milano e non sono più partito

DR. PENNATI: l'ultima volta che è sceso dal treno e ha cercato un posto dove dormire, quand'è che è stato? Gli chiedo se se lo ricorda

I: *traduce*

K (I): io...il fatto che cercava...ha cercato di capire se il treno che chiedeva andava a Foggia o meno e io gli ho chiesto no vuole sapere se ti ricordi il giorno oppure

DR. PENNATI: più o meno

K (I): più o meno...mi ha detto vagamente il mese di marzo

DR. PENNATI: ok allora gli faccio questa domanda qua...i carabinieri hanno detto che lui dormiva in questa villa abbandonata
I: una villa?
DR. PENNATI: una specie di...in una casa abbandonata molto rovinata con dentro pezzi rotti eccetera...cioè per quanto tempo ha dormito lì?
I: *traduce*
K (I): no niente di tutto ciò io non ho mai dormito in una casa dove per esempio ci sono molti vetri
DR. PENNATI: e dove dormiva gli ultimi giorni?
I: *traduce*
K (I): io dormivo fuori
DR. PENNATI: dove? In qualche giardino? Su una panchina?
I: *traduce*
K (I): io dormivo...capitava di trovarmi in un corridoio di un edificio e io dormivo lì
CTPx: e dormiva di giorno? Dormiva di notte? Oppure dormiva sempre a una certa ora la sera, la notte?
I: *traduce*
K (I): solamente di sera
CTPx: di sera...
CTPy: stavo pensando che...perché tornasse sempre indietro, cioè lui in tutti i suoi ??? (1:41'02") quello era l'obiettivo, di tornare a Foggia...mi metto su un treno vado avanti e poi siccome non è quello prendo e torno indietro? Perché non andare...cioè per quale motivo tornava sempre indietro quando non trovava...a parte che secondo me la strada per Foggia...no avendo girato il mondo intero le risorse per capire dov'era...
PROF. SSA MERZAGORA: però non sapeva trovare Foggia
CTPx: un po' di parte...
I: *traduce*
K (I): eh no io (*l'interprete chiede ancora qualcosa*) no io non sapevo dove mi portava l'altro treno, e io ho chiesto ma non era lo stesso treno? Mi ha detto no io scendevo e poi prendevo un altro
CTPx: quindi è capitato di dormire anche in altre città che non erano Milano?
I: *traduce*
K (I): sì io mi ricordo che ho girato un po' di città per 5 giorni, poi ho capito che non era Foggia e sono tornato indietro
CTPy: ma lui riesce a riconoscere, anche se non sa leggere e scrivere, riesce a riconoscere la scritta Milano Foggia?
I: *traduce*
K (I): sì io Foggia...io visto che non ho studiato tenevo sempre a mente la scritta Foggia...si posso vedere, posso capire però non
CTPx: lui aveva delle carte in mano quando girava, in cui c'era scritto che veniva da Foggia, che era stato in Svizzera...aveva delle cose?
I: *traduce*
K (I): sì io in mano avevo un documento che diceva che arrivavo dalla Svizzera
CTPx: che era stato in Svizzera...che era stato anche ricoverato e operato o no?
I: *traduce*
K (I): io sì avevo documenti però io non riuscivo a leggere quindi non capivo neanche che cosa avevo in mano
CTPx: e questi documenti dove sono andati a finire?
I: *traduce*
K (I): me li ha sequestrati la polizia
CTPx: non ce li aveva addosso quando è stato arrestato?
DR. PENNATI: ??? (1:45'07")
CTPx: scusami
DR. PENNATI: no no figurati...gli dica che i carabinieri una volta l'hanno fermato a Milano, mi sembra verso maggio, e lì lui ha fatto vedere i suoi documenti, era davanti a una farmacia...gli chiedo se si ricorda questa cosa
I: *traduce*

K (I): lui chiede qui a Milano?

DR. PENNATI: sì in viale Monza

I: traduce

K (I): lui dice se io chiedevo l'elemosina possibilissimo...ma stavo lì a fare niente credo

DR. PENNATI: qui è scritto che i carabinieri l'hanno fermato per un controllo in viale Monza davanti a una farmacia...una sera mi sembra di maggio, gli chiedo se se lo ricorda...lui ha fatto vedere i documenti e poi l'hanno lasciato andare

I: traduce

K (I): si ha detto la prima volta sì la polizia...i carabinieri l'hanno preso e l'hanno portato in ufficio dove gli hanno dato un documento, quel documento l'ha esibito la seconda volta che mi hanno riferito a...davanti...in un posto

PROF. SSA MERZAGORA: cosa ne direste se passassimo alla domanda del non sentirsi bene...?

CTPy: lasciamo tutto aperto, diciamo a lei di tradurre...noi lasciamolo parlare il più possibile

DR. PENNATI: posso solo fare una domanda?

PROF. SSA MERZAGORA: sì sì certo

DR. PENNATI: gli chiedo che cosa ne pensa delle persone che chiedono l'elemosina

I: traduce

K (I): allora io gli ho fatto la domanda ma lui non capiva allora gli ho fatto un esempio dicendo che se una persona normale chiede a lui e una persona ti viene a chiedere l'elemosina, tu cosa ne penseresti di una persona che si presenta davanti a te e lui mi fa sì ma perché questa persona può...perché io non ne avevo quindi vado a chiedere a lui l'elemosina

CTPx: ma perché non cercava un lavoro? Andava in una chiesa o chiedeva alla stazione centrale a un poliziotto, a un vigile, a un volontario che vedeva lì...tutti lo evitavano? Proprio nessuno voleva parlare con lui?

I: traduce

K (I): io il mio primo approccio è stato quello di magari di incontrare delle persone e fermarli e magari chiedere delle cose, però mi son...mi è sempre capitato delle persone, soprattutto italiani, che mi giravano la faccia, le persone di colore che non...facevano finta di non capire la mia lingua e allora io mi sono un po' stancato e quindi mi sono limitato...son dovuto fermarmi davanti a un negozio a chiedere l'elemosina o qualcosa da mangiare e...pensavo solamente a dove dormire alla sera

PROF. SSA MERZAGORA: prima lui ha detto che a Milano aveva problemi di mente...ce li racconti?

I: traduce

K (I): eh la stessa situazione che avevo lì a Lecce si ripresentava, nel senso che sentivo delle voci che parlavano, è come se sapessero cosa pensavo e di conseguenza...le stesse cose che vi dicevo...cioè le vedevo anche quindi è la stessa situazione di Lecce

PROF. SSA MERZAGORA: e cosa dicevano?

I: traduce

K (I): non si trattava solamente della televisione ma anche delle persone perché io per esempio quando camminavo vedevo, mi trovavo in mezzo alla gente e la stessa cosa sentivo delle voci

CTPy: cosa dicevano queste voci?

I: traduce

K (I): no io posso solamente dire che io sentivo queste...le voci che sentivo mi hanno anche portato a colpire tre persone...mentre camminavo per la strada

CTPy: spieghiamo meglio cosa vuol dire...

PROF. SSA MERZAGORA: vorrei chiedere in che lingua parlavano le voci?

I: traduce

K (I): sentivo sia in dialetto che in lingua natale oppure anche in...in ??? (1:54'04") che è questo dialetto che parla adesso

CTPx: ??? (1:54'09")

I: sì

CTPy: ma cosa dicevano? Cosa gli dicevano?

I: traduce

K (I): eh io non...non mi dicevano...non è mai stato...non ho mai incontrato queste persone e...diciamo personalmente ma mi dicevano che...mi chiedevano costantemente di stare tranquillo perché tutti i miei problemi sarebbero risolti

CTPy: di chi erano secondo lui queste voci?

I: traduce

K (I): italiani

CTPy: che persone erano? A chi appartenevano le voci?

I: traduce

K (I): lui dice italiani...io gli ho detto i signori vorrebbero sapere nello specifico che non capiscono...

CTPy: se sentiva delle voci si sarà chiesto da dove provenivano e chi erano che parlavano?

I: traduce

K (I): si tratta di...non ho mai potuto decifrare il volto della persona però so che la persona mentre io cammino così lui cammina a fianco a me e parla in dialetto e...e dice anche nell'altro dialetto e mi dice di stare tranquillo che prima o poi i miei problemi saranno risolti

PROF. SSA MERZAGORA: quindi erano voci buone? Tranquillizzanti?

I: traduce

K (I): allora io...mi dicevano continuamente...io ovviamente ho chiesto chi sono, lui ha detto no le persone che mi parlavano niente mi dicevano si delle buone cose perché loro sapevano che dovevo andare a Foggia e anche se chiedevo loro di indicarmi la strada per Foggia loro non mi dicevano e qualche volta chiedevo anche di mangiare e mi dicevano di non preoccuparmi, tanto è vero che io non sentivo neanche la fame, è capitato anche di stare 10 giorni senza mangiare ma io nella mia pancia sentivo di avere il cibo

CTPy: gli dica di raccontarci ancora di questi fenomeni, quanto vuole...tutto quello che vuole

I: traduce

K (I): per quanto concerne le voci tutto quello che mi ricordo è quello che vi ho appena raccontato

CTPz: lui quando è arrivato in Svizzera è parecchio tempo che stava bene? Non le sentiva più?

I: traduce

K (I): sì in Svizzera qualche volta avevo questi disturbi però non era intenso quanto...

CTPz: e quando è tornato a Milano quando sono cominciati?

I: traduce

K (I): io sì ho avvertito questi disturbi già dalla Svizzera, prima di arrivare qua, quindi sono arrivato qui che li sentivo

CTPz: ma a lui queste sensazioni lo spaventano?

I: traduce

K (I): sì mi spaventano (*Kabobo dice qualcosa*) sì prima diciamo che soprattutto a Bari era una cosa che continuava sempre e man mano le voci però mi tranquillizzavano e mi dicevano di stare tranquillo che sarebbero sparite queste voci e tutte le cose che...le cose migliori avrei...prima o poi mi sarebbero capitati e infatti adesso sto notando un miglioramento, un lieve miglioramento

CTPx: volevo chiedere se in quei giorni lì lui pensava al fratello e se quello che sentiva era simile o no a quello che aveva il fratello

I: che giorni?

CTPx: diciamo che dopo volevo sapere quando ha saputo del fratello...però prima chiediamogli se quello che lui aveva era simile a quello che il fratello parlava...

I: traduce

K (I): sì quello di mio fratello era diverso...

CTPx: era diverso...lui aveva già saputo che il fratello aveva cercato di uccidere la mamma ed era morto?

I: traduce

K (I): sìiii già da molto tempo

CTPx: quando? Dov'era quando l'ha saputo?

I: traduce

K (I): ero a Foggia

CTPx: a Foggia...e quando l'ha saputo cosa ha provato?

I: traduce

K (I): sono stato male

PROF. SSA MERZAGORA: ma queste voci tranquillizzavano o spaventavano?

I: traduce

K (I): no no mi tranquillizzavano, mi consigliavano

CTPx: ed erano voci che venivano dall'Italia o venivano dal Ghana?

I: traduce

K (I): no qui in Italia

CTPx: quindi non c'è nessuno che dal Ghana gli parlava come fosse uno spirito o qualcuno che stava facendo qualche cosa?

I: traduce

K (I): eh dato che parlavo nel mio dialetto natale (2:04'50") non credo che siano spiriti maligni, anzi secondo me erano buoni perché mi tranquillizzavano

PROF. SSA MERZAGORA: scusi questo lo chiedo a lei...gli spiriti sono solo maligni? Non ci sono spiriti buoni?

I: di solito in Ghana diciamo che si cerca di addossare tutte le colpe, tutte le malizie agli spiriti

PROF. SSA MERZAGORA: agli spiriti maligni

I: quindi...

PROF. SSA MERZAGORA: sono maligni diciamo

I: si

CTPx: questa persona che camminava a fianco a lui può descriverla? Com'era?

I: traduce

K (I): no non era solamente una persona, erano tante persone nel senso che era come se io camminassi in mezzo a tantissime persone e queste persone mi dicevano che la lingua tramite il quale mi parlavano erano solamente io che li sentivo tutti gli altri non capivano la lingua

DR. PENNATI: ma lui capiva che queste persone...secondo lui queste persone erano vere oppure non erano vere?

I: traduce

K (I): si sono persone vere

DR. PENNATI: e ci sono ancora?

I: traduce

K (I): si secondo me ci sono ancora ma io non so se...non so dirvi di preciso se è questa persona o quella

DR. PENNATI: ok, le voci che sentiva venivano da dentro o venivano da fuori?

I: traduce

K (I): tutte e due, sia dentro che fuori

DR. PENNATI: e quelle che venivano da dentro da dove partivano? Da che punto del corpo partivano?

I: traduce

K (I): la testa

DR. PENNATI: il volume di queste voci era forte oppure era basso?

I: traduce

K (I): partiva da un volume basso fino ad esplodere

CTPx: e lui non faceva niente per proteggersi?

I: traduce

K (I): io non potevo fare niente

CTPx: non poteva chiudersi le orecchie?

I: traduce

K (I): no anche se io mi tappo le orecchie io le sentivo ugualmente

CTPx: e non ha mai provato qualche volta a tappare le orecchie?

I: traduce

K (I): si

DR. PENNATI: lui prima ha detto che aveva sentito anche degli odori...gli chiedo se ha sentito anche degli strani odori o gusti strani

I: traduce

K (I): si sono odori che sentivo ma ora non li sento più

DR. PENNATI: ci può raccontare che odori sentiva prima?

I: traduce

K (I): si io diciamo che questi odori li ho avvertiti di più quando ero in Svizzera e sentivo l'odore del cadavere e...però queste voci poi mi dicevano che questi odori delle persone morti...le persone morti sono gli stessi che sono vivi, quindi di non preoccuparmi che è una cosa temporanea

CTPx: non ha pensato di telefonare alla mamma per chiedere aiuto?

I: traduce

K (I): diciamo che io non ho chiamato giù perché non ho...non ho il telefonino e un altro motivo era perché queste voci mi dicevano che non volevano che io chiamassi giù e quindi non mi facevano trovare il telefonino

CTPx: e perché non volevano che chiamasse giù?

DR. PENNATI: torniamo un attimino alla domanda di prima...gli chieda se si è accorto di qualche cosa di strano nel gusto?

I: ma adesso o anche prima?

DR. PENNATI: prima

I: traduce

K (I): io continuo a ribadire che era...sentiva l'odore del cadavere e prima lo sentiva mentre mangiava adesso...invece quando è arrivato in Italia sentiva solamente l'odore ma non il gusto

DR. PENNATI: ancora un'ultima domanda e poi chiudiamo...gli chiede se in quel periodo ci vedeva bene o aveva qualche problema nel vedere?

I: traduce

K (I): si si io ho sempre visto bene

DR. PENNATI: ok

PROF. SSA MERZAGORA: lo congediamo...allora per oggi basta, ci rivediamo ancora comunque

I: traduce

[fine a 2:15'00"; i periti e i consulenti concludono e prendono accordi tra di loro e con l'interprete per il prossimo incontro]

COLLOQUIO 01.7.13

[inizio a 07'20']

CTPx: buongiorno

DR. PENNATI: come sta?

K: bene

DR. PENNATI: riesce a dormire?

I: traduce

K (I): si

DR. PENNATI: mangiare riesce?

I: traduce

K (I): si

DR. PENNATI: sta prendendo le cure?

I: traduce

K (I): si

DR. PENNATI: come si trova con queste cure?

I: traduce

K (I): va bene, con le cure

DR. PENNATI: cosa è cambiato da quando prende le cure rispetto a prima?

I: traduce

K (I): gli ho chiesto se...ci sono stati dei cambiamenti e mi ha chiesto ma a livello mentale? Gli ho detto di si e mi ha detto di si, lui da quando ha iniziato a prendere le cure le cose si stanno un po' migliorando

DR. PENNATI: in che senso stanno migliorando?

I: traduce

K (I): eh dice perché prima io sentivo più le voci ma oggi le voci sono...li sento ma non sempre e non con quella stessa...lo stesso tono

DR. PENNATI: che voci sente adesso?

I: traduce

K (I): c'è una voce che gli dice ehm di stare tranquilla e mi continua sempre a tranquillizzare e mi dice che prima o poi le cose si migliorano

DR. PENNATI: è una voce di uomo o di donna?

I: traduce

K (I): una donna

DR. PENNATI: una donna... è una donna che lui conosce? O che gli ricorda qualche donna del passato?

I: traduce

K (I): no no no non la conosco

DR. PENNATI: ha un nome questa donna?

I: traduce

K (I): no io sento solo che è una donna ma non... non l'ho mai vista

DR. PENNATI: e la sente a destra, a sinistra, davanti, di dietro, dall'alto...?

I: traduce

K (I): eh la maggior parte delle volte la sento più su e poi ci sono anche delle volte che li sento dentro, proprio dentro

DR. PENNATI: ok

CTPx: posso chiedere se la sente tutto il giorno oppure c'è qualche momento in cui la sente di più o di meno...?

I: traduce

K (I): tutto il giorno anche quando dormo... a volte anche nel sonno diceva

CTPx: no mi chiedevo se non ci fosse questa voce invece lui sarebbe più aggressivo? Perché lo tiene...

DR. PENNATI: aspetta...

CTPx: perché lo tiene... come si può chiedere? Perché lo rassicura? Su che cosa?

CTPy: su che cosa lo rassicura?

PROF. SSA MERZAGORA: sul futuro dice...

CTPx: su che cosa lo rassicura?

I: traduce

K (I): che la voce si tranq... cioè non sentirà più le voci

DR. PENNATI: cioè la voce gli dice che non sentirà più voci?

I: si

DR. PENNATI: è questo?

I: traduce

K (I): si si mi tranquillizza e mi dice che piano piano le voci spariranno infatti adesso noto anche dei miglioramenti perché capisco che le voci stanno un po' sparendo

DR. PENNATI: questa voce c'era anche quando lui era in libertà? Cioè quando viveva a Milano?

I: traduce

K (I): si si si li sentivo e era anche molto intensi...intensamente

CTPx: lui aveva detto che anche in Nigeria li sentiva? O in Ghana? Una delle altre volte aveva fatto cenno...

DR. PENNATI: si però questo cerchiamo di vederlo magari un po' per volta...

CTPx: si

DR. PENNATI: dobbiamo seguire un po' il filo logico sennò...

CTPx: si si si confonde, no, scusi

DR. PENNATI: se siete d'accordo...allora...

PROF. SSA MERZAGORA: veniamo al fatto...avviciniamoci...

DR. PENNATI: ok, gli chiedo che noi vogliamo sapere cosa ha fatto i due o tre giorni prima dell'aggressione

I: traduce

K (I): allora lui vorrebbe ovviamente capire cosa intende per i giorni prima... gliel'ho spiegato e mi sta dicendo che non ha fatto niente di significativo, ha solamente sentito delle voci

DR. PENNATI: ok, gli chiedo per piacere nei due o tre giorni prima se dormiva perché lui, glielo dica, ha dichiarato al Giudice che erano dei giorni che non dormiva

I: ok, *traduce*

K (I): si si io ho detto... ho dichiarato che non dormivo perché è anche... è vero che io dormendo fuori io avevo freddo quindi non riuscivo a dormire, quindi cosa facevo? Cercavo di camminare il più possibile anche fino al giorno dopo, pur di non dormire perché sentivo freddo

DR. PENNATI: lui al Giudice ha dichiarato che quando sentiva le voci doveva camminare... ci può spiegare meglio che cosa faceva?

I: *traduce*

K (I): lui dice che le voci si... dicevano di camminare perché... loro dicevano che camminando avrebbe incontrato delle persone che gli avrebbero indicato dove andare a mangiare o a dormire, quindi camminando... poi dicevano anche che lui è anche diciamo colpevole per la creazione del... del cielo e della terra

DR. PENNATI: colpevole?

I: si

DR. PENNATI: ma lui doveva prima camminare e poi sentiva le voci oppure sentiva le voci e poi camminava?

I: *traduce*

K (I): qualsiasi cosa facevo io le sentivo, anche camminando li sentivo

DR. PENNATI: e in quei giorni camminava tanto?

I: *traduce*

K (I): si si io camminavo, sempre camminavo, poi ogni tanto mi fermavo davanti a qualche negozio a chiedere l'elemosina

CTPx: colpevole della creazione...

CTPy: di che cosa colpevole?

I: del cielo e della terra

CTPx: del cielo e della terra...

I: *traduce*

K (I): si mi dicevano non è che... li vedevo e mi dicevano, loro mi dicevano tramite la mente

CTPx: ma lui nella sua credenza cosa pensa? Chi è che ha creato il cielo e la terra?

I: *traduce*

K (I): non lo so

CTPy: posso chiedere? Perché colpevole della creazione del cielo e della terra?

I: *traduce*

K (I): tramite la... le voci mi dicono che io sono il creatore del mondo e anch'io devo far faticare come le mie... le cose che ho creato e quindi venendo qui in Italia avrei sofferto di più e avrei capito che io sono veramente il creatore del mondo

DR. PENNATI: come ha fatto a capire questa cosa?

I: *traduce*

K (I): eh io... sono loro che mi dicevano, sono le voci che mi dicevano che io sono... infatti io a volte mi meraviglio di queste cose che mi dicono perché io l'intenzione del viaggio verso l'Italia era per trovare qualcosa per lavorare però quando... le cose che mi stanno accadendo neanche io riesco a capire

DR. PENNATI: ce lo può spiegare per piacere meglio questo punto? Cioè in che senso lui si sente... in che senso lui è convinto di essere il creatore? Dopo gli chiederò perché si sente colpevole

CTPy: se è convinto o sospetta insomma di essere colpevole...

I: *traduce*

K (I): io non sono convinto di quello che... di questa cosa però sono qui, sono così (23'38")

CTPy: ha mai provato a contrastare queste voci? A dire la sua opinione... cioè a dire cosa mi state dicendo io non credo a questa cosa... ?

I: *traduce*

K (I): io quando ero giù... diciamo quando ero in Ghana non ero tanto convinto di essere io il creatore del mondo però quando sono arrivata qui vedo le cose che mi accadono e mi sto convincendo anch'io piano piano che io sia il creatore

DR. PENNATI: e qual è la cosa che lo convince di più?

I: *traduce*

K (I): io continuo a ribadire che non ci credo e non sono neanche convinto di quello che mi dicono, però la cosa che mi meraviglia di tutto ciò è che loro mi parlano nella mia lingua materna, nella mia lingua madre

DR. PENNATI: gli chiedo se sa chi è Berlusconi

I: Berlusconi?

DR. PENNATI: sì

K (I): sì io l'ho sentito... il nome tramite la televisione ma non l'ho mai visto fisicamente

DR. PENNATI: ma sa chi è? Sa che persona è?

I: traduce

K (I): lui mi chiede... lui è presidente dell'Italia

PROF. SSA MERZAGORA: ho finalmente capito a cosa serve...

CTPy: no non capisco... come?

PROF. SSA MERZAGORA: no ne ho finalmente capito l'utilità

DR. PENNATI: gli chiedo se sa chi è Napolitano

I: traduce

K (I): anche lui ho sentito parlare... ho sentito parlare di lui ma non so chi è

CTPx: è ragionevole...

PROF. SSA MERZAGORA: la Santanchè lasciamo perdere...

[breve digressione]

CTPx: ...no che sono questioni politiche... gli dica che stiamo ridendo della politica italiana

I: traduce

K (I): no non c'è nessun problema

DR. PENNATI: va bene, in quei giorni lì gli è successo qualche cosa che lo ha spaventato?

I: in quei giorni...?

DR. PENNATI: i tre o 4 giorni che dicevamo prima, scusi...

I: traduce

K (I): solamente io sentivo solamente queste voci

DR. PENNATI: ok

CTPx: gli ha già chiesto dove aveva dormito due notti prima e la notte stessa?

DR. PENNATI: la volta scorsa glielo avevamo chiesto... ha detto che dormiva in giro...

CTPx: sì in giro ma... dormiva appena gli veniva sonno sì... forse formulo una domanda precisa cioè... se ha camminato tutta la notte, la notte non quella precedente ma quella prima, oppure se ha dormito da qualche parte?

I: ma la notte prima

CTPx: due notti prima

I: ok, traduce

K (I): sì io due o tre giorni prima del... dell'accaduto ho sempre dormito fuori

CTPx: ma dove?

I: traduce

K (I): io camminavo quindi ovunque mi trovavo quando era sera dormivo

CTPx: in che zona di Milano?

I: traduce

K (I): io non conoscendo le zone di Milano, poi le voci mi giravano a chiedere di camminare e io ovunque mi trovavo dormivo...

CTPx: anche perché stava cercando qualcuno?

I: traduce

K (I): no no io non cercavo niente, io sapevo di camminare magari pensavo di andare da qualche parte, prendevo il treno però mi succedeva una cosa strana è come se le cose là... il treno girasse per tornare a Milano, io mi trovavo sempre... mi ritrovavo sempre a Milano

CTPx: ma a lui quelle voci gli dicevano di camminare perché avrebbe poi trovato qualcuno mi sembra di capire...

CTPy: sì ma c'è

PROF. SSA MERZAGORA: gli diceva dove mangiare e dove dormire

CTPy: sì

CTPx: gli diceva dove mangiare e dove dormire...

CTPy: che avrebbe trovato qualcuno che gliel'avrebbe detto

CTPx: esatto, che gli avrebbe detto dove mangiare e dove dormire, sì...

I: chiedo ancora o...?

CTPx: c'erano sempre queste voci che gli dicevano che avrebbe trovato qualcuno che gli avrebbe detto dove mangiare e dove dormire?

I: *traduce*

K (I): no non...loro mi chiedevano di camminare, sono io che mi mettevo in testa di magari andare da qualche parte però non riuscivo

CTPy: posso, posso chiedergli di non chiedergli di riscontrare quello che ha detto al Giudice? Cioè di fargli domande aperte perché secondo me potrebbe correre il rischio che se dice al Giudice hai detto che...lui ribadisca quello

DR. PENNATI: si è che è agli atti...volevo anche verificare un minimo di congruenza tra il narrato nel tempo e il narrato...si comunque si...volevo chiedere anche una domanda, fare una domanda, lui prima ha detto che si sentiva colpevole, io vorrei capire un po' di più che cosa significa colpevole per lui, aspetti, cioè per lui è una cosa, correggetemi, una cosa brutta avere creato...il creato?

CTPy: cioè colpevole o responsabile

I: *traduce*

K (I): sono loro che mi dicono che ho creato, ma io non ci credo

DR. PENNATI: ma allora in che senso è colpevole? C'è qualcosa di brutto?

I: *traduce*

K (I): loro mi dicono che quando cesserà queste voci io capirò che sono il creatore del mondo, quindi io non riesco a dirvi se è una cosa buona o una cosa cattiva

CTPy: il tono che sentiva di queste voci era un'accusa o un riconoscimento? Cioè queste voci dicevano tu sei ??? oppure sei colpevole (34'25")

I: *traduce*

K (I): no no loro mi fanno...diciamo sono contenti perché dicono che ho fatto una cosa buona (*Kabobo dice qualcosa*) anche quando io mi trovo da solo a dormire fuori capisco che sono in compagnia perché loro pensano che sia una cosa buona

DR. PENNATI: ok, scusi allora non so magari c'è un problema di traduzione tra responsabile e colpevole...?

I: *traduce*

K (I): no io, come si chiama, per la colpevolezza intendevo dire che loro mi dicevano che ho creato il mondo, ho creato le persone dentro però li sto facendo soffrire e quindi io soffrendo come loro avrei capito che la cosa che ho fatto non è buona, e io gli ho chiesto ma tu pensi che la sofferenza sia una cosa buona? E lui ha detto no

PROF. SSA MERZAGORA: potrebbe chiedere se le voci sono quegli spiriti Moati (37'31") che sono gli spiriti della tradizione?

I: *traduce*

K (I): no no io le voci sono di persone...non di questi spiritelli

CTPx: ma lui crede negli spiriti o no?

I: *traduce*

K (I): si si io credo l'esistenza degli spiriti

PROF. SSA MERZAGORA: e ha mai avuto l'esperienza dell'esistenza di questi spiriti?

I: *traduce*

K (I): allora lui dice si io credo che le mie...questi spiritelli insieme alle voci conoscano tutte le cose che succedono...succedono al mondo, insieme agli uomini bianchi italiani...eh qui volevo chiedere che cosa voleva...

DR. PENNATI: si glielo chieda...

I: *traduce*

K (I): lui dice che non intendeva dire solamente questi spiriti italiani ma tutti gli europei sono più bravi a riconoscere, oppure fanno le cose che succedono all'uomo del mondo e soprattutto quando uno decide un uomo...lui stava facendo l'esempio dicendo un uomo africano che per esempio va da una...un prete tradizionale, un prete feticcio, questi già sanno che questo proviene da un luogo di questo genere, cioè questi inteso come gli europei

DR. PENNATI: ma per lui gli europei sono persone positive o persone negative? Scusi, li vede come persone accoglienti o gli mettono paura?

I: ok, *traduce*

K (I): qui non ho capito bene che cosa nega ha voluto dire... perché diceva non è che pensa che siano... che gli europei siano cattivi, perché se hanno fatto questa cosa vuol dire che non è una cosa buona... infatti non ho capito che cosa...

DR. PENNATI: proviamo a richiedere allora... gli chiedo semplicemente se gli europei sono buoni o cattivi, poi vediamo...

I: *traduce*

K (I): allora io visto che sono qui e non lavoro dico che è meglio vivere in Africa perché io in Africa lavoravo e guadagnavo, quindi posso solamente dire questo

DR. PENNATI: però non ha risposto alla domanda, gli dica che deve rispondere alla domanda

I: *traduce*

K (I): io posso dire che in tutto il mondo gli europei sono diciamo... i primi in tutto quindi posso dire che sono brave persone

CTPx: ma possono anche fare del male queste brave persone?

I: *traduce*

K (I): eh io non posso dire nient'altro che chi prende cura delle persone non può fare del male

CTPx: sembra che gli spiriti... dice che chi... io avevo chiesto se queste persone, gli italiani e europei, possono anche... sono buoni lui aveva detto, fanno cose eh... ma possono anche fare del male io gli avevo chiesto... possono anche far del male no lui ha detto le persone che si prendono cura non possono fare del male

I: non possono fare del male

CTPx: non so se posso chiedere allora se gli spiriti dei ??? (44'08") e gli europei... sono cose buone... o anche possono essere cattive?

DR. PENNATI: si puoi chiedere tutto però in modo che lo capisca

CTPx: è infatti, difficile... cioè mi spiego gli ??? (44'27") e gli europei sono tutti uguali?

I: queste tre cose...

CTPx: cioè queste tre cose sono tutti uguali o diciamo ce n'è uno più buono, uno più cattivo?

I: ok, *traduce*

K (I): allora io posso solamente dire che gli europei loro fanno bene chi sono questi spiritelli... questi spiriti, quindi sono solo loro... sono solo loro che riescono a riconoscere questi spiriti

DR. PENNATI: perché in qualche micro sottocultura africana c'è la lettura ??? (45'45") che in alcuni casi i bianchi sono dei demoni... è corretto? (*l'interprete comincia a tradurre*) No dico stavo parlando anche con i colleghi che... in qualche cultura regionale africana c'è la tradizione che per alcuni i bianchi sono dei diavoli

I: si

DR. PENNATI: è giusto?

I: è giusto, confermo

DR. PENNATI: non so se siete d'accordo per fargli questa domanda...

I: *traduce*

K (I): io non mi sento di far parte di queste persone perché credo che chiunque dica questa cosa ehm... vive in una situazione... una situazione di degrado

CTPx: cioè è una persona ignorante che dice questo?

I: allora io posso chiedere però secondo me... intendeva dire chi...

CTPx: chi è povero

I: in povertà, però se volete glielo chiedo

CTPx: no

DR. PENNATI: glielo abbiamo già chiesto però io glielo voglio richiedere, gli dica di rispondermi guardando me in faccia... mi deve dire se negli ultimi giorni, prima dell'aggressione, nei due o tre giorni ha bevuto tanto o ha usato droghe e mi deve rispondere...

CTPy: o non ha bevuto...

DR. PENNATI: eh?

CTPy: o non ha bevuto per niente

DR. PENNATI: o non ha bevuto... e mi deve rispondere guardandomi

I: ok, *traduce*

K (I): (*Kabobo comincia a parlare*)

DR. PENNATI: look at me

K (I): (*Kabobo continua a parlare*)

DR. PENNATI: look at me please

K (I): io non prendevo le droghe però qualche volta mi capitava di bere qualche alcol perché quando chiedevo l'elemosina e mi davano un po' di soldi io andavo a comprare un po' di...alcol

DR. PENNATI: gli chiedo perché beveva alcol dato che è musulmano?

I: traduce

K (I): perché io ho detto che quando sono arrivata...arrivato in Libia ho smesso di frequentare...la chiesa musulmana

DR. PENNATI: però ci aveva detto che poi quando era a Bari aveva frequentato un po'...comunque non è importante, l'importante è che venga registrato

I: chiedo?

DR. PENNATI: no no

CTPx: che alcol beveva?

DR. PENNATI: eh?

CTPx: che alcol beveva?

I: traduce

K (I): ehm la birra, 8,5 ha detto anche il volume e...bevevo anche il vino

DR. PENNATI: ok, ho un'ultima domanda...quando è stato arrestato lui vestiva bene, aveva delle scarpe di Prada

I: di Prada?

DR. PENNATI: sì, questo c'è nei verbali...dov'è che se le era procurate? Lui ci ha già dato una risposta però lo voglio risentire...gli dica di rispondermi guardandomi per favore

I: traduce

K (I): quando ero a Bari c'erano delle persone che andavano (*Kabobo dice qualcosa*) Foggia, quando ero a Foggia c'erano delle persone che andavano a guardare nelle spazzature e prendevano questi...le cose che trovavano (*l'interprete dice qualcosa*) quindi quando queste persone portavano queste cose li vendevano e io li ho comprate

DR. PENNATI: ma aveva una valigia dove teneva questi vestiti?

I: traduce

K (I): sì

DR. PENNATI: ok e dove metteva questa valigia?

I: traduce

K (I): la borsa l'ho lasciata in Svizzera

DR. PENNATI: ok, quindi lui non ha mai cambiato vestiti da quando è tornato dalla Svizzera?

I: traduce

K (I): no

CTPx: come facevano ad essere puliti i vestiti? Perché era passato un mese almeno, no? Forse di più...

CTPy: 10 giorni aveva detto

CTPx: 10 giorni?

CTPy: mi ricordo 10 giorni dalla Svizzera

CTPx: dalla Svizzera 10 giorni?

CTPy: lui l'ha detto poi non so...

DR. PENNATI: sì

CTPx: ci può stare...e con tutto il giro dei treni e tutto...dormiva per terra...beh qui a Milano non ha mai preso vestiti dai cassonetti o da altre parti?

I: traduce

K (I): no

CTPx: no

DR. PENNATI: non ha mai ucciso delle persone, non ha mai ucciso animali in passato?

I: traduce

K (I): vuole sapere gli animali domestici o quelli...

CTPy: selvatici

I: selvatici

DR. PENNATI: beh se ci racconta qualcosa...

I: traduce

K (I): sì animali domestici sì

DR. PENNATI: quali?

I: *traduce*

K (I): eh la capra e il boga... inteso come il maiale

DR. PENNATI: e come faceva a ucciderli?

I: *traduce*

K (I): io e il mio amico andavamo a prendere l'animale come il maiale e capra, li uccidevamo e poi li vendevamo

DR. PENNATI: si ma come venivano uccisi?

I: *traduce*

K (I): si noi andavamo a prenderli il...come si chiama, mettevamo le catene legavamo questi animali e poi con un coltello tagliavamo la gola

DR. PENNATI: ok, gli dica che si fa anche qui, cioè non...gli dica che è normale...

I: *traduce*

K (I): ok

DR. PENNATI: facciamo un break

CTPx: facciamo un break, si...però gli era stato chiesto alcol o droghe, lui ha risposto scusate?

PROF. SSA MERZAGORA: alcol ma ha detto no droghe

CTPx: alcol ha detto beveva birra e vino

CTPy: birra e vino

CTPx: volevo chiedergli se lui pensa che l'hashish è una droga?

I: *traduce*

K (I): si io non ha risposto...però ha detto che quando era libero, era in libertà, capitava di prendere l'hashish però queste voci dicevano che non andava bene e quindi ha smesso quando è andato in Svizzera

CTPx: ma succedeva anche tutti i giorni che prendeva l'hashish quando era ??? (56'31")

I: *traduce*

K (I): si io prendevo sempre quando ero a Bari, quando non lo prendevo era perché non avevo soldi per comprare

CTPx: e con altri lo fumava oppure da solo?

I: *traduce*

K (I): ok, si capitava anche di fumare in compagnia di altri, altre persone che sono venuti prima di me perché a volte erano loro a comprare e per poi darli a me perché io non avevo soldi

DR. PENNATI: scusi chiedo di fargli un'ultima domanda veloce... gli chiedo per piacere se il suo nome Adam, che credo sia anche per la cultura musulmana il primo uomo, c'entra qualche cosa con il fatto che lui è il creatore

I: *traduce*

K (I): no perché la...queste voci secondo me...quello che dicono non ha niente a che fare con la mia religione

DR. PENNATI: ma lui sa chi è Adamo nella sua religione?

I: *traduce*

K (I): si si io so chi è

DR. PENNATI: chi è?

I: *traduce*

K (I): è una persona

DR. PENNATI: eh ma quale? Cosa ha fatto Adamo?

I: *traduce*

K (I): come io vi ho già detto né mio padre né mia madre erano musulmani e vi ho anche detto che quando mi sono convertito alla...quando sono diventato musulmano, sono diventato solamente per poco tempo: per poi riconvertirmi quindi non ve lo so dire chi è...

DR. PENNATI: quindi lui non sa chi è Adamo?

I: *traduce*

K (I): no

DR. PENNATI: ok

CTPx: no scusa legato a questo Mada...cioè Adam chi gliel'ha dato la mamma? Il papà? Qualcuno questo nome?

I: *traduce*

K (I): è un signore musulmano che mi ha dato questo nome

CTPy: ma quindi quando si è convertito gli hanno dato il nome Adam? E quindi qual è il suo nome di origine?

I: *traduce*

K (I): il mio primo nome era Gives (1:01''07'')

DR. PENNATI: ce lo scrive per favore?

CTPx: Givei e poi Mada

I: *traduce*

K (I): io non posso scrivere

CTPy: non sa scrivere

CTPx: e Mada?

DR. PENNATI: ce lo scrive lei signora per favore?

CTPx: e Mada da dove viene?

[breve digressione]

DR. PENNATI: va bene così?

I: Gifes (1:01':20'')

CTPy: Gives

I: Gives, Gives

DR. PENNATI: ok

I: si

CTPx: forse conviene fare il break e poi dopo riprendiamo su questi temi...

DR. PENNATI: si

CTPx: che sono importanti credo...ma Givei, Mada, Adam e perché gliel'ha dati? Ma magari dopo...

DR. PENNATI: eh poi vediamo perché...

CTPx: vediamo...volete chiedere adesso?

DR. PENNATI: eh?

CTPx: ma Mada diciamo, da dove viene Mada?

I: *traduce*

K (I): cos'è Mada?

PROF. SSA MERZAGORA: non lo conosce...

CTPx: ah...

[breve digressione]

CTPx: quindi Givei e poi Adam

I: *traduce*

CTPx: e Givei cosa vuol dire?

I: *traduce*

K (I): io come vi ho detto non avendo studiato non ve lo so dire il significato però credo sia un nome cristiano...

CTPx: ok, e il fratello Santu aveva un nome cristiano... sì... ma chi gliel'ha dato il nome Givei?

I: *traduce*

K (I): io da quando io continuo a riconoscere le cose ho sempre sentire... mi son sempre sentito chiamare Gives...

DR. PENNATI: ok

CTPx: ma questo lo chiedo a lei, nella sua regione il cognome o il nome... Kabobo ad esempio è il nome del papà o della mamma... diciamo la linearità è femminile o maschile?

I: è del papà

CTPx: è del papà, quindi Kabobo è del papà

I: si

CTPx: ok e il nome lo dà la mamma o il papà?

I: e il nome non ha... non c'entra niente, può non c'entrare niente

CTPx: non c'entra niente, dipende poi... non si dà subito ma dopo qualche giorno per vedere un po' com'è il bambino...

I: si

CTPx: va bene

PROF. SSA MERZAGORA: è l'anagramma di Gesù...

DR. PENNATI: facciamo time-out

[pausa]

DR. PENNATI: ci siamo?

PROF. SSA MERZAGORA: mmmh

DR. PENNATI: ok, gli dica per favore di raccontarci quello che ha fatto dalla prima aggressione

I: dalla?

DR. PENNATI: dalla prima aggressione

I: *traduce*

K (I): allora io mi ricordo che nella prima aggressione non... ho tolto delle monete e delle chiavi dalla sua tasca

DR. PENNATI: che cosa ha usato nella prima aggressione? Che arma ha usato?

I: *traduce*

K (I): ho usato un attrezzo che si usa di solito per scavare la terra

DR. PENNATI: gli dica se si ricorda se ha usato altri attrezzi, altre armi?

I: *traduce*

K (I): solo quello

DR. PENNATI: perché ha rubato?

I: *traduce*

K (I): cosa?

DR. PENNATI: ha detto che ha preso i soldi...

I: *traduce*

K (I): si ho preso delle monete però poi quando i carabinieri mi hanno preso me le hanno sequestrate

DR. PENNATI: gli dica che ricominciamo tutto...

I: *traduce*

DR. PENNATI: allora lui ha colpito una persona e gli ha preso i soldi...

I: *traduce*

K (I): si

DR. PENNATI: perché ha preso i soldi?

I: *traduce*

K (I): io quando l'ho colpito e poi è caduto ho preso questi soldi perché nella mia mente ho pensato se mi dovessero prendere mi chiederanno perché ho fatto questa cosa allora io andrò...ehm gli avrei potuto dire qualcosa

DR. PENNATI: ok, allora perché ha colpito quella persona visto che ci dice che non lo ha fatto per soldi?

I: *traduce*

K (I): eh io perché io queste voci mi dicevano che...lui dice lo sai che in Africa c'è la parte nord e la parte centrale, che è la zona dove vivo io, e di solito si usa lottare per il terreno io...mi dicono che sono io quello che ho creato e la...questi terreni e poi quando parlava io non ci vedevo più niente e allora l'ho colpito

DR. PENNATI: dove è avvenuta la prima aggressione?

I: *traduce*

K (I): qui

DR. PENNATI: si però...gli dica...lui è accusato di 6 aggressioni...

I: *traduce*

K (I): lui dice ma mi state facendo una domanda o un'affermazione?

DR. PENNATI: no gli dica lui è accusato di 6 aggressioni, la prima aggressione dove si ricorda che è avvenuta?

I: *traduce*

K (I): no io mi ricordo solo di aver colpito 4 persone

DR. PENNATI: ho capito e la prima dove è avvenuta allora? Che lui ricordi...

I: *traduce*

K (I): io so che è successo in questo paese ma non so in che zona

DR. PENNATI: gli dica di descriverci la prima aggressione che lui ricorda, cioè come ha fatto a colpire la persona...se l'ha colpita dal davanti, dal di dietro, di lato...gli dica di raccontarci bene quello che è successo

I: *traduce*

K (I): da dietro

DR. PENNATI: dove era nascosto?

I: dove era nascosto?

DR. PENNATI: si era nascosto per colpirlo da dietro?

I: *traduce*

K (I): no no io l'ho affrontato fisicamente

DR. PENNATI: e come ha fatto a colpirlo da dietro?

I: *traduce*

K (I): perché io...io venivo da dietro

CTPx: perché proprio quella? Ah scusa, vai vai...

DR. PENNATI: che arma ha usato in quell'occasione lì?

I: *traduce*

K (I): un metallo

DR. PENNATI: di che colore?

I: *traduce*

K (I): bianco

DR. PENNATI: glielo richiedo...perché ha aggredito quella persona dato che non abbiamo capito bene il motivo che lui ci ha descritto

I: *traduce*

K (I): allora lui precisa e dice no io non è che non sapevo perché ho colpito quella persona, io ho detto che avendo visto e sentito che in Africa si sta litigando per i terreni ehm...tra la popolazione del nord e del sud e essendo io il creatore di questi terreni io stesso sto soffrendo allora io non capivo il motivo e per rabbia ho preso e ho colpito questa persona

DR. PENNATI: ma cosa c'entrava quella persona con la sua rabbia?

I: *traduce*

K (I): eh perché mi dispiaceva visto che sono io il creatore e poi io dormivo in mezzo alla strada, avevo freddo, non avevo da mangiare...tutti questi problemi li ho accumulati e mi hanno condotto a fare quello che ho fatto

DR. PENNATI: lui...gli dica che non ci deve dare un'interpretazione

I: *traduce*

DR. PENNATI: quella la facciamo noi...

I: *traduce*

DR. PENNATI: gli dica che lui ci deve dire quello che ricorda

I: *traduce*

K (I): ok

DR. PENNATI: ricominciamo

I: *traduce*

DR. PENNATI: allora, perché ha scelto quella persona lì?

I: *traduce*

K (I): perché è la prima persona che ho incontrato

DR. PENNATI: ok e che cosa ha provato quando l'ha vista per terra?

I: *traduce*

K (I): perché io quando ho visto quella scena lì mi è dispiaciuto tanto però nella mia mente sentivo che queste voci parlavano la stessa lingua di quella persona e...pur sapendo di aver fatto una cosa sbagliata l'ho fatta

DR. PENNATI: gli chieda perché allora non ha chiesto aiuto, perché non ha chiamato la polizia visto che si è reso conto di aver fatto una cosa sbagliata

I: *traduce*

K (I): come faccio a chiamare una pers...la polizia se non ho neanche il telefonino con me?

DR. PENNATI: poteva chiedere aiuto a qualcuno

I: *traduce*

K (I): ma se quando io parlo con delle persone non mi danno neanche retta...

DR. PENNATI: che cosa pensa lui di quello che ha fatto a quella persona?

I: *traduce*

K (I): infatti io ho detto che so che la cosa che ho fatto non va bene

DR. PENNATI: se fosse capitato a lui di venire aggredito che cosa avrebbe fatto?

I: *traduce*

K (I): io non farò altro che ringraziare Dio

PROF. SSA MERZAGORA: posso chiedere...

DR. PENNATI: prego

PROF. SSA MERZAGORA: vorrei chiedere se è la stessa cosa che ha fatto suo fratello

I: traduce

K (I): nooo è una cosa diversa perché io so che mio fratello eh... ha preso la... un macete e voleva uccidere mia mamma ma io ho colpito questa persona, comunque non è la stessa cosa, lui ha parlato che non è la stessa cosa

PROF. SSA MERZAGORA: non è la stessa cosa perché non era la mamma?

I: traduce

K (I): allora io riconosco che quello che ha fatto mio fratello è dettato da un... un problema... sì, dice perché lui si spogliava anche in mezzo alla gente, io non ho fatto tutto ciò

CTPx: io non ho capito perché ringrazia Dio se lui venisse aggredito...

I: traduce

K (I): perché io... sto facendo troppa fatica

DR. PENNATI: in questo momento sta facendo fatica?

I: traduce

K (I): lui dice io ho sofferto il freddo e in più sentivo queste voci che mi facevano male allora per me era meglio se qualcuno mi faceva trovare in quella situazione...

PROF. SSA MERZAGORA: cioè era meglio se lo aggredivano?

CTPx: voleva essere... fermato?

I: traduce

K (I): sì, così finiva tutto

CTPy: volevo sapere come... ci ha parlato di rabbia... come rapporta la sua rabbia a quel momento lì?

I: che momento?

CTPy: il momento dell'aggressione

I: traduce

K (I): sì io quando mi arrabbio so che... continuo a tremare e poi devo fare qualcosa

PROF. SSA MERZAGORA: quando è successo... questo di arrabbiarsi, tremare e fare qualcosa... altre volte?

I: traduce

K (I): no no è la prima volta che mi è accaduto... è la prima volta con questo... questa situazione

CTPy: come ci spiega il fatto... ci ha raccontato che ha aggredito perché era confuso, le voci, la rabbia e tutto insieme... e come mai poi immediatamente ha recuperato e ha deciso di prendere il soldi perché se l'avessero fermato i carabinieri... era confuso, non era confuso? E' tornato subito lucido?

I: traduce

K (I): no

CTPy: no cosa?

I: perché lei chiedeva se lo stato confusionale c'era anche quando ha estratto i soldi dalla tasca della persona... lui dice no ce l'avevo ancora la rabbia

CTPz: la rabbia?

CTPy: sì ma la confusione... cioè lui ha detto una cosa, prima c'avevo un sacco di stimoli per cui ho colpito e non capivo...

DR. PENNATI: forse se gli chiedi se sa cosa stava facendo... perché magari confusione... no, forse è un problema di traduzione

I: traduco quello che stava facendo? È questa la domanda?

CTPy: sì

I: ok, traduce

K (I): sì io sapevo che andavo a far del male a questa persona

CTPx: e come faceva a saperlo?

I: traduce

K (I): lui dice che è perché io so che stavo litigando per questo terreno, per questo che poi io sono andato a fare quello... quello che ho fatto... risponde...

CTPy: questo pensiero di questi conflitti da quanto tempo l'aveva in testa? Si era alzato così? Era tutta la notte che ci pensava? È stata una roba improvvisa?

I: traduce

K (I): da tanto tempo

DR. PENNATI: possiamo procedere?
CTPy: certo, si si vai...
DR. PENNATI: questa è stata la prima...
I: *traduce*
DR. PENNATI: ci vuole raccontare le altre per favore?
I: *traduce*
K (I): lui dice sì, io ho colpito per primo questa persona poi dopo il secondo che ho incontrato l'ho colpito...oppure che cosa volete intendere?
DR. PENNATI: dov'era? Dov'è successa la seconda aggressione?
I: *traduce*
K (I): eh in un caffè bar
DR. PENNATI: che cosa ha fatto?
I: *traduce*
K (I): io stavo prendendo il tabacco... non so se intende la sigaretta...
DR. PENNATI: no come ha aggredito la persona, se lo ricorda?
I: *traduce*
K (I): come ho fatto con la prima
DR. PENNATI: ce lo racconta ancora per piacere?
I: *traduce*
K (I): eh io ribadisco che sentivo le voci sulla lotta tra la popolazione per i terreni
DR. PENNATI: questo ci è già...però vogliamo capire come lui ha aggredito questa persona... dal davanti, dal di dietro? Quante volte l'ha colpita? Se se lo ricorda...
I: *traduce*
K (I): due volte davanti
DR. PENNATI: ha preso dei soldi anche in questa occasione?
I: *traduce*
K (I): il telefonino
DR. PENNATI: ok, e quando ha visto il corpo a terra che cosa ha fatto?
I: *traduce*
K (I): non ho fatto niente
DR. PENNATI: è andato via? E' rimasto lì?
I: *traduce*
K (I): sono andato via
CTPx: non capisco perché era andato al bar...
CTPy: ma è successo davanti a un bar
CTPx: davanti al bar che era aperto questo bar o era chiuso?
PROF. SSA MERZAGORA: lo stavano aprendo...
DR. PENNATI: il bar era aperto
I: cosa faccio chiedo?
CTPx: perché è andato al bar?
DR. PENNATI: ma lui non è entrato nel bar eh
CTPx: no chiedo perché è andato verso il bar...
I: *traduce*
K (I): sì io stavo passando
CTPx: ok...no c'era questa cosa del tabacco che non capivo...sì lui ha detto ha parlato di tabacco?
I: sì ha detto che prendeva...cioè chiedo però...
K (I): sì perché tu mi hai chiesto cosa facevo e io ti ho detto che stavo fumando
PROF. SSA MERZAGORA: ah stava fumando
CTPx: ah fumando lui...
DR. PENNATI: gli chieda se ha parlato con questa persona che ha colpito
I: *traduce*
K (I): no
DR. PENNATI: gli chieda adesso di raccontarci dell'aggressione all'ultima vittima
I: *traduce*
K (I): anche con...con quella persona è successa la stessa cosa
DR. PENNATI: come l'ha aggredita? Dal davanti, dal di dietro, dai lati?

I: *traduce*
K (I): di fianco
DR. PENNATI: e dove l'ha colpita?
K (I): (*Kabobo dice qualcosa*) ho colpito la testa però ero a fianco a lui
DR. PENNATI: quante volte si ricorda di averla colpita questa persona?
I: *traduce*
K (I): no
DR. PENNATI: come no?
PROF. SSA MERZAGORA: no non ricorda quante volte
DR. PENNATI: non ricorda?
I: *traduce*
K (I): no
DR. PENNATI: ha preso dei soldi anche questa volta?
I: *traduce*
K (I): anche da lui ho preso il telefonino
PROF. SSA MERZAGORA: posso?
DR. PENNATI: si si
PROF. SSA MERZAGORA: chiedo se queste persone si ricorda se erano giovani, vecchi...
I: *traduce*
K (I): mi ricordo che l'ultimo, il terzo era giovane ma tutti gli altri erano vecchi
PROF. SSA MERZAGORA: ricorda che c'era anche il padre di questo ragazzo?
I: *traduce*
K (I): no, solo lui
PROF. SSA MERZAGORA: era vicino mi sembra?
CTPx: si era vicino...
CTPy: no è arrivato dopo
PROF. SSA MERZAGORA: è arrivato dopo...
CTPx: volevo chiedergli perché non ha rubato i soldi anche a questa persona?
I: *traduce*
K (I): perché io tremavo tutto quindi io quello che ho potuto avvertire ho preso
CTPy: si è allontanato dopo aver colpito o è scappato di corsa?
I: di questo?
CTPy: no di tutti e tre
I: *traduce*
K (I): no io non ho mai scappato, ho sempre camminato
PROF. SSA MERZAGORA: ha visto altre persone?
I: *traduce*
K (I): eh si c'erano delle persone, ma anche le voci mi dicevano...anzi queste persone mi dicevano che finalmente ho preso la briga di fare qualcosa, perché questa cosa dovevo farla già da molto tempo
PROF. SSA MERZAGORA: glielo dicevano le voci...le voci questo?
I: *traduce*
K (I): si
PROF. SSA MERZAGORA: ecco se c'erano tante persone perché proprio quelli?
I: *traduce*
K (I): no io quando dico che c'erano persone intendo le voci, le persone delle voci (*Kabobo dice qualcosa*) io vedevo solamente le persone che magari erano in macchina che passavano...li non c'era nessuno
PROF. SSA MERZAGORA: quindi non importava se erano uomini o donne?
I: *traduce*
K (I): ma cosa intende per la voce o per le persone?
PROF. SSA MERZAGORA: se avesse trovato una donna da colpire l'avrebbe colpita?
I: *traduce*
K (I): se fossero state donne no
PROF. SSA MERZAGORA: perché?
I: *traduce*
K (I): perché queste voci mi dicevano che le...queste cose le donne non c'entravano

PROF. SSA MERZAGORA: io cioè, come avrete capito, scusate io volevo cercare di capire se c'è una scelta in queste vittime... l'avrete capito... il problema vi chiedo di aiutarmi a formulare le domande perché più di così non riesco... a semplificarle, non so come dire...

CTPy: certo... cioè la voce gli ha detto colpisci questo o colpisci la persona che incontri?

I: *traduce*

K (I): tutti quelli che... che poteva incontrare (1:56'17")

CTPy: per ottenere che cosa? Per fare che cosa a queste persone?

I: non ho capito bene

CTPy: cioè per ucciderle?

I: *traduce*

K (I): eh io mi ricordo che mi dicevano di colpirli però loro mi dicevano anche che facevo bene anche a colpirli fino alla morte

CTPx: ma i primi li ha colpiti senza uccidere, gli altri li ha colpiti e li ha uccisi... perché?

I: *traduce*

K (I): io questo non... non lo so

CTPy: prima quando ci ha raccontato della prima vittima ha detto che era dispiaciuto nel vederlo a terra...

I: *traduce*

K (I): io posso dire che lo stesso sentimento che ho provato per la prima vittima ho provato anche per gli altri

CTPy: allora il dottore prima gli ha detto, ma se eri dispiaciuto perché non hai chiamato e lui ha risposto non avevo il cellulare... però...

I: *traduce*

K (I): e la stessa cosa...

CTPy: eh ma poi il cellulare ce l'aveva, poi il cellulare l'ha recuperato

I: *traduce*

K (I): io il telefono l'ho estratto solamente per il dopo, perché se le persone mi dovessero chiedere perché oppure che cosa aveva la persona in tasca avrei dovuto...

CTPx: ma se non l'avessero fermato sarebbe andato avanti a colpire?

I: *traduce*

K (I): avrei smesso

CTPx: cioè gli bastava aver ucciso...

K (I): *(Kabobo dice qualcosa)*

DR. PENNATI: aspetta...

K (I): *(Kabobo continua a parlare e parla con l'interprete)* io posso solamente dirvi che a prova di quello che vi dicevo che avrei smesso io dopo aver colpito l'ultima vittima ho lasciato l'attrezzo da qualche parte e sono camminato verso il punto dove poi la polizia mi ha preso

PROF. SSA MERZAGORA: posso chiedere? Se pensa che, siccome lui è il creatore, in Italia lo abbiano trattato male

I: *traduce*

K (I): in che modo mi hanno trattato...?

PROF. SSA MERZAGORA: per esempio nessuno mi dava retta ci ha detto...

I: *traduce*

K (I): io in quel caso credo che non... non sono stato trattato bene da loro

CTPx: da loro chi?

I: *traduce*

K (I): lui risponde e dice ma chi allora lei mi chiede se fosse stato tratto bene o male?

CTPx: cioè diciamo... cioè in genere tutte le persone che vedeva a Milano non gli davano retta e lo trattavano male oppure qualche cosa è successo che l'hanno trattato male in particolare?

I: *traduce*

K (I): chiunque incontravo

CTPx: ma io volevo chiedere, in queste... perché tre e non 4 e non uno? Cioè diciamo quelli che ha proprio ucciso...

DR. PENNATI: le persone sono 6...

CTPx: si infatti... va beh diciamo perché

DR. PENNATI: bisogna essere precisi però...

CTPx: perché si è fermato?

I: perché?

CTPx: perché si è fermato dopo l'ultima vittima, dopo quella che è stata l'ultima...perché ha buttato via il piccone?

I: *traduce*

K (I): perché io mi sono reso conto che quello che ho fatto non l'ho fatto io (2:03'17")

DR. PENNATI: ok, gli chiedo se si ricorda dove ha messo il piccone e come lo ha messo

I: *traduce*

K (I): si mi ricordo

DR. PENNATI: ce lo può dire?

I: *traduce*

K (I): io l'ho appoggiato...c'era un giardino e l'ho appoggiato vicino al giardino

DR. PENNATI: l'ha semplicemente appoggiato o l'ha nascosto?

I: *traduce*

K (I): quando la polizia mi ha beccato l'hanno portato...insieme a me hanno portato anche la...il piccone

DR. PENNATI: si però non mi ha risposto, io ho bisogno di capire se lui l'ha semplicemente appoggiato o lo ha nascosto

I: *traduce*

K (I): no no io l'ho solamente appoggiato e sono andato

DR. PENNATI: ok, dopo che ha appoggiato il piccone che cosa ha fatto?

I: *traduce*

K (I): sono andato via

DR. PENNATI: ok, gli chiedo se tra una aggressione e l'altra, non ci interessa quando, ma se era riuscito a mangiare o a bere qualcosa

I: *traduce*

K (I): eh dopo aver colpito la prima vittima sono andato a riposare in un giardino vicino e dopodiché ho continuato

DR. PENNATI: ma ha mangiato e ha bevuto oppure no?

I: *traduce*

K (I): non ho fatto niente

DR. PENNATI: ok

PROF. SSA MERZAGORA: scusa io vorrei anche capire la differenza tra quelle che lui non ha ucciso...

CTPx: si anch'io...

PROF. SSA MERZAGORA: la chiedo io...prima di avere ucciso, ha tentato di aggredire delle persone...ci racconti

I: *traduce*

K (I): eh infatti io come vi ho...cioè ribadisco che la prima vittima l'ho affrontato da dietro

PROF. SSA MERZAGORA: no, no...quelli ancora prima che non sono stati uccisi...

I: *traduce* cioè lei vuole sapere se i primi...

PROF. SSA MERZAGORA: quelli che non ha ucciso...ha inseguito...c'era un uomo con un cane, lui l'ha inseguito con la sbarra, è vero? Ci racconti?

I: con la sbarra?

PROF. SSA MERZAGORA: si, con una sbarra

I: *traduce*

K (I): io non mi ricordo...nessuno di...delle mie vittime aveva un cane

CTPx: eh beh si perché quello con il cane era là...poi si è messo a...abbaiare (2:08'25")

CTPy: cioè lui si ricorda di altre persone che non sono cadute a terra?

I: *traduce*

K (I): si mi ricordo uno in particolare perché mi ricordo che l'ho colpito alla mano

PROF. SSA MERZAGORA: perché non ha colpito ancora questo?

I: *traduce*

K (I): perché lui è scappato

PROF. SSA MERZAGORA: e le voci cosa le hanno detto quando è scappato?

I: *traduce*

K (I): lui dice... perché io queste voci mi dicevano che la popolazione africana, la parte del nord anche loro stavano uccidendo le persone a picconi quindi mi sono sentito anch'io di fare la stessa cosa

PROF. SSA MERZAGORA: ma non aveva un piccone prima con le altre... le prime persone

I: traduce

K (I): sì il primo ho usato la... il metallo, il metallo

DR. PENNATI: e perché poi ha scelto di usare un'altra arma?

I: traduce

K (I): perché il metallo pesava e non riuscivo a tenerlo come... a tenerlo bene

DR. PENNATI: quindi ha scelto il piccone perché era meglio? Era più funzionale?

I: traduce

K (I): sì

DR. PENNATI: ok

CTPx: ma... sì no scusa...

DR. PENNATI: prego, no

CTPx: volevo solo chiedere...

DR. PENNATI: aspetta no prima concludiamo un attimino con la domanda...

CTPx: no la domanda era... vedeva sul fatto perché lui non si meravigliasse del fatto che non veniva fermato, non so qualche cosa di questo genere... cioè perché è durato tutto due ore e mezzo...

DR. PENNATI: sì, io adesso pensavo di introdurre un attimino le domande relative alle quali bisogna chiudere... eccetera...

CTPx: che bisogna?

DR. PENNATI: ??? (2:12'15")

CTPx: no no, va bene va bene

DR. PENNATI: gli chieda per piacere i ricordi che lui ha di quella mattina come sono adesso? Sono ricordi a colori o in bianco e nero?

I: traduce

K (I): allora lui ha risposto... io stavo cercando di semplificare la domanda chiedendo ma nelle immagini che hai visto oppure le cose che hai fatto ti ricordi come una cosa che è successa tanto tempo fa oppure come una cosa più recente e lui mi dice io ho visto... le persone a cui ho fatto male erano tutti bianchi

DR. PENNATI: ecco però gli deve chiedere se quella mattina vedeva a colori o in bianco e nero

I: traduce

K (I): no io vedevo molto chiaramente le cose

DR. PENNATI: ok, sentiva bene i rumori della strada?

I: traduce

K (I): ma nella mente dice?

DR. PENNATI: non le voci... no se sentiva i rumori delle macchine, i rumori che c'erano in giro...

I: traduce

K (I): sì passavano le macchine ma non tante macchine

DR. PENNATI: ma i rumori li sentiva normalmente o li sentiva più forti? Più lontani?

I: traduce

K (I): a volte io passavo... la macchina mi passava proprio vicino però non... non capivo

DR. PENNATI: ok, in quella mattina vedeva tutto normalmente o gli sembrava di vedere le cose più veloci? Oppure più lente?

I: traduce

K (I): quella mattina lì non c'era tanta gente di cui mi accadeva... come accadeva di solito

CTPx: lui camminava in mezzo alla strada o sul marciapiede?

I: traduce

K (I): sul marciapiede

CTPx: sul marciapiede... posso chiedergli allora se... non si meravigliava che la gente non reagisse, non gli saltasse addosso, non lo fermasse?

I: traduce

K (I): sì per me era una... era una cosa strana perché nessuno mi fermava tanto è vero che io ho capito che quello che facevo non era... non era una bella cosa quindi ho smesso

DR. PENNATI: ok, gli chiedo di raccontarci quando la polizia o i carabinieri l'hanno fermato che cosa è successo

I: traduce

K (I): quando mi hanno preso mi hanno messo per terra e mi hanno messo la...come si chiama?

DR. PENNATI: le manette?

I: si le manette

DR. PENNATI: ma lui è scappato quando li ha visti?

I: traduce

K (I): sì quando mi hanno...perché hanno iniziato ad inseguirmi e io ho corso

DR. PENNATI: e perché è scappato?

I: traduce

K (I): perché hanno estratto la pistola e io appena ho visto la pistola sono scappato

DR. PENNATI: perché non si è consegnato ai carabinieri visto che lui prima ci ha detto che se qualcuno lo fermava sarebbe stato contento?

I: traduce

K (I): perché mi era capitato di trovarmi...di trovare la polizia e magari avvicinarmi a loro ma loro non mi davano retta, è capitato infatti una volta che io...mi fermassero e io ho preso e gli ho fatto vedere i documenti che avevo in tasca e loro mi hanno lasciato andare

DR. PENNATI: però non ha risposto perché è scappato...lui ci deve dire bene perché non si è consegnato e perché è scappato...glielo chieda ancora

I: traduce

K (I): sì perché precedentemente io camminavo per la strada e di solito quando uno non sa dove andare va dalla polizia a consegnarsi, io sono andato varie volte da loro ma loro non mi hanno mai preso sul serio quindi non ho neanche ritenuto giusto andare da loro questa volta

DR. PENNATI: quindi lui è scappato solo perché ha visto la pistola?

I: traduce

K (I): sì

PROF. SSA MERZAGORA: posso chiedere? Adesso cosa pensa che le capiterà?

I: traduce

K (I): io pensavo mi sparassero

CTPx: ma le volte che lui andava dalla polizia gli sembrava che era cattivo lui e che dovesse essere fermato? Perché dice che sono stato tante volte dalla polizia e non mi hanno mai preso?

I: traduce

K (I): no io sono andato lì perché non sapevo dove andare e quindi io mi sono consegnato così

PROF. SSA MERZAGORA: io però volevo sapere adesso cosa pensa che gli capiterà...

I: traduce

PROF. SSA MERZAGORA: da adesso in poi

I: traduce

K (I): io non so cosa mi succederà

PROF. SSA MERZAGORA: ha qualche idea o qualche desiderio?

I: traduce

K (I): io non posso dirlo, non so cosa potrebbero fare

CTPx: no io volevo sapere, aveva mangiato la notte o il giorno prima?

I: traduce

K (I): sì ho mangiato

CTPx: e l'ultima volta che ha mangiato quando è stato?

I: traduce

K (I): quella mattina ho mangiato

CTPx: ma la sera e il pomeriggio aveva mangiato e che cosa aveva mangiato?

I: la sera prima?

CTPx: sì

I: traduce

K (I): solo la sera ho mangiato

CTPx: e che cosa aveva mangiato?

I: traduce

K (I): panino, un panino

PROF. SSA MERZAGORA: ma lui ha detto che non sa cosa potrebbero fargli...ma secondo lui cosa meriterebbe?

I: traduce

K (I): io non posso dire, io non so dire

PROF. SSA MERZAGORA: lui e neanche le voci meritano niente?

I: traduce

K (I): infatti io vi ho anche detto che non so

CTPx: le voci sono contente...cioè lo rimproverano o non lo rimproverano per quello che lui ha fatto?

I: traduce

K (I): no le voci mi dicono che queste persone non sono morti

PROF. SSA MERZAGORA: questo c'ha l'aria di essere venuto fuori adesso

CTPy: all'inizio però oggi ci ha detto invece che le voci gli dicevano che tutte le cose sarebbero andate a posto, sarebbero sparite

I: traduce

K (I): si

CTPy: lui sa questo che posto è?

I: traduce

K (I): no

CTPy: non dov'è, che cos'è?..

I: traduce

K (I): sono in carcere

CTPy: e chi è che di solito viene messo in carcere secondo lui?

I: traduce

K (I): solamente le persone che fanno male

PROF. SSA MERZAGORA: ergo...

CTPx: quindi lui non va d'accordo con le voci? Cioè le voci gli dicono che non sono morti ma lui si rende conto che gli ha fatto male...

I: traduce

K (I): anche se...io stesso anche se so che magari non li ho neanche uccisi so di aver fatto qualcosa di male

PROF. SSA MERZAGORA: forse pretendiamo un po' troppo

CTPz: volevo fare una domanda di...per mia informazione...riceve delle visite dagli avvocati, da altre persone, dei volontari...

I: traduce

K (I): no che mi ricordo nessuno, mi ricordo solo che sono venuti qui due volte gli avvocati

PROF. SSA MERZAGORA: c'ha uno insieme in cella poi o no?

CTPy: divide la cella con qualcuno o è da solo? È in cella con qualcuno?

I: traduce

K (I): sono con un'altra persona

CTPy: ci va d'accordo?

I: traduce

K (I): si

CTPz: vediamo se ha dei pensieri di farsi del male...

I: traduce

K (I): io si posso farmi del male perché è da tanto che continuo a...come si chiama a...

CTPz: soffrire?

K (I): ...a soffrire e quindi il problema però è che non so magari trovare un coltello ??? (2:28'43") o qualcosa che possa usare.

DR. PENNATI: ok, perché non dice queste cose ai medici del carcere? Perché non risulta che lo abbia detto

I: che cosa? Le cose che sta dicendo?

DR. PENNATI: gli chieda questo...ha parlato con i medici del carcere di questo suo desiderio di farsi del male?

I: traduce

K (I): no

DR. PENNATI: perché?

I: *traduce*

K (I): ma se io voglio far del male a me stesso perché... come faccio ad andare a confidarlo a qualcun altro... loro lo capiranno quando io avrò già fatto quella cosa

CTPx: ma gliel'hanno chiesto?

I: eh?

CTPx: i medici gliel'hanno chiesto?

CTPz: come fanno?

CTPx: ma i medici di qui

CTPz: come fanno a chiederglielo? Senza interprete... cioè qua tutto è mediato dall'interprete

CTPz: noi abbiamo l'interprete

CTPy: loro secondo me si scoraggiano da entrambe le parti molto rapidamente, non riescono a entrare in un dialogo...

DR. PENNATI: comunque

PROF. SSA MERZAGORA: magari sarà il caso che glielo diciamo noi

DR. PENNATI: noi segnaleremo via fax la cosa a...ok...gli chiedo se per caso gli capita di ripensare a quello che ha fatto senza volerlo, se durante il giorno rivive quello che è successo

I: *traduce*

DR. PENNATI: se gli capita di pensarci senza volerlo...

I: *traduce*

K (I): si mi capita molto spesso di ripensare alle cose...al motivo per cui sono stato in... sono stato... mi hanno portato qui

DR. PENNATI: ma gli chiedo se gli capita di rivivere i momenti delle aggressioni

I: *traduce*

K (I): no loro... adesso le voci si limitano solamente a tranquillizzarmi

DR. PENNATI: ok, gli chiedo se ha gli incubi di notte, se fa brutti sogni

I: *traduce*

K (I): si si io diciamo che rivivo le cose che mi dicono le voci nel sonno

DR. PENNATI: e che cosa rivive? Quali cose?

I: *traduce*

K (I): eh io solamente magari le cose... perché vi dicevo che le persone mi parlavano magari quando mi camminavano (2:32'52") a fianco e rivivo quei momenti lì... purtroppo il giorno dopo non mi ricordo più cosa ho sognato

DR. PENNATI: ok, se siete d'accordo io volevo approfondire un attimo la questione dell'ideazione autolesiva in modo da mandare un fax...

CTPx: lei ha un treno...

DR. PENNATI: tu hai un treno?

I: no va beh ormai

DR. PENNATI: eh questo dobbiamo vederlo però... gli chiedo quando pensa di volersi uccidere come pensa di farlo?

I: *traduce*

K (I): no io non ho programmato e non so quando potrebbe succedere

DR. PENNATI: ma è una cosa che vuole fare?

I: *traduce*

K (I): no io vivo giorno per giorno di poter capitare che un giorno mi alzo e lo faccio

CTPy: vuole morire o vuole aspettare di vedere come andrà?

I: *traduce*

K (I): no io il mio desiderio è di morire da un giorno all'altro e oppure perché no se mi vogliono mandare giù in Ghana ben venga

CTPy: cioè se lo volessero mandare in Ghana cosa succederebbe? Vorrei capire meglio questa seconda ipotesi

I: *traduce*

K (I): si si ci andrei

CTPy: in prigione in Ghana?

I: *traduce*

K (I): no perché io le cose... siccome io penso ci sono delle cose... queste cose nella mia mente se mi mandano in Ghana va bene, questa volta...

CTPy: libero? In Ghana?

I: *traduce*

K (I): no quando sarò libero (*Kabobo dice qualcosa*) ma io quando sarò comunque libero non vado in Ghana

CTPy: dove andrà? In Italia?

I: *traduce*

K (I): si in Italia o qualsiasi altro paese dell'Europa

CTPy: quando pensa che questo potrebbe accadere?

I: *traduce*

K (I): no io adesso qualsiasi cosa mi vogliate fare ben venga

DR. PENNATI: ok, quando pensa di voler morire, aspetti, ci ripensa spesso durante il giorno?

I: *traduce*

K (I): no

DR. PENNATI: ok e quando lui pensa questa cosa...quando lui pensa di voler morire pensa che sia una cosa giusta? Che sia una cosa sbagliata?

I: *traduce*

K (I): ma cioè per me? La morte per me?

DR. PENNATI: si si

I: *traduce*

K (I): no io la cosa giusta sarebbe dormire in una stanza più grande (2:38'20")

CTPx: posso chiedere se la mamma sa di quello che è successo?

DR. PENNATI: scusa stiamo sul discorso un secondo perché dopo spunta la mamma... siamo un attimino focalizzati su questo problema perché da un punto di vista legale siamo tutti responsabili, te compreso, quindi dobbiamo capire questo punto e fare una segnalazione, poi sono cavoli dei sanitari ma dobbiamo stare un attimo su questo punto, la mamma...

CTPx: si ma pensavo che fosse già abbastanza chiaro che ci sono...

DR. PENNATI: no non è chiaro, ancora...almeno nel mio caso...quindi se saltiamo ogni volta, già lui fa fatica a...

CTPx: no giusto, volevo tornare non capivo perché ??? (2:39'05")

DR. PENNATI: quindi lui ci ha detto che l'importante è addormentarsi e non svegliarsi...

I: *traduce*

K (I): si

DR. PENNATI: ecco ma se dovesse morire dove andrebbe?

I: *traduce*

K (I): io non lo so dove andrò

DR. PENNATI: ma pensa di stare meglio se dovesse morire? O di stare peggio?

I: *traduce*

K (I): no io non lo so...quando uno muore non so che cosa...cosa succede

DR. PENNATI: e allora perché vuole morire?

I: *traduce*

K (I): perché io soffro tanto e quindi parlo della morte

CTPy: perché vuole morire scusi se le voci gli hanno detto che da qui in avanti andrà tutto bene?

DR. PENNATI: comunque per me è sufficiente

I: *traduce*

K (I): perché quando voi mi avete fatto la domanda del tipo ma se tu dovessi...dovessimo portarti in Ghana in prigione allora ti ho detto sofferenza per sofferenza preferisco morire

CTPx: invece se fosse in Ghana libero dalla sua famiglia...ci andrebbe volentieri con la sua famiglia?

I: se fosse libero?

CTPx: libero

I: *traduce*

K (I): si nella mia famiglia

CTPx: e la famiglia non sa di quello che ha fatto?

I: *traduce*

K (I): no nessuno

CTPx: e che cosa ne pensa? La famiglia...

I: *traduce*

K (I): che non...

CTPx: ...non sa cosa la famiglia dovrebbe pensarne...

I: almeno lui non lo sa

CTPx: volevo sapere se la famiglia giudica bene o male quello che ha fatto e lo punirebbe o no?

I: *traduce*

K (I): eh lui dice solo Dio sa quanto io ho sofferto per arrivare a questo punto, se fossero... se Dio fosse una persona magari non... direbbe che non ho fatto niente di così esagerato

DR. PENNATI: ok, gli dica che i medici scrivono che gli hanno dato delle cure...

I: *traduce*

K (I): si

DR. PENNATI: le sta prendendo sempre bene come dicono i medici di prenderle?

I: *traduce*

K (I): si

DR. PENNATI: le prende davanti agli infermieri o gliele danno e le prende lui in cella?

I: *traduce*

K (I): no davanti a loro

DR. PENNATI: ok

PROF. SSA MERZAGORA: sparargli una risposta...

CTPy: no no, stavo dicendo semplicemente ??? (2:44'25")

PROF. SSA MERZAGORA: no no certo...va beh ci provi, ma più che chiederglielo non possiamo fare

CTPy: no no...però non...mi fermo qua

DR. PENNATI: io sarei a posto

PROF. SSA MERZAGORA: allora glielo diciamo?

[fine a 2:44'43"; i periti e i consulenti concludono e prendono accordi tra di loro e con l'interprete per il prossimo incontro]

COLLOQUIO 04.9.13

[inizio a 26'30"]

DR. PENNATI: buondi, si accomodi...buongiorno...ah già che vi siete visti ieri?

I: ieri? No no, non ci siamo neanche incontrati...

PROF. SSA MERZAGORA: come sta signor Kabobo?

K: bene

PROF. SSA MERZAGORA: bene...ha imparato un po' di più l'italiano in questi tempi? No...

I: *traduce*

K (I): si un po', ma non tanto

PROF. SSA MERZAGORA: però mi capisce...

I: *traduce*

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: sembra...è vero?...Signor Kabobo perché lei è qui?

I: *traduce*

K (I): perché quando ero fuori ho picchiato delle persone con una...una cosa e mi hanno portato qui...non ha specificato cosa, ha detto una cosa

PROF. SSA MERZAGORA: senta...beh un po' più che picchiate... forse

I: *traduce*

K (I): si io penso di aver fatto solo quello

PROF. SSA MERZAGORA: mmmh...comunque picchiate o di più...è giusto che lei sia qui?

I: *traduce*

K (I): lui dice eh...che ha voluto che io gli specificassi in che senso, perché li ho picchiati che mi hanno portato qui...io gli ho detto di si e lui mi fa si è un male che abbia fatto una cosa del

genere, però se voi sapeste perché ho fatto quello che ho fatto non sarebbe giusto che io sia qui

PROF. SSA MERZAGORA: e allora ci spieghi perché lo ha fatto...

I: traduce

K (I): lui dice che non è colpa sua in quanto l'azione fatta da lui è stato dettato dalle voci che sentiva

PROF. SSA MERZAGORA: adesso che cosa le faranno ancora?

I: non ho capito bene...

PROF. SSA MERZAGORA: allora, dopo...da adesso in carcere che cosa si aspetta che le facciano?

I: traduce

K (I): io non lo so

PROF. SSA MERZAGORA: pensa che lo tengono qua? Che faranno...ha visto qualche volta, magari alla televisione, i processi?

I: traduce

K (I): no, non ho visto niente

PROF. SSA MERZAGORA: mai visto?

I: traduce

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: al suo paese, quando qualcuno picchia qualcun altro cosa succede?

I: traduce

K (I): io non mi è mai capitato di assistere a cose di questo tipo

PROF. SSA MERZAGORA: nessuno fa cose sbagliate al suo paese?

I: traduce

K (I): la mia città è piccola, è un paesino quindi queste cose non era facile vederle

PROF. SSA MERZAGORA: suo fratello?

I: traduce

K (I): quello morto?

PROF. SSA MERZAGORA: quello che ha... si quello che poi è morto

I: traduce

CTPy: non è morto...

DR. PENNATI: eh infatti...

PROF. SSA MERZAGORA: no, quello che aveva aggredito...

I: traduce

K (I): si uno voleva uccidere mia mamma con il machete

PROF. SSA MERZAGORA: e è giusto che sia stato punito?

I: traduce

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: perché?

I: traduce

K (I): lui dice che sono due fratelli e lui è qui e l'altro è rimasto a casa, però essendo l'unico fratello rimasto con tante donne secondo lui non era... e poi era non sano di mente e quindi non era giusto la... la punizione che gli è stato data

PROF. SSA MERZAGORA: e quindi se uno non è sano di mente cosa bisogna fare?

I: traduce

K (I): doveva essere diciamo incatenato...doveva essere...

PROF. SSA MERZAGORA: rinchiuso?

I: si, rinchiuso

PROF. SSA MERZAGORA: lei è in cella con qualcuno adesso?

I: traduce

K (I): si

PROF. SSA MERZAGORA: perché... con chi è in cella?

I: traduce

K (I): eh io e un ragazzo marocchino

PROF. SSA MERZAGORA: cosa ha fatto il marocchino?

I: traduce

K (I): non ha fatto niente

PROF. SSA MERZAGORA: e come mai è qui?

I: traduce

K (I): lui ha specificato che nella domanda ha risposto perché non aveva capito cosa intendeva dire... comunque lei non sa, ehm lui non sa che cosa ha fatto in quanto non parla l'italiano

PROF. SSA MERZAGORA: e quindi non... tutti quelli che sono qui dentro lei non sa come mai sono qui dentro?

I: traduce

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: no, forse dovremmo punire le voci?

I: traduce

K (I): sì, se intende... se parla... lei parla di quelli che parlano nella mia testa

PROF. SSA MERZAGORA: sì, è colpa loro?

I: traduce

K (I): io posso solo dire che loro mi parlano ma io non riesco a vederli quindi non so

PROF. SSA MERZAGORA: allora qui sono ingiusti se puniscono lei per una cosa che non è colpa sua?

I: traduce

K (I): sì

PROF. SSA MERZAGORA: sa che ha un avvocato?

I: traduce

K (I): sì

PROF. SSA MERZAGORA: perché?

I: traduce

K (I): non lo so ma credo che l'abbiano assegnato perché... per quello che ho fatto

PROF. SSA MERZAGORA: per quello che ha fatto lei?

I: traduce

K (I): sì perché io... loro sono venuti a trovarmi e qui mi hanno fatto capire che loro sono i miei avvocati, fuori non avevo fatto niente e quindi non avevo avvocati

PROF. SSA MERZAGORA: procedi tu... altre risorse...

[...38'00"]

DR. PENNATI: lo conosce quel dottore?

I: traduce

K (I): sì perché siete venuti insieme

DR. PENNATI: ok, quel dottore è venuto anche qualche altra volta con l'avvocato, con il suo avvocato?

I: traduce

K (I): sì sono venuti qui circa un mese fa

DR. PENNATI: ok, l'avvocato che lo segue è secondo lui una brava persona o una persona cattiva?

I: traduce

K (I): eh lui viene e mi fa delle domande ma essendo una... per me una persona nuova non so, non riesco a capire se è una persona cattiva o buona

DR. PENNATI: ma si trova bene con questo avvocato?

I: traduce

K (I): sì

DR. PENNATI: che cosa... secondo lui che cosa deve fare l'avvocato per lui?

I: traduce

K (I): eh lui ha il compito di far sì che io... io vada fuori di qui

DR. PENNATI: ok, allora... gli chiedi un'altra cosa... se secondo lui è giusto che la gente che ha commesso i reati per i quali lui si trova qua vada in galera, vada in carcere come lui...

I: traduce

K (I): lui dice se io fossi una persona sana e avrei reagito con la mia... eh la mia volontà, cioè avrei ucciso queste persone con la mia volontà allora magari dovevano anche uccidermi, però siccome io non ho fatto niente... non sono... quello che ho fatto è stato dettato da qualcun altro... non devo...

DR. PENNATI: ok

CTPy: ha usato la parola uccidere?

CTPz: prima ha detto che li ha solo picchiati...

I: traduce

DR. PENNATI: no, aspettate... cosa sta dicendo?

I: eh?

DR. PENNATI: cosa sta dicendo?

I: sì, perché ho voluto che lui ripetesse quello che aveva detto... e lui giustamente mi ha detto no io non ho detto colpendo... ha solo detto che è quello che ho fatto...

PROF. SSA MERZAGORA: non ucciso quindi?

I: non ucciso, quindi scusatemi... non ucciso

DR. PENNATI: ah ok, non si preoccupi

I: poi gli ho detto ma che cosa hai fatto? E lui ha detto quello che ho fatto fuori, insomma non ha sottolineato...

DR. PENNATI: ok, gli faccio questa domanda... se io adesso mi alzo e lo picchio molto forte e gli faccio male è giusto che io poi vada in galera?

I: traduce

K (I): lui dice se... in questo combattimento... se vieni e mi picchi perché

DR. PENNATI: sì, tanto sta facendo a botte...

K (I): hai le tue motivazioni... saranno poi delle altre persone a valutare se il motivo per cui tu mi hai picchiato è valido o meno... se è valido allora tu vai in prigione

DR. PENNATI: ok

PROF. SSA MERZAGORA: è un esempio che io non avrei potuto fare

DR. PENNATI: eh ma se ??? (43'30")

PROF. SSA MERZAGORA: chi è che deciderà se i tuoi motivi erano giusti o sbagliati?

I: traduce

K (I): le persone che erano presenti

PROF. SSA MERZAGORA: presenti dove?

I: traduce

K (I): lui dice le persone qui... perché tu mi hai fatto l'esempio con lui e siccome...

PROF. SSA MERZAGORA: ah le persone... il gruppo?

I: traduce

K (I): sì

PROF. SSA MERZAGORA: cosa penseranno secondo te i parenti delle persone che tu hai colpito?

I: traduce

K (I): questo non lo posso dire

PROF. SSA MERZAGORA: cosa immagina...?

I: traduce

K (I): sicuramente se loro... cioè loro si arrabbiano con me però secondo me in un secondo momento potrebbero capirmi in quanto loro capiranno che quello che ho fatto non l'ho fatto... non è stata colpa mia

PROF. SSA MERZAGORA: tutto le voci?

I: traduce

K (I): lui dice una persona sana... qui per esempio io non potrei prendere una cosa e colpire nessuno...

PROF. SSA MERZAGORA: speriamo...

DR. PENNATI: gli faccio questa domanda se io vado a casa e uccido sua madre lui cosa farebbe?

I: traduce

K (I): io lo prenderei e gli chiederei il motivo per cui l'ha fatto...

DR. PENNATI: io gli dico che sono state le voci che mi hanno detto di fare questa cosa... e lui che cosa fa?

I: traduce

K (I): eh se tu mi dici che sono le voci che ti hanno fatto fare questa cosa e io ci credo ti lascio andare

DR. PENNATI: lui fa l'esame psichico...senta, posso fare la domanda...gli chiedo se sa bene di che cosa è accusato...non che cosa si ricorda che ha fatto e tutto, ma se sa di che cosa è accusato?

I: traduce

K (I): sì, perché come ho già detto ho colpito delle persone...

DR. PENNATI: 4 persone

I: si

DR. PENNATI: 4 persone...

I: traduce

K (I): sono in 5...5 in tutto, uno nella mano...sulla mano e gli altri 5 in testa

CTPx: però non ha risposto bene...cioè nel senso che noi gli abbiamo chiesto se sa di che cosa è accusato...non che cosa ha fatto...cioè che cosa gli altri, i Giudici e...chi l'ha messo in galera lo accusa di che cosa?

I: traduce

K (I): io ho sentito in televisione che ho ucciso una persona

CTPx: ok

PROF. SSA MERZAGORA: quindi la televisione la vede?

I: traduce

K (I): sì perché qui in prigione ho la televisione quindi l'ho guardato

CTPy: posso fare una domanda su questo punto? Lei ha fatto una richiesta di avere la televisione?

I: traduce

K (I): siamo in due e quindi è l'altro che l'ha chiesto

[...50'16"]

DR. PENNATI: ...dopo un po' è un circolo vizioso...

CTPy: a me risulterebbe che è stato effettivamente lui

DR. PENNATI: sì

PROF. SSA MERZAGORA: per poterla sfasciare

CTPy: no per poterla avere ??? (50'30")

PROF. SSA MERZAGORA: no deve essere con quello che gli fa da...

CTPy: da piantone?

PROF. SSA MERZAGORA: sì

[...50'48"]

CTPy: ma lui è in cella con uno di cui mi hanno affidato la perizia che è un ragazzo italianissimo, non so perché dice marocchino...cioè probabilmente l'avranno cambiato...quando in agosto sono venuto a vedere una persona e questo mi ha detto sono in cella manca poco

PROF. SSA MERZAGORA: forse ti conviene trasferirti qua una volta per tutte...passiamo ai parenti e affini...il discorso...

DR. PENNATI: sì, io per me sarei a posto assolutamente...

PROF. SSA MERZAGORA: allora cos'è che volevate...?

CTPy: no questa informazione, non riesco a capire bene come possano influire rispetto al fatto che lui ci ha dato delle informazioni più semplici eh...sulla famiglia e poi adesso invece viene fuori una cosa dettagliatissima...

PROF. SSA MERZAGORA: eh sentite...una strategia potrebbe essere quella di lasciare a lui che chieda...che...

CTPy: sì

CTPx: si può ripercorrere un po' le domande che gli abbiamo fatto...io penso semplicemente che sia una questione di tempi...di setting in parte...

PROF. SSA MERZAGORA: sì, può darsi...però visto che tu ci hai detto...

CTPx: e di...sì...di calma, così per tre ore poi son rompiscoglioni...che sono andato a chiedere tutto l'elenco...tutto l'elenco dei fratelli...

CTPy: no per capire...

CTPx: ...ad esempio non mi tornava il fatto che lui avesse dato un altro cognome e non capivo come mai Kabobo è il cognome del padre ecco...per cui ho spiegato che uno può dare anche un altro cognome, poi mi sono informato e effettivamente ho rilevato che è possibile dare altri cognomi, no?

I: si

CTPx: è possibile dare altri cognomi...per cui insomma certe cose che non mi tornavano...non so, cosa...cosa diciamo?

CTPy: se vuoi rapidamente...

DR. PENNATI: io volevo...

CTPy: ...come prego?

DR. PENNATI: no no...niente...poi magari quando facciamo la pausa ci prepariamo...

CTPx: allora io se credete io vi posso...ovviamente non l'ho registrato però...vi posso ripercorrere e poi certi passaggi che voi pensate che possiamo chiedergli glieli chiediamo...

PROF. SSA MERZAGORA: allora tu ripercorri e poi facciamo la pausa e magari ci pensiamo su...facciamo così?

CTPy: si mi ero fermato così...senza magari andare troppo nel dettaglio...

PROF. SSA MERZAGORA: vediamo che se lui...se lui si sente di andare avanti...

CTPx: gli chiediamo se vuole...gli avvocati gli chiedono se lui sa chi sono e lui dice che non si ricorda...eh lui dice che ha tre fratelli femmine e tre...due maschi...nei colloqui precedenti lui diceva che aveva 4...allora ma come mai hai detto queste cose diverse? Forse era teso nei colloqui...no volevo capire che cosa aveva nella...ecco perché faceva questi colloqui ecco perché volevano capire cosa aveva nella mente...ehm...pochissimo cambiamento nella mente c'è stato in questo periodo secondo lui...non sta fumando...sta fumando, si sto fumando però...ha rapporti qui in carcere? No perché non parla italiano...

PROF. SSA MERZAGORA: allora se provi a chiedere proprio a lui direttamente...?

CTPx: richieste vuole uscire, vestiti e scarpe...allora come si chiama? Si chiama Givies...questo ho sbagliato scusate...eh nome dato dal padre, non conosce la ragione e l'origine del nome, no? L'altro nome è di quando si è fatto musulmano, per cui possiamo chiedergli di nuovo qual è il suo nome?

I: traduce

K (I): il nome che io sento...mi sento chiamare da quando ero piccolo è Gives

CTPx: ok, e il cognome qual è?

I: traduce

K (I): Gives Muano (54'44")

CTPx: io gliel'ho fatto scrivere e lui ha scritto questo N-D-O-R...che vuol dire io ti voglio bene ma solo nella bocca...e il padre come si chiama gli ho chiesto...possiamo chiedergli come si chiama il padre?

I: traduce

K (I): Porisù (55'09")

CTPx: io ho scritto Barisù (55'10")...di cognome?

I: traduce

K (I): Kabobo

CTPx: ecco qui gli ho chiesto ma come mai il nome Kabobo...??? (55'22")...eh poi in Ghana, aveva conosciuto ??? in Ghana con cui poi (55'39") è andato dopo in Nigeria, è diventato musulmano, conosce dei cristiani, diventa un po' musulmano e un po' cristiano...a Bari...ecco a Bari ha dato il nome Gives ma non lo sapevano scrivere quindi gli ha detto Adam...lo stesso per il cognome che era più difficile scriverlo e poi a un certo punto ha detto Kabobo...questo non so se vogliamo approfondirlo...

PROF. SSA MERZAGORA: andiamo magari sulla famiglia...

CTPx: ecco poi c'è l'elenco dei fratelli, vogliamo rifarlo? Non so...no...

PROF. SSA MERZAGORA: non so chiediamo anche a loro...

CTPy: ma si secondo me...

CTPx: ehm...se riesce a dire chi sono i suoi fratelli, sia quelli vivi...fratelli e sorelle, ecco anche qui c'è fratelli e sorelle...quindi fratelli e sorelle, il nome del primo che è nato dicendo se è maschio o se è femmina e se è vivo o se è morto...e come si chiama...diciamo il primo che è nato come si chiama? Se è maschio o è femmina e se è vivo o morto...

I: traduce

K (I): il primo si chiama Kueku ed è morto

CTPx: ed è un maschio?

I: traduce

K (I): si

CTPx: il secondo? Fratello o sorella?

I: *traduce*

K (I): una femmina, si chiama Nissim (57'24")

CTPy: beh l'ordine magari può essere...

I: *traduce*

K (I): e il terzo si chiama Panu (57'38") è morto ed è un maschio

CTPx: ok

I: *traduce*

K (I): l'ultimo Santu

CTPx: e l'ultimo ultimo-chi è?

I: *traduce*

K (I): è lui

CTPx: è lui, perfetto...eh...poi c'è poi io avevo chiesto il padre se si è coniugato con altre mogli eccetera...lui aveva detto che c'è una prima moglie che poi è morta da cui ha avuto tre figli, un maschio morto e due femmine vive...e poi ha avuto la seconda moglie, cioè la madre di lui, da cui ha avuto gli altri...per cui questi qui sono un po' misti...e poi non ho approfondito...il padre è morto nel 2012 quando lui era in Italia, ehm...l'ha saputo dalla madre che era in Ghana l'ha chiamato per dirglielo quando lui era in Italia perché a Foggia lui aveva il cellulare...poi a un certo punto il cellulare l'ha perso, forse andando in Svizzera...adesso non mi ricordo...

PROF. SSA MERZAGORA: si può chiedere se beveva? Non c'era da qualche parte?

DR. PENNATI: all'inizio aveva detto, quando era stato visitato all'ingresso che aveva riferito una storia di alcol-dipendenza in famiglia

PROF. SSA MERZAGORA: proviamo?

DR. PENNATI: sì

CTPx: c'era qualcuno che beveva in famiglia? Che beveva alcol in famiglia? Nel senso di birra...

I: *traduce*

K (I): i miei fratelli Santu e Panu ma entrambi sono morti

CTPx: ok...poi avevamo visto...l'orientamento spaziali...temporale perfetti, c'era negli anni ha avuto un po' di difficoltà...eh l'unico maschio nella famiglia, non si sente bene ad essere l'ultimo maschio, ha buoni rapporti con le sorelle...il padre aveva terreni, capre e case...eh con la morte del padre lui non sa come sono messe le cose...la regola è che lui erediterebbe tutto, è contento di ereditare ma pensa anche alle sorelle...non è tornato in Ghana quando ha saputo della morte del padre perché non aveva soldi né documenti...ha perso il telefono in Svizzera...questo qui è stato un po' un tentativo di capire come si sente lui adesso rispetto a questo fatto che è l'unico maschio rimasto e che ha questa responsabilità...però non abbiamo poi approfondito in realtà...come stava qui in Italia? Al campo diceva che stava bene, in carcere anche...uscito dal carcere meno bene, in carcere a Lecce abbastanza bene, aveva rotto le tre tv a Lecce, il suo pensiero era di rompere perché sentiva di dire parolacce...scusate a Lecce forse ho sbagliato io...in realtà era a Bari, era nel carcere di Bari che le aveva rotte...

DR. PENNATI: sia a Bari che a Lecce

CTPx: sia a Bari che a Lecce...il suo pensiero era di rompere perché sentiva di dire parolacce a quelli che stavano in tv...a quelli che stanno in tv, ma non voleva dire parolacce e per questo l'ha rotto...voci che uscivano dalla tv gli davano fastidio, rotto perché gli altri non volevano che spegnesse...non gli interessava...ecco questa è un'annotazione mia, non interesse nell'altro...non ha avuto paura che gli altri si arrabbiassero...una volta rotta la tv la storia è finita, eh...e gli han chiesto dopo perché l'aveva fatto...prima della tv prendeva delle medicine ma non sa perché, prima di questo episodio della tv e questo si può...provate a chiederglielo se prendeva delle medicine...

CTPy: e quando arriveranno gli atti vedremo...

CTPx: quando arriveranno gli atti vedremo...

CTPy: vedremo...

PROF. SSA MERZAGORA: beh ma siccome lui lo riferisce magari...

CTPy: ma siccome già l'altra volta non ricordava...

CTPx: eh...niente, a tv spenta cosa succedeva? Sentiva delle voci, parolacce...coglione, coglione, pazzo, cornuto...non sa chi erano...eh...no allucinazioni prima di arrivare in Italia ma sentiva odori quando mangiava, odori di cadavere...eh annoiato...

CTPy: non ho capito, scusa, torna indietro...quando diceva...

CTPx: quando diceva che...

CTPy: gli ha detto quelle voci dicevano cornuto?

CTPx: coglione, pazzo e cornuto...eh dunque...prima delle tv prendeva le medicine e non sa perché, tv spenta, sentiva le voci, parolacce, no allucinazione prima di arrivare in Italia, sentiva odore quando mangiava, odore di cadavere...

CTPy: quando mangiava sentiva odore di cadavere

CTPx: esattamente...

I: ma questo non l'ho tradotto io...

CTPx: queste erano cose che già aveva detto l'altra volta...no questo è Sceriff (1:02':55")

I: ah ok, infatti perché non mi ricordo di aver...

DR. PENNATI: no c'era...aveva riferito l'odore di cadavere...

I: si cadavere si, però le parolacce non...

CTPx: gli piace la pasta e la pizza...qui è l'avvocato che aveva cercato di ammorbidire un po' la cosa quando era affaticato...cosa gli piace dell'Italia eccetera...eh...per caricare il cellulare vendeva sigarette che gli davano nel ??? (1:03'22")

CTPz: esiste quindi un cellulare con messaggi?

CTPx: come?

CTPz: esiste un cellulare che lui ha tenuto per un anno con messaggi scambiati?

PROF. SSA MERZAGORA: l'ha perso

CTPx: questo non gliel'ho chiesto...no l'ha perso andando in Svizzera

CTPz: no chiedevo per vedere se esiste un numero collegato...

CTPy: si ricorda il numero che aveva di cellulare?

I: *traduce*

K (I): no

CTPy: lo usava per fare anche dei messaggi?

I: *traduce*

K (I): con chi chiede...

CTPy: con il papà se aveva il cellulare...

I: *traduce*

K (I): si il telefono l'ho perso in Svizzera però si con i ghanesi con cui intendevamo la lingua ci scambiavamo anche i messaggi

CTPx: ...poi tutta la storia dell'andare in Svizzera, lui aveva detto della Svizzera, aveva piantato i pomodori, i soldi per andare in Svizzera, non aveva il permesso di soggiorno...ecco, fermato alla dogana gli han fatto la fotocopia del permesso e l'hanno lasciato entrare...ehm, sembra che questa procedura RMV è possibile per periodi limitati di tre mesi, che entrando in Svizzera gli dà la possibilità anche con...con questi documenti, è strana la cosa della fotocopia però...eh e qui quando appena è entrato in Svizzera, e questo si può richiedere se volete, gli hanno dato un foglio per andare in ospedale a Losanna, a Losanna in ospedale gli hanno visto le gambe e l'hanno mandato in un campo...che in realtà sembra che lui sia andato prima nel campo e poi dopo in ospedale...gli chiediamo le date del campo, così possiamo ricostruire...e le date dell'ospedale...volete approfondire questa cosa?

PROF. SSA MERZAGORA: mah appunto non abbiamo detto casomai facciamo la pausa...

DR. PENNATI: io pensavo non so, se c'è qualche altro elemento che volete discutere sulla perizia però sulle date...

CTPy: basta così ovviamente, ovviamente non può essere passato così...in Svizzera e comunque...evidentemente era organizzato

CTPx: ha fatto vedere questa fotocopia del permesso

CTPy: si si ma avrà nascosto per esempio della gamba...

CTPx: il discorso della gamba

PROF. SSA MERZAGORA: no tutto al più si può chiedere se era da solo quando è entrato in Svizzera

CTPy: era partito con un gruppo di nigeriani, che probabilmente lo hanno messo in mezzo...

I: *traduce*

K (I): si

PROF. SSA MERZAGORA: solo? Così ha preso il treno è andato da solo e è tornato da solo?

I: *traduce*

K (I): si da solo

PROF. SSA MERZAGORA: non altri malati?

I: traduce

K (I): no

PROF. SSA MERZAGORA: come ha fatto a sapere dove doveva andare se era da solo?

I: traduce

K (I): eh dice che... nel... durante il viaggio per la Svizzera è stato preso dai carab... dalla polizia e la polizia gli ha dato questo documento, lui ha chiesto di andare in un determinato posto

CTPx: questo dopo però forse... è andato alla stazione e ha chiesto l'indirizzo per andare in Svizzera... dopodiché è arrivato in Svizzera e ha fatto vedere questa fotocopia del permesso di soggiorno... non so se volete o sennò... poi non sa nulla di quello che è successo, anche a noi ha detto perché ha picchiato, anche a noi... poi i poliziotti l'hanno preso, le voci che sentiva dicevano che lui era il Creatore ma lui non ci crede

DR. PENNATI: che lui scusa?

CTPx: è il Creatore

CTPy: ma lui non ci crede

CTPx: ma lui non ci crede... basta... questo è il colloquio... no questa cosa, mi ha portato via un casino di tempo questa cosa dei fratelli

PROF. SSA MERZAGORA: meno male che non gli ha chiesto il nome delle caprette del padre...

CTPy: della zia del padre...

CTPx: sappiate che il papà e anche il fratello sono morti quando lui era in Italia eh...

CTPy: le famiglie saranno contente che lui fosse qui

CTPx: quindi lui l'ha saputo quando era qui

PROF. SSA MERZAGORA: ci sono sempre le caprette... si vede che è una successione come quella greca...

DR. PENNATI: ??? (1:09'33")

CTPy: io volevo fare tre o 4 domande sulle voci...

PROF. SSA MERZAGORA: subito?

CTPy: sì e magari possiamo anche chiudere dopo...

PROF. SSA MERZAGORA: più che altro che lui deve andare via...

CTPy: eh io le farei adesso così ce ne andiamo e poi ci salutiamo tutti, se voi volete altrimenti stiamo qua se volete... cosa dici?

PROF. SSA MERZAGORA: cerco di resistere senza fumo ancora un quarto d'ora

DR. PENNATI: gli chiedo a lui se ce la fa prima di tutto...

I: traduce

K (I): no no non sono stanco

DR. PENNATI: non sono stanco?

I: non sono stanco

CTPy: ok, qualche domandina così... vorrei che domandasse al signor Kabobo se sente un suono costante nelle sue orecchie

I: traduce

K (I): sì

CTPy: sì... che suono è?

I: traduce

K (I): no sento solo... non è diciamo che la voce è abbastanza bassa... non è come prima e la stessa voce mi dice che... di avere pazienza e che tutto andrà bene

CTPy: ok ma questa voce... prego

PROF. SSA MERZAGORA: ma aspetta... no appunto voce o suono? Credo fosse quello che...

I: traduce

K (I): voce

CTPy: ma di volume più basso giusto? Si è abbassato il volume, ho capito bene?

I: traduce

K (I): basso

CTPy: volume più basso rispetto a prima...?

I: traduce

K (I): sì... prima era alta

CTPy: ok, poi volevo chiedere...secondo lui ci sono delle persone che possono mettere dei pensieri nella sua testa contro il suo volere?

I: traduce

K (I): eh io questa cosa non l'ho mai sentito e anche per me è una meraviglia...è una cosa strana...

CTPy: che cosa?

I: traduce

K (I): io mi meraviglio io stesso sentendo queste voci

CTPx: quindi sente che...

DR. PENNATI: ma ??? (1:12'38")

I: traduce

K (I): eh io so solo che queste voci mi dicono che i bianchi fanno quello che mi sta succedendo e che tutte le cose che faccio prima o poi si...

CTPy: si risolveranno

I: eh?

CTPy: si risolveranno

I: si, si risolveranno si

DR. PENNATI: mi scusi, solo i bianchi lo sanno?

I: traduce

K (I): dice che la colpa è da attribuire ai bianchi

CTPy: la colpa di cosa?

I: traduce

K (I): le voci sono di bianchi... sono i bianchi che mi parlano

CTPy: questa è nuova

CTPz: questa è nuova si...

CTPx: ma anche nella televisione vede i bianchi?

I: traduce

K (I): sì tutte le voci...in generale...meno la voce di anglofoni (*Kabobo aggiunge qualcosa*) le voci sono dei bianchi e tutte le cose che stanno succedendo a lui la colpa è sempre da attribuire ai bianchi

DR. PENNATI: ok, sono state le voci dei bianchi che gli hanno detto di uccidere dei bianchi?

I: traduce

K (I): sì questo è quello che è successo

CTPy: un'altra domanda...

DR. PENNATI: eh cioè parla come i giornalisti

CTPx: no ma è interessante...scusa chiediamogli come mai i bianchi gli dicono di uccidere i bianchi...

I: traduce

K (I): le voci mi dicono che tutti gli africani che muoiono diventano bianchi (*Kabobo aggiunge qualcosa*) lui mi dice in Ghana sai che c'è il nord e il sud e queste voci mi dicono che è colpa mia che questi si scontrano...

PROF. SSA MERZAGORA: no scusi una cosa adesso ha detto i bianchi dicono di...cioè uccidere, ha usato il verbo uccidere? Non colpire come prima? Perché c'era stato un equivoco...

CTPy: lo chiediamo a lei però

PROF. SSA MERZAGORA: è lei che ha usato...

CTPy: è lei che traduce...

I: sì si uccidere ha detto...no perché le cose che dico sono quelle che dice lui

PROF. SSA MERZAGORA: no perché prima c'era stato un equivoco...

I: no no, quello non avevo capito infatti ho detto...

CTPx: perché la mia domanda era i bianchi gli dicono di uccidere i bianchi...

I: infatti lui ha detto...

CTPx: e infatti lui ha risposto...che gli africani che muoiono diventano poi

I: ...diventano poi bianchi

CTPy: posso? Quando sente le voci provenire dal nulla, come sembra che...ha la sensazione di non riuscire a camminare o di avere difficoltà motorie?

I: traduce

K (I): sì per me diventa difficile concentrarmi oppure dare attenzione a una persona che mi sta parlando, per esempio

CTPy: ho capito...quando sente le voci ha la sensazione...ha sensazione strana tipo, non so, che i denti stiano per lasciare il suo corpo?

I: traduce

K (I): no

CTPy: ok, basta...ecco l'ultima cosa che ci ha già detto, ma volevo essere sicuro di risentirla bene e di aver capito bene io, è se ritiene che queste voci siano qualcosa che anche gli altri sentono, noi, o qualcosa di patologico legato a qualcosa di anormale...

I: traduce

K (I): io posso solo dire che...secondo lui lo sente solo lui

CTPy: ho capito

CTPx: e lui sa che medicine prende adesso?

I: traduce

K (I): sì so che mi danno tre medicine ma...per esempio oggi ne ho presa solo una

CTPx: non sa a cosa servono?

I: traduce

K (I): no

CTPy: gli fanno bene o gli fanno male?

I: traduce

K (I): io non ho visto niente che mi faccia capire che non...non stia migliorando...secondo me...

CTPy: sta migliorando...quindi le servono queste medicine?

I: traduce

K (I): sì però se fosse per me le smetterei di prenderle

CTPz: ma lui non si è accorto di avere un po' di tremori? Sonnolenza? Nausea?

I: traduce

CTPy: sedazione...effetti collaterali...?

I: traduce

K (I): no no io quando prendo riesco a dormire bene

CTPy: e allora perché smetterebbe?

I: traduce

K (I): perché io come persona non amo prendere

CTPy: non ama le medicine in generale, ce lo aveva già detto...va bene...

DR. PENNATI: vorrei fare una domanda...gli dica che lui è accusato anche di aver rubato dei cellulari...o meglio gli dica che gli sono stati trovati dei cellulari addosso

I: traduce

K (I): sì

DR. PENNATI: perché aveva preso i cellulari?

I: traduce

K (I): io li ho presi dalle persona a cui ho colpito

PROF. SSA MERZAGORA: sì ma chiedi perché?

DR. PENNATI: perché li ha presi?

I: traduce

K (I): perché se gli dovessero chiedere io ho qualcosa da dare

DR. PENNATI: e perché ne ha presi tre? Non gliene bastava uno?

I: traduce

K (I): dice io li ho presi perché così se i bianchi mi dovessero chiedere io...

CTPx: a lui non servivano i cellulari?

I: traduce

K (I): no no io non avevo...il cellulare non mi serviva per far niente

DR. PENNATI: ma sperava che li trovasse la polizia questi cellulari?

I: traduce

K (I): io non pensavo alla polizia io pensavo alle persone normali che vedevo in giro

DR. PENNATI: e che cosa avrebbe fatto con questi cellulari? Cioè che cosa avrebbe detto alle persone normali facendo vedere tre cellulari?

I: traduce

K (I): no lui ha specificato io non l'ho detto se sarò io a darli...saranno loro a venirmi a chiedere perché ce li ho addosso

DR. PENNATI: ok

CTPy: c'erano anche dei soldi?

DR. PENNATI: qualche spicciolo

CTPy: che ha preso lui... ?

DR. PENNATI: qualche spicciolo

CTPy: e perché ha preso anche dei soldi?

I: *traduce*

K (I): vale lo stesso motivo

CTPx: si ma scusate non si può fare una domanda un po' più ??? (1:25'38")? Cioè nel senso che lui ha colpito perché lo dicevano le voci e ha rubato perché lui era...si preparava a difendersi dal fatto che aveva colpito?

I: *traduce*

K (I): io sapevo che mi avrebbero sicuramente chiesto il motivo e io glielo avrei dato

DR. PENNATI: ma perché tre?

I: *traduce*

K (I): perché io ho pensato se io prendo uno e ne trovano altri due con i cellulari mi chiederanno ma perché non hai preso anche quelli e hai preso solo questo?

DR. PENNATI: e perché ha buttato via il lettore mp3? Era un iPod...

I: *traduce*

K (I): perché la persona ascoltava la musica e io volevo spegnere la musica e siccome non riuscivo a capire dove spegnere l'ho buttato

DR. PENNATI: io sarei a posto

PROF. SSA MERZAGORA: perché stiamo... a questo punto lui comincia a ricostruire...ne avrà anche le tasche piene di noi...

DR. PENNATI: ok, io devo chiedere la cartella...

PROF. SSA MERZAGORA: cosa deve chiedere?

DR. PENNATI: la cartella

PROF. SSA MERZAGORA: la cartella...io posso andare giù a fumare? Tu mi scusi ma sono due ore

DR. PENNATI: grazie, buon viaggio...

[i periti e i consulenti si congedano]

I: posso... vuole sapere se abbiamo finito

DR. PENNATI: sì, grazie

PROF. SSA MERZAGORA: forse, adesso per oggi si... può darsi che...

I: *traduce*

DR. PENNATI: arrivederci

[fine a 1:28'50"]