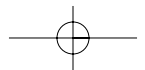
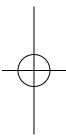
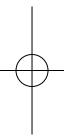


COMMENTI A SENTENZA

01

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno I - n. I - 2007



ISABELLA MERZAGORA BETSOS

Opache follie, impulsi resistibili, furori non sempre morbosi e il ritorno della perizia criminologica

Corte di Cassazione, Sezioni Unite, Ud. 25 gennaio 2005, n. 9163, Pres. Marvulli, Rel. Marzano, P.M. Esposito, Raso.

Ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, anche i disturbi della personalità, che non sempre sono inquadrabili nel ristretto novero delle malattie mentali, possono rientrare nel concetto di «infermità», purché siano di consistenza, intensità e gravità tali da incidere concretamente sulla capacità di intendere o di volere, escludendola o scemandola grandemente, e a condizione che sussista un nesso eziologico con la specifica condotta criminosa, per effetto del quale il fatto di reato sia ritenuto causalmente determinato dal disturbo mentale. Ne consegue che nessun rilievo, ai fini dell'imputabilità, deve essere dato ad altre anomalie caratteriali o alterazioni e disarmonie della personalità che non pre-

sentino i caratteri sopra indicati, nonché agli stati emotivi e passionali, salvo che questi ultimi non si inseriscano, eccezionalmente, in un quadro più ampio di infermità. (Nella specie, la Corte ha annullato la sentenza impugnata, che aveva erroneamente escluso il vizio parziale di mente, sul rilievo che il disturbo paranoideo, dal quale, secondo le indicazioni della perizia psichiatrica, risultava affetto l'autore dell'omicidio, non rientrava tra le alterazioni patologiche clinicamente accertabili, corrispondenti al quadro di una determinata malattia psichica, per cui, in quanto semplice "disturbo della personalità", non integrava quella nozione di «infermità» presa in considerazione dal codice penale).

“Invero, i raddrizzatori sono giunti anche a dare nomi – nella lingua ipotetica (come insegnato al Liceo della Sragione) – a tutte le forme conosciute di indisposizione mentale, e a classificarle secondo un sistema tutto loro che, sebbene io non possa capirlo, sembrava funzionare bene nella pratica; perché sono sempre capaci di dire a un uomo qual’è il suo problema, non appena hanno ascoltato la sua storia, e la loro familiarità con i paroloni rassicura l’uomo del fatto che abbiano capito perfettamente il suo caso” (S. Butler, Erewhon)

1. Facciamo un po’ di ordine. Luigi Chiatti rimarrà nella memoria del grande pubblico come “il Mostro di Foligno”, figura inquietante di serial killer pedofilo, ma, per i palati più raffinati degli studiosi, il suo caso è piuttosto emblematico degli scompigli giurisprudenziali e peritali degli ultimi anni.

Leggendo infatti le tre sentenze che lo hanno riguardato, a proposito della valutazione della sua imputabilità in primo grado leggiamo:

“A tal fine [al fine di escludere o grandemente scemare la capacità di intendere o di volere] sono rilevanti le accertate malattie di mente in senso medico legale intendendosi per tali le malattie che la scienza psichiatrica definisce ‘grandi psicosi’, mentre non hanno valore di malattia e quindi come causa di esclusione della responsabilità le psicopatie o disturbi della personalità” (Corte di assise di Perugia, 27 febbraio 1995).

Poco più di un anno più tardi, però, in sede di appello l’affermazione veniva ribaltata stabilendo che:

“qualunque condizione morbosa, anche se difficilmente caratterizzabile sul piano clinico, può integrare il vizio di mente, sempre che presenti connotazioni tali da escludere o diminuire le normali capacità intellettive e volitive, di talché è possibile attribuire significato patologico alle alterazioni mentali atipiche e alle psicopatie” (Corte d’assise d’appello di Perugia, 11 aprile 1996).

Infine, sempre a cadenza pressoché annuale, era la volta della Cassazione che a proposito del caso Chiatti adombrava quella che sarebbe stata la posizione delle Sezioni Unite nella sentenza 9163/2005 che si è qui a commentare, affermando:

“il concetto di infermità mentale recepito dal nostro codice penale è più ampio rispetto a quello di malattia mentale, di guisa che, non essendo tutte le malattie di mente inquadrate nella classificazione scientifica delle infermità, nella categoria dei malati di mente potrebbero rientrare anche dei soggetti affetti da nevrosi e psicopatie, nel caso che queste si manifestino con elevato grado di intensità e con forme più complesse tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi. In tal caso –al fine della esclusione o della riduzione della imputabilità- è comunque necessario accertare l’esistenza di un effettivo rapporto tra il complesso delle anomalie psichiche effettivamente riscontrate nel singolo soggetto e il determinismo dell’azione delittuosa da lui commessa, chiarendo se tale complesso di anomalie psichiche, al quale viene riconosciuto valore di malattia, abbia avuto un rapporto motivante con il fatto delittuoso commesso” (Corte di cassazione, sez. I, 4 marzo 1997).

Naturalmente, la *cause celebre* risente di alcuni fattori specifici e non sempre estendibili ai casi di banale quotidianità. Per esempio, nel caso di delitti efferati e che colpiscono l'immaginario accade di pensare che allo psicopatologo forense sia consegnato il mandato di sedare angosce sociali, al punto che il quesito esplicito sulla capacità di intendere e di volere ne sottintenda piuttosto un altro, più accorato, preghiera più che quesito: "Dica il perito che [non "se"] il "mostro" ha commesso queste atrocità perché è folle, e che tale follia lo rende qualitativamente diverso da noi esseri razionali, che pertanto noi non saremo esposti al rischio di commettere tali atrocità". In quei casi in cui si mobilitano prepotentemente fantasmi e terrori inconsci il mandato scientifico ne lascia intendere altri, di rassicurazione razionale: il perito ribadisca, insomma, che il "mostro" è tale, che è alieno da noi, che noi non siamo mostri, che il male non è una potenzialità in agguato nel nostro come nell'altrui animo. Ciò che viene chiesto è una comprensione in chiave di rassicurazione, una tutela di fronte all'angoscia dell'incognito, anche del proprio incognito¹.

In questi casi, inoltre, non di rado accade che si passi dalle pronunce più restrittive in primo grado a quelle più accoglienti in appello. In secondo grado infatti la maggiore distanza temporale dal fatto seda, anche per le Corti, i "bisogni emotivi di pena"².

- 1 Merzagora I., "Il Folle, il Mostro, l'Esperto", *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno IV, N. 2, pgg. 279- 296, Aprile 1995. In senso analogo: " 'i mostri fanno quel che fanno perché sono pazzi' è un giudizio ancora tanto facile a sentirsi. Orbene, se questa falsa spiegazione resiste tutt'ora, un motivo c'è, anzi ve ne sono due: perché essa dà allo stesso tempo comprensibilità e rassicurazione. Quegli orrendi delitti che alla luce del senso comune sono inspiegabili, sembrano diventare *più comprensibili* attribuendoli alla follia dei loro autori. La follia giustifica infatti la disumanità degli atti con la presunta disumanità (alienazione) di chi li compie: e poichè quei delitti non si capiscono, si pensa che non li si possa capire, essendo il frutto della pazzia: cioè di qualcosa che sarebbe per definizione incomprendibile, perchè esula dall'umano. Anche questa è una spiegazione che, seppure erronea, consente in qualche modo di dar rassicurazione addebitandoli alla pazzia. [...] Ma si diceva che spiegare con la follia i loro delitti ha anche una *funzione rassicurante*. Se infatti i serial killer sono dei matti, possiamo stare tranquilli: in noi, convinti di essere 'sani di mente', non possono albergare i mostri" (Ponti G., Fornari U., *Il fascino del male: Crimini e responsabilità nelle storie di vita di tre serial killer*, Cortina, Milano, 1995).
- 2 Sempre a proposito del "caso Chiatti": "La Corte d'Assise d'Appello, fors'anche perchè intervenuta dopo un maggior lasso di tempo dal fatto di reato, ed in cui quindi i c.d. bisogni emotivi di pena, espressi dalla collettività ed ampliati a dismisura dai *mass media*, si erano relativamente placati, ha invece ritenuto di aderire al più moderno paradigma psicologico, per cui ha riconosciuto l'imputato affetto, al momento dei fatti, da una semi-infermità mentale, e lo ha condannato, in riforma della sentenza di primo grado, alla pena di anni trenta di reclusione, cui ha aggiunto la misura di sicurezza del ricovero in casa di cura e custodia per la durata minima di tre anni" (Manna A., "Editoriale - Diritto penale e psichiatria di fronte alla malattia mentale", *Rassegna Italiana di Criminologia*, XI, 3-4, pgg. 327-351, 2000).

In ogni modo, e per tornare al nostro tema, finalmente – nel senso di “alla fine” – la Sentenza 9163/2005 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione ha stabilito che:

“Anche i ‘disturbi della personalità’, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; per converso, non assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre ‘anomalie caratteriali’ o gli ‘stati emotivi e passionali’, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente”.

In pratica, con l’estendere ai disturbi di personalità e alle nevrosi – questi i termini usati dai giuristi – le ipotesi di incidenza sull’imputabilità si è effettuato un recupero in termini di certezza in una situazione in cui da un lato nelle aule di giustizia il disturbo di personalità e la nevrosi avevano da tempo divelto gli argini che contenevano le ipotesi di non imputabilità alle psicosi ed alle patologie ad eziologia organica, ma dall’altro non mancavano pronunce anche recenti di segno opposto.

Nelle sentenze, infatti, trovavamo veramente di tutto. Trovavamo tautologie: “Qualunque condizione morbosa, anche se difficilmente caratterizzabile sul piano clinico, può integrare il vizio di mente, sempre che presenti connotazioni tali da escludere o da diminuire grandemente le normali capacità intellettive e volitive” (Cass., 13 gennaio 1986); “qualsiasi situazione morbosa, anche se non ben definibile clinicamente, è idonea a configurare il vizio di mente, purché la sua intensità sia tale da escludere o da diminuire grandemente le capacità intellettive o volitive del soggetto” (Cass., 29 settembre 1986); “a determinare il vizio di mente possono essere sufficienti anche alterazioni psichiche atipiche, quante volte esse, per la loro imponenza, si risolvano in fattori perturbativi, in accentuata misura, della capacità di intendere e di volere” (Cass., 10 febbraio 1986); trovavamo spericolate scorribande nella psicoanalisi: “È possibile ravvisare nel delitto commesso da uno psicopatico la risoluzione di un conflitto edipico non superato, e in tale ragione occulta individuare il vero movente dell’azione criminosa con cui il reo mira a placare il profondo senso di colpa da cui si sente afflitto” (Cass., 17 febbraio 1978); trovavamo incursioni nella psicologia dei gruppi: “Se il gruppo, in sé e per sé considerato, non è ‘disturbo’, né ‘infermità’, né ‘sindrome invalidante’, né ‘malattia’, esso però può fungere da ‘collante’ a patologie diverse, mescolandole ed esaltandole con effetti sinergici e dirompenti (Ass. Appello Venezia, 30 aprile 1993); trovavamo, alla perfine, l’affermazione più esplicita di quello che sarà l’orientamento attuale: “La nozione giuridica di infermità rilevante ai fini dell’imputabilità, può in concreto essere integrata, oltre che da quelle alterazioni psichiche per le quali la scienza medico-legale utilizza la definizione di malattia di mente (e che la scienza psichiatrica definisce psicosi organiche od endogene ovvero ad esse assimila), anche da altre anomalie che la scienza psichiatrica riconduce nella categoria dell’abnormità psichica ed i cui soggetti sono per lo più designati con le espressioni di nevrotici (se la sindrome è caratterizzata da un particolare tipo di sofferenza, con senso di

malattia, che si esplica con svariati sintomi e meccanismi) e di psicopatici (se la sindrome è caratterizzata da quadri e comportamenti dannosi non solo per il soggetto, ma anche per gli altri) – le quali non integrano il concetto medico-legale specifico di malattia, ma costituendo varianti anomale dell'essere psichico, sono ricondotte nella categoria medico-legale generica della infermità di mente” (Cass., 29 settembre 1986); alla quale, peraltro, continuava ad opporsi –contemporaneamente– l'interpretazione “classica” per la quale: “La malattia di mente rilevante per l'esclusione o per la riduzione dell'imputabilità è solo quella medico-legale, dipendente da uno stato patologico veramente serio, che comporti una degenerazione della sfera intellettuale o volitiva dell'agente; di conseguenza deve ritenersi sussistente la capacità di intendere e di volere in un soggetto affetto solo da anomalie psichiche o da disturbi della personalità” (Cass., 20 ottobre 1997).

Per concludere, soggetti che avevano ricevuto identica diagnosi venivano ritenuti ora imputabili, ora non imputabili, e il proscioglimento o la condanna potevano dipendere dalle capacità dialettiche del perito, dall'autorevolezza del consulente, dalla suggestione di certi termini dal vago aroma scientifico, dalla scuola scientifica di appartenenza, oltre ché – bisogna pur aggiungere – dall'effettivo concretizzarsi della malattia in quell'individuo, in quel momento, rispetto a quel fatto.

Allora un primo pregio della Sentenza 9163/2005 delle Sezioni Unite sta proprio nell'aver messo fine alle “oscillazioni interpretative” (così nella Sentenza) e al “disorientamento giurisprudenziale” (così nella Relazione che la accompagna), cioè a confusioni ed ambiguità che non giovano alla certezza del diritto e dunque alla sua credibilità; ciò in adempimento alla funzione sua propria “di assicurare l'uniformità degli indirizzi giurisprudenziali e, attraverso essa, il recupero di nomofiliachia della Corte di Cassazione al fine di garantire l'unità del diritto oggettivo nazionale”³.

Ci si è poco generosamente scagliati contro i giudici, ma certe espressioni che appartengono al gergo psichiatrico che ritroviamo nelle sentenze sopra citate questi giudici le hanno trovate nelle perizie; potranno magari averle capite male (perché poi?, la sentenza delle Sezioni Unite e la Relazione che l'accompagna mostrano come invece si muovano benissimo in una materia che non è loro propria), ma le oscillazioni non sono certo solo giurisprudenziali bensì anche peritali. Anzi, uno dei motori della sentenza è probabilmente proprio quello del “richiamo all'ordine” ai periti che da tempo dicevano – e facevano dire ai tribunali – tutto e il contrario di tutto.

La Dottrina psicopatologico forense infatti non è univoca; anzi chi scrive si è più volte espressa nel senso di restringere semmai le ipotesi per le quali si ammette l'incapacità di intendere o di volere, per esempio nel senso che anche per i soggetti affetti da quei disturbi da sempre reputati infermità ai sensi degli artt. 88 e 89 C.P. – le psicosi prime fra tutti – può riconoscersi viceversa l'imputabilità, ma certo è che dal punto di vista clinico non si può escludere che qualsiasi patologia mentale possa, almeno in astratto, incidere sulla capacità di intendere o di volere. Anzi,

3 Bargi, in: Bertolino M., “L'infermità mentale al vaglio delle Sezioni Unite”, *Diritto penale e processo*, n. 7, p. 853, 2005.

la Suprema Corte cita “solo” i disturbi di personalità e le nevrosi, ma a questo punto il discorso potrebbe senz’altro estendersi a “tutto quanto fa malattia”.

La preoccupazione espressa da alcuni – forse estranea alle valutazioni scientifiche – è che la cittadinanza acquisita in particolare dai disturbi di personalità nel novero delle ipotesi di infermità ampli in modo incontrollato le assoluzioni per difetto di imputabilità, e in questo senso la cautela suggerita dalla Sentenza 9163/2005, che cioè le forme patologiche siano “di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa” [capacità di intendere e di volere] è quanto mai opportuna, tanto più che si chiarisce ulteriormente: “Deve, perciò, trattarsi di un disturbo idoneo a determinare (e che abbia, in effetti, determinato) una situazione di assetto psichico incontrollabile ed ingestibile (totalmente o in grave misura), che, incolpevolmente, rende l’agente incapace di esercitare il dovuto controllo dei propri atti, di conseguentemente indirizzarli, di percepire il disvalore sociale del fatto, di autonomamente, liberamente, autodeterminarsi”.

Ma le apprensioni non svaniscono del tutto. Secondo Fiandaca, per esempio, lo “psichismo mafioso” avrebbe connotati tali da farlo assimilare ad una “personalità psicopatologica”⁴, e già oggi fa venire cattivi pensieri il fatto che fra gli internati nell’O.P.G. di Barcellona Pozzo di Gotto si segnalino non solo schizofrenici, paranoici, oligofrenici, ma anche tutta una miscellanea, dai “caratteropatici” ai nevrotici, e perfino “non affetti da patologia di sorta”, tanto più che in un ampio campione di perizie psichiatriche disposte dal Tribunale di Messina non risulta alcun appartenente alla criminalità organizzata pienamente imputabile⁵.

Il punto è forse ancora più allarmante per gli autori di delitti atroci in generale e per gli assassini seriali in particolare. Molti dei serial killer si caratterizzano per comportamenti – prima, durante e dopo l’omicidio – che violano i nostri più radicati tabù in merito alla pietà, al rispetto per la persona umana e dunque anche per il suo corpo, al disgusto, a tutti i concetti possibili di “normalità”. Non ci si dilungherà nelle descrizioni che servono solo a suscitare raccapriccio, basti citare i non infrequenti casi in cui gli omicidi si sono accompagnati a rituali feticistici a dir poco bizzarri, atti di atroce sadismo, compiacimenti nelle torture, vampirismo, necrofilia, antropofagia.

Anche per il serial killer, per il “*Mass Murderer*”, per il ragazzo “perbene” che stermina la famiglia per godersi l’eredità, per il necrofilo e cannibale – e, di orrori, chi più ne ha più ne metta – abbiamo categorie nosografiche: tanto per cominciare perchè il “mostro” malato può esserlo, poi perchè abbiamo tutto un bagaglio di etichette a disposizione. Allora, faremo diagnosi di “Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato, come nel caso di Dhamer “mostro di Milwaukee” che uccise almeno quindici giovani, si intrattenne sessualmente coi loro cadaveri, si rese responsabile di atti di cannibalismo, conservò parti dei corpi in freezer; di

4 Fiandaca G., Osservazioni sulla disciplina dell’imputabilità nel Progetto Grosso, in: Manna A., Introduzione, in: Manna A. (a cura), *Verso un codice penale modello per l’Europa – Imputabilità e misure di sicurezza*, Cedam, Padova, pp. 199 sgg., 2002.

5 Russo G., “Sulla valutazione di pericolosità sociale del malato di mente autore di reato”, *Rassegna Italiana di Criminologia*, I/4, pp. 439-461, 1990.

“Disturbo Borderline”, come nei confronti del “Mostro di Torino”; di “Disturbo Narcisistico”, come per i parenticidi più celebri (Pietro Maso e Erika Di Nardo), perché ben poco sfugge allo scrupolo classificatorio dei Manuali dell’American Psychiatric Association, e una diagnosi la si trova sempre, soprattutto appunto fra i Disturbi di Personalità.

Ma la preoccupazione forse è eccessiva. Anche fra i giuristi, nel commentare la Sentenza 9163 si fa presente come la nozione estesa dell’infermità comporterà piuttosto uno spostamento dell’asse valutativo dal piano psicopatologico a quello normativo, al punto che il secondo piano del giudizio diviene “il vero giudizio di imputabilità”⁶, e in effetti quel che probabilmente accadrà anche ospitando nevrosi e, soprattutto, disturbi di personalità fra le infermità giuridiche sarà uno “sbilanciamento” della valutazione dell’imputabilità dal momento medico, quello della diagnosi, a quello della valutazione della capacità di intendere o di volere.

2. Intermezzo filosofico e forse deprimente. A questo punto potremmo però porci una domanda: chi si discosta in modo così massiccio dalla norma comportamentale, come gli autori di certi spaventevoli delitti, è affetto da disturbo mentale, oppure noi facciamo diagnosi di disturbo mentale quando troviamo qualcuno che si discosta in modo così massiccio dalla norma comportamentale? Insomma, la psichiatria e la psicologia sono diverse dalla cardiologia, dalla traumatologia, dall’otorinolaringoiatria, e via citando, non tanto perché abbiano un diverso oggetto – anche le materia menzionate hanno diversi oggetti, ma sempre riconducibili al biologico ed organico –, ma perché nel loro discorso l’uomo rientra con il suo corpo, poi con la sua mente, e poi anche con tutto il suo corredo culturale.

Problema, questo, che si complica ulteriormente quando entra in gioco il crimine: “un giudizio sulla natura patologica di un’azione delittuosa o di una condotta antisociale comporta necessariamente un’analisi ed una comparazione sulle idee, sui concetti e sulle credenze del soggetto che agisce e sugli stessi punti di riferimento di chi osserva e valuta l’azione. La nozione di sintomo psichiatrico è, quindi, inestricabilmente legata al concetto sociale, inclusa l’etica nel quale si

6 Bertolino M., Relazione di sintesi, Convegno: *Crimini, Criminali e Malattia Mentale – Scienze Giuridico-Penali e Scienze Empirico-Sociali a confronto*, Università degli Studi Milano Bicocca, Università degli Studi di Milano, Parlamento europeo, Milano, 11-12 maggio 2006. Per Dawan: “È assai probabile che il rilievo attribuito dalle Sezioni Unite al nesso di causalità nei termini più sopra illustrati finisca per comportare lo spostamento dell’asse della valutazione dell’imputabilità dal momento medico, quello della diagnosi, a quello giuridico della valutazione della capacità di intendere e di volere. Non sarà più, pertanto, la singola, determinata, classificata malattia a venire in considerazione, ma saranno gli *effetti* delle più diverse condizioni psicopatologiche ad essere adesso, dopo la pronuncia della Suprema Corte, oggetto dell’accertamento peritale, salvo ad affermarne la effettiva rilevanza giuridica solo quando possa esserne documentata la reale incidenza sulla predetta capacità in riferimento al reato commesso” (Dawan D., *I nuovi confini dell’imputabilità nel processo penale*, Giuffrè, Milano 2006, pp. 101-102).

determina, in modo analogo a quello in cui la nozione di sintomo fisico è legata ad un contesto anatomico e genetico”⁷.

Persino senza che vi sia delitto, la psicopatologia si occupa dall’a-normale ma anche dell’a-normativo: il guaio della psicopatologia, cioè, è di essere costretta a diagnosticare sul sintomo attinente al *mondo dei fatti* (la sofferenza, che non distingue fra oggettivo e soggettivo perché è oggettiva per definizione: se “sento” sofferenza, ergo la sofferenza c’è) e sul segno attinente al *mondo dei valori* (definire un comportamento come anormale, dipende evidentemente dalla definizione storicamente data di norma, in questo caso però norma di valore, non solo norma statistica).

Ci si permetta un esempio: “Stando in preghiera, nella festa del glorioso san Pietro, vidi presso di me – o piuttosto sentii, perché non vidi nulla con gli occhi del corpo né con quelli dell’anima –, mi parve, dico, di vedere presso di me Gesù Cristo. Capii nel medesimo tempo che era lui che io credevo di sentir parlare. [...] Mi pareva che Gesù Cristo se ne stesse accanto a me; però, poiché la visione era senza immagine, non vedevo sotto quale forma; ma sentivo perfettamente che egli era sempre al mio fianco destro, era testimone di tutte le mie azioni, e per poco che fossi in raccoglimento o che non fossi distratta, non potevo ignorare la sua presenza accanto a me”. Queste parole, se pronunciate oggidì da una qualsiasi persona comporterebbero *eo ipso* una diagnosi, e fra le più “pesanti” del repertorio psichiatrico; scritta, viceversa, da Teresa d’Avila intorno alla metà del Cinquecento⁸, le guadagna l’onore degli altari.

Nessuno stupore: semplicemente allora e secondo quella cultura, ciò che oggi chiamiamo “delirio” era un’esperienza culturalmente compatibile.

Pur non volendo affatto disconoscere gli enormi progressi compiuti e le grandi speranze suscitate dagli approcci biologici e chimici, soprattutto in campo terapeutico, che la psicopatologia sia incrostata di cultura è innegabile e può provarsi anche con esempi meno lontani nel tempo e con ammissioni degli stessi addetti ai lavori.

Fra i segni più culturalmente determinati di tutta la psicopatologia spicca appunto il delirio, come possiamo evincere dalla disamina delle definizioni che ne danno i diversi Autori. Dai “classici”, come Kraepelin e Bumke, per i quali il delirio è un “errore morboso di giudizio che non si lascia rettificare dalla esperienza e dalla critica”⁹, fino ai più recenti Giberti e Rossi, per i quali il delirio è un insieme o un complesso di idee deliranti, ed a propria volta l’idea delirante si definisce come “Idea patologica in quanto non corrispondente alla realtà, né modificabile mediante prove ed argomenti razionali”¹⁰; per Jaspers: “il delirio è un giudizio

7 Bersani G., Leggeri G., Sintomo psichiatrico e condotta antisociale, in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol 13: *Psichiatria forense generale e penale*, 607-633, Giuffrè, Milano, 1990.

8 Santa Teresa d’Avila, *Autobiografia*.

9 Citato da: Sarteschi P., Maggini C., *Manuale di Psichiatria*, Edizioni SBM, Bologna, p. 141, 1982.

10 Giberti F., Rossi R., *Manuale di Psichiatria*, II Ed., La Nuova Libreria, Milano, 415, 1980.

errato di realtà, che non viene corretto né dalla critica né dall'esperienza"¹¹. Ancor più espliciti (e prudenti) altri, per esempio il trattato di Freedman et al., secondo cui il delirio è un: "Errato convincimento che non si accorda con l'intelligenza e il back ground culturale di un paziente"¹², o Sarteschi e Maggini che avvertono: "Allorchè si valuta il contenuto di pensiero bisogna sempre tener conto del substrato culturale e dello sviluppo biografico del paziente, diversamente si può rischiare di considerare deliranti temi che invece sono perfettamente in sintonia con l'età, la cultura, l'estrazione sociale del soggetto"¹³. Per coloro che sconfinano nella filosofia, poi: "Ciò che, pensato individualmente, può sembrare un delirio, spesso è parte di una cultura all'interno della quale il delirio consente un'elaborazione significativa della realtà. Bisogna infine guardarsi dall'assumere come norma per una corretta interpretazione del reale i criteri della razionalità storicamente vigente rispetto alla quale tutte le forme da essa non regolate possono apparire deliranti"¹⁴.

Infine, più volte nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali per potersi formulare una diagnosi si fa riferimento alle "Caratteristiche collegate a cultura e genere", e per esempio, proprio per una patologia fra le più severe: "L'ambiente culturale e religioso del soggetto deve essere tenuto in considerazione nel valutare la possibile presenza di un Disturbo Delirante. Certi ambienti culturali hanno convinzioni ampiamente condivise e culturalmente sancite che potrebbero essere considerate deliranti in altri contesti. Anche il contenuto dei deliri varia nelle differenti culture e sottoculture"¹⁵. Ancora, per i Disturbi di Personalità, il rimando alle caratteristiche culturali è continuo, e in generale: "La caratteristica essenziale di un Disturbo di Personalità è un modello costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo [...] La valutazione del funzionamento della personalità deve prendere in considerazione l'ambiente etnico, culturale e sociale dell'individuo"¹⁶.

A parte illustri eccezioni, le definizioni di delirio fanno riferimento ad una realtà come se questa fosse qualcosa di oggettivo, di "dato", di indiscutibile e di indiscusso, ma gli stessi estensori di esse sanno perfettamente che ognuno di noi è almeno in parte artefice della realtà, e certamente la realtà sociale in cui il malato o presunto tale si muove è una costruzione culturale. Le streghe erano ben reali per gli uomini del Cinque-Seicento, e c'erano manuali di semeiotica in materia; forse i tossicomani saranno una costruzione sociale per i nostri pronipoti del Duemiladuecento, e si scriveranno saggi in cui si irriderà alla nostra convinzione sulla realtà ontologica della tossicodipendenza.

- 11 Citato da: Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, III Ed., Utet, Torino, p. 471, 2004.
- 12 Freedman A. M., Kaplan H. I., Sadock B. J., *Trattato di Psichiatria*, Aggiornamento alla II Ed., Piccin, Padova, pp. 1407-1408, 1984.
- 13 Sarteschi, Maggini, cit., p. 142.
- 14 Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, pp. 261-263, 1992.
- 15 *DSM-IV-TR*, Masson, Milano, p. 356, 2001.
- 16 *DSM-IV-TR*, cit., pp. 730-731.
- 17 Per esempio, nella Sentenza: "è dato innanzitutto alle scienze di individuare il com-

Sulla poca affidabilità della etichetta di “delirio” e di “delirante”, basti d’altro canto il gustoso aneddoto, mi pare riferito da Szasz e ripreso da Lopez, che riporta la seguente frase di una cartella clinica (cito a memoria): “Delirante di gelosia, giunge in reparto accompagnato dalla moglie e dall’amante di costei”.

Tutto ciò non è necessariamente “sbagliato” o “iniquo”, non è dovuto alla sottile perfidia degli psicopatologi in veste di moderni inquisitori e sterminatori della diversità, non è forse neppure da doversi correggere: se, infatti, da un lato occorre guardarsi dall’etichettare come follia ciò che è invece mera devianza, dall’altro è possibile che per scostarsi in modo prepotente dagli imperativi culturali della propria epoca e del proprio mondo si debba essere non solo eccentrici, ma per l’appunto malati. La psicopatologia è medicina incrostata di cultura, s’è detto, e finisce magari per confondere la malattia con la deviazione dalla normalità etica e statistica, o, forse, proprio perché la psicopatologia è indissolubilmente impastata con la cultura, è lecito classificare come folle quel che tanto si discosta dalle attese sociali.

A questo punto potrà sembrare che si stia andando a zonzo, ma l’insistito ricorso che la sentenza fa alla “scienza” in generale¹⁷ e al DSM in particolare crediamo giustifichi la digressione.

Premesso che non si nutrono molte illusioni sull’esattezza della scienza, di qualsivoglia scienza, persino della fisica ed a maggior ragione di quelle evocativamente definite *soft sciences*, almeno dal 1927, quando Werner Heisenberg scoprì la natura probabilistica delle leggi della Meccanica Quantistica, o dal 1931, anno di formulazione del teorema di incompletezza di Gödel, e bisognerà pur ammettere che

pendio dei requisiti bio-psicologici che facciano ritenere che il soggetto sia in grado di comprendere e recepire il contenuto del messaggio normativo connesso alla previsione della sanzione punitiva”; “risolvendosi – come s’è detto – il concetto di imputabilità sul duplice piano empirico e normativo, la sua ridefinizione deve avvenire attraverso la valorizzazione delle più aggiornate acquisizioni scientifiche, nonostante la pluralità dei paradigmi interpretativi riscontrabile all’interno della scienza psichiatrica, riconoscendosi così il primato dell’identità normativa, ma non prescindendosi dal necessario apporto dell’identità empirica ed in tal guisa confermandosi la necessaria collaborazione tra giustizia penale e scienza”; “quanto al rapporto ed al contenuto dei due piani del giudizio (quello biologico e quello normativo), il secondo non appare poter prescindere, in ogni caso, dai contenuti del sapere scientifico”. Per esempio nella Relazione: “la ridefinizione del concetto di imputabilità debba avvenire comunque attraverso la valorizzazione delle più aggiornate acquisizioni scientifiche”; “si riconosce il primato dell’identità normativa, ma non si dimentica l’apporto necessario dell’identità empirica, confermando, così, l’esigenza di una giusta collaborazione tra giustizia penale e scienza”; “l’approccio al tema del rilievo delle anomalie psichiche sul piano dell’imputabilità è nel senso di realizzare un adeguamento del diritto al sapere scientifico, individuando formule che non allarghino, ma nemmeno blocchino in modo troppo rigido le possibili, nuove malattie mentali”; “è proprio il collegamento con la scienza che può dare un senso alla formula normativa, che non deve restare astratta, ma deve avere una salda base empirica che porti all’identificazione della nozione di imputabilità”.

18 Catanesi R., Martino V., *Verso una psichiatria forense basata su evidenze*, Relazione

la psicopatologia se giudicata in termini di scientificità e di certezza non è messa granché bene, non solo nei confronti della fisica, ma persino in quelli della medicina del corpo quando voglia porre diagnosi, e cioè distinguere fra “normale” e “patologico”. In psicopatologia un paradigma di normalità è quasi impossibile a fissarsi; non si è fautori del dualismo cartesiano, ma qualche differenza c’è pure: il corpo umano ha una certa uniformità per la quale possiamo ragionevolmente aspettarci che vi sia una normalità basata sulla presenza di una testa, due gambe, organi interni di un certo tipo e in certo numero, ma ben diverso è stabilire qual’è la norma in ambito psichico perché il termine “normalità” rinvia per forza di cose ad un sottostante significato statistico che poco ha a che vedere con la soggettività psichica.

Per l’ambito forense, questo comporta, come giustamente è stato fatto osservare, che: “Nel dibattito attualmente in corso sulla prova in medicina legale la psichiatria forense corre il rischio di essere considerata – in larga parte a ragione – l’anello più debole della catena, la ‘cenerentola’ del settore scientifico disciplinare. Giudizio in parte fondato, duole ammetterlo, per l’intrinseca debolezza del procedimento diagnostico in psichiatria, per l’ineliminabile componente soggettiva in essa presente e per la carenza di una diagnostica ‘biologica’ in grado di restituire oggettività all’osservazione clinica”¹⁸. Verissimo, ma non esageriamo: come altrettanto giustamente questi stessi Autori ricordano, quantomeno occorrerà distinguere fra far male una cosa e non poterla fare, cioè fra perizie redatte da pressapochisti che irrompono nel foro con la scodinzolante inconsapevolezza di cuccioli di Terranova, e impossibilità intrinseche di rispondere ai quesiti. Comunque non siamo allo sbando, e: “La diagnosi in psichiatria risente ancora di un ineliminabile limite di soggettività di giudizio, ma ciò nonostante studi di settore dimostrano che l’affidabilità diagnostica, se perseguita con criteri metodologicamente adeguati, porta a larghe concordanze fra clinici. Ad es. un grande studio sulla affidabilità diagnostica in psichiatria condotto da Sartorius et al. (1995) in 32 paesi ha dimostrato che utilizzando i criteri del ICD-10 la Inter-Rater Reliability, ovvero la Concordanza tra Valutatori, era particolarmente buona (0.8-1.0), ovvero che la possibilità che due clinici potessero effettuare la medesima diagnosi era compresa fra il 64 ed il 100% dei casi. Alcuni dei limiti propri della psichiatria non sono poi estranei ad altre discipline mediche e non sono certo poche le patologie somatiche che non usufruiscono della possibilità diagnostica di un accertamento esterno di elevata affidabilità”¹⁹.

Del particolare statuto scientifico della psicopatologia i giuristi sono ben consapevoli, e per esempio in caso di responsabilità medica, la giurisprudenza di merito ha avuto modo di sostenere che la colpa dello psichiatra va valutata in termini

tenuta al convegno: *Crimini, Criminali e Malattia Mentale – Scienze giuridico-penali e Scienze empirico-sociali a confronto*, Università degli Studi Milano Bicocca, Università degli Studi di Milano, Parlamento europeo, Milano, 11-12 maggio 2006.

19 Il discorso sarebbe davvero troppo lungo; si rinvia al paragrafo “Validità della diagnosi clinica in Psichiatria” del lavoro di Catanesi e Martino citato alla nota precedente.

differenti, rispetto ad altri settori della medicina, in ragione del “minor grado di certezza che nella psichiatria si è raggiunto rispetto alle conoscenze acquisite negli altri settori della stessa scienza”²⁰.

La Sentenza delle Sezioni Unite pare voler risolvere la questione della scientificità affidandosi al Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, che richiama spesso, a cui dedica un intero paragrafo – il 5 – della Relazione che la accompagna, e di cui scrive: “Si avverte che non tutti i disturbi classificati dal DSM-IV sono malattie psichiatriche in senso stretto, ma quasi tutti e in particolare le più diffuse psicopatie possono essere prese in considerazione per valutare la riduzione della capacità di intendere e di volere in quanto si tratta di stati pervasivi e perduranti nel tempo che incidono sul funzionamento della persona”.

Ebbene, se si eccettua forse il capitolo “Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica”, tutti i Disturbi contenuti negli Assi I e II del DSM-IV-TR sono “malattie psichiatriche in senso stretto”. Anzi, il Manuale non solo si esime da qualsiasi “gerarchizzazione” dei disturbi, ma quasi ricusa di fornire una definizione di disturbo²¹.

In ogni caso, sempre seguendo il Manuale perché così fa la Corte, non può dirsi vi sia una graduatoria che veda in testa le psicosi e in subordine Disturbi d’Ansia e Disturbi di Personalità. Neppure il fatto che i Disturbi di Personalità siano collocati in “Asse II” consente di porre una simile graduatoria, posto che il Manuale chiarisce che, al più, i Disturbi collocati in “Asse I” sono “solitamente più floridi”, e, comunque, in “Asse II” vi è anche il Ritardo Mentale, da sempre reputato fra le situazioni suscettibili di incidere sull’imputabilità²², mentre, per converso, i Disturbi d’Ansia sono in “Asse I”, sicché non possono differenziarsi “nevrosi” e “psicopatie” in base al diverso asse in cui si collocano.

20 Tribunale di Ravenna, 29/9/2003, in: *Foro Italiano*, pgg. 566 sgg., 2004.

21 “Inoltre, sebbene in questo manuale venga fornita una classificazione dei disturbi mentali, si deve ammettere che nessuna definizione specifica adeguatamente i confini precisi del concetto di ‘disturbo mentale’. [...] Anche i disturbi mentali sono stati definiti tramite una varietà di concetti (es. stress, alterato controllo, menomazione, disabilità, mancanza di flessibilità, irrazionalità, quadro sindromico, eziologia, deviazione statistica). Ognuno rappresenta un utile indicatore di un disturbo mentale, ma nessuno di essi equivale al concetto, e situazioni diverse richiedono diverse definizioni” (*DSM-IV-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Text Revision*, Masson, Milano, p. 9, 2001).

22 “Sull’Asse II si riportano i Disturbi di Personalità e il Ritardo Mentale. Può essere utilizzato anche per annotare importanti caratteristiche di personalità e meccanismi di difesa maladattivi. L’indicazione dei Disturbi di Personalità e del Ritardo Mentale su un Asse a parte assicura un’adeguata considerazione per la possibile presenza di Disturbi di Personalità e Ritardo Mentale, che potrebbero essere altrimenti trascurati quando l’attenzione viene diretta ai disturbi di Asse I, solitamente più floridi. Non si deve ritenere che la codificazione dei Disturbi di Personalità sull’Asse II implichi che la loro patogenesi o la gamma dei trattamenti appropriati siano fondamentalmente diverse rispetto a quelle dei disturbi codificati sull’Asse I. I disturbi da riportare sull’Asse II sono elencati nel riquadro sottostante (DSM-IV-TR, cit., p. 43, 2001).

La decisione presa nel 1980 con il DSM-III di attribuire un Asse separato ai Disturbi di Personalità fu poi determinata da considerazioni pragmatiche, piuttosto che teoriche, senza che ciò volesse dire che esistano differenze sostanziali tra i Disturbi di Personalità e gli altri disturbi psichici; neppure si può ancora ritenere, come si riteneva fino a qualche anno fa, che i disturbi in Asse I fossero per la maggior parte provocati da fattori biologici e quelli in Asse II da fattori psicosociali, posto che “molti di questi quadri psicopatologici nascono dall’interazione di un’ampia gamma di fattori biologici e ambientali”²³.

Quanto all’impressione di maggiore scientificità che il sistema classificatorio del DSM sembra promettere, ci si limita a far osservare che per fare diagnosi di Disturbo di Personalità occorre valutare, per esempio, “un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell’individuo”: “abituale” cosa significa? “marcatamente” quanto? E poi: “Questo modello si manifesta in due (o più) delle seguenti aree...”²⁴: “più” fino a quanto? Insomma, ancora una volta la “scientificità” se intesa come certezza non ci appartiene.

La Sentenza della Cassazione, s’è detto, fa una decisa scelta in favore del manuale dell’American Psychiatric Association, il DSM appunto, al più citando *en passant* la classificazione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, l’ICD-10, ma su tale scelta non vi è, da parte psicopatologico forense, un’adesione così plebiscitaria. Fornari, per esempio, critica con decisione l’utilizzo del DSM in ambito forense argomentando che tale manuale, in tutte le sue successive versioni, ricomprende nel novero dei Disturbi Mentali tante e troppe situazioni, talché la sua adozione a fini forensi porterebbe ad un inaccettabile ampliamento delle ipotesi di esclusione o riduzione della capacità di intendere e di volere, e biasima la dispersività del Manuale, il suo patologismo, il “furore classificatorio dei colleghi americani”, “la separazione artificiosa e non riuscita tra criteri descrittivi e criteri dinamici”, “la pretesa, ma non rispettata ateoreticità”²⁵. Lo stesso Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, com’è noto, raccomanda cautela nella trasposizione giuridica delle categorie diagnostiche in esso contenute e nel suo utilizzo ai fini forensi²⁶.

23 Lang M., Fiorino F., *Il futuro dei Disturbi di Personalità nel DSM-V*, Relazione tenuta al convegno: *Crimini, Criminali e Malattia Mentale – Scienze giuridico-penali e Scienze empirico-sociali a confronto*, Università degli Studi Milano Bicocca, Università degli Studi di Milano, Parlamento europeo, Milano, 11-12 maggio 2006.

24 DSM-IV-TR, cit., pg. 733, 2001.

25 Fornari U., Il “valore di malattia” alla luce del DSM-III-R, in: Dell’Osso L., Lomi A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Giuffrè, Milano, pg. 9, 1989.

26 “Quando le categorie, i criteri e le descrizioni del DSM-IV vengono utilizzate a fini forensi, sono molti i rischi che le informazioni diagnostiche vengano utilizzate o interpretate in modo scorretto. Questo a causa dell’imperfetto accordo tra le questioni di interesse fondamentale per la legge e le informazioni contenute in una diagnosi clinica. Nella maggior parte dei casi la diagnosi clinica di un disturbo mentale del DSM-IV non è sufficiente a stabilire l’esistenza ai fini legali di un ‘disturbo mentale’, una ‘disabilità mentale’ o un ‘difetto mentale’. Nel determinare se un individuo soddisfa uno specifico standard legale (es. capacità legale, responsa-

Proprio commentando la Sentenza 9163/2005, Bertolino riporta non poche voci dissonanti nel coro di adesioni al DSM, ed almeno si pone l'interrogativo "sul grado di informatività empirica e affidabilità scientifica che si possa riconoscere al DSM", richiamando i pregi – almeno in termini di "certezza" e di affidabilità – sia della psicopatologia classica che del modello metodologico di tipo medico, ovvero ricordando le posizioni di chi auspica uno "sfortimento" dei disturbi che concorrono al repertorio nosografico utilizzabile in ambito forense²⁷.

Alla luce di quanto esposto, non è pertanto pacifica l'affermazione contenuta in Sentenza secondo cui "la dottrina psichiatrico-forense appare concordare, ormai, sulla circostanza che, essendo questo il sistema diagnostico più diffuso, ad esso occorra fare riferimento per la riconducibilità classificatoria del disturbo".

Come non bastasse, il Disturbo di Personalità è una delle diagnosi più controverse, e siamo alla vigilia di una revisione del DSM che influirà particolarmente sui Disturbi di Personalità, sulla loro definizione, abbandonando l'ateoreticità in favore di un modello teorico che privilegia i problemi con il Sé o con l'identità, operando la scelta di una prospettiva evolutiva, sottolineando le "difficoltà interpersonali croniche" di chi ne sia affetto²⁸. Si tratterà poi di vedere se queste inno-

bilità criminale o invalidità) sono di solito necessarie più informazioni rispetto a quelle contenute in una diagnosi del DSM-IV"; "I concetti clinici e scientifici implicati nella categorizzazione di queste condizioni come disturbi mentali possono essere del tutto irrilevanti in sede giuridica, ove ad esempio si debba tenere conto di aspetti quali la responsabilità individuale, la valutazione della disabilità e l'imputabilità" DSM-IV-TR, cit., pg. 15, 2001.

27 "Sempre più numerose si levano perciò le voci a favore di un ritorno alla psicopatologia classica, almeno quanto al metodo diagnostico, e non solo da parte degli psichiatri forensi. Troppo spesso infatti occorre registrare il fallimento dell'accertamento concreto del vizio di mente per la mancanza nella disciplina della previsione di standards qualitativi della diagnosi di infermità ai quali la perizia psichiatrica dovrebbe attenersi ovvero per la mancanza della possibilità di qualsiasi controllo da parte del sistema penale circa le tipologie di disturbi mentali qualificabili come infermità di mente in grado di escludere o diminuire la capacità di intendere o di volere dell'imputato. Per ovviare a siffatte lacune non si è mancato di sostenere come inevitabile un ritorno ai valori teoretici, clinici e didattici della psicopatologia classica o, in particolare, un recupero del modello metodologico di tipo medico, in quanto esso sarebbe l'unico in grado di fornire la prova più affidabile per decidere se rinunciare a condannare una persona in quanto inferma di mente. Qualora invece si volesse continuare ad avvalersi dei moderni schemi diagnostici ai fini della valutazione della diminuzione o eliminazione della capacità di intendere o di volere, secondo gli psichiatri e non solo forensi, i recenti Manuali Diagnostici Statistici si rivelerebbero comunque del tutto insufficienti, perché escludono i parametri della gravità e profondità del disturbo, fondamentali per la valutazione della influenza del disturbo sulla capacità di intendere e di volere. [...] Secondo un diverso orientamento occorrerebbe invece optare a favore di un'interpretazione rigorosa del DSM, nel senso di uno sfortimento dei disturbi che concorrono a formare lo schema nosografico da utilizzare in sede peritale, onde poter disporre di uno schema di riferimento diagnostico il più possibile sottratto alla sensibilità e agli orientamenti del singolo perito" (Bertolino, cit., 2005).

28 Lang, Fiorino, cit., 2006.

vazioni aggiungeranno “scientificità”, come parrebbe, posto che fra i limiti dei DSM finora impiegati a cui si vuole porre rimedio, Lang lamenta appunto che i confini tra un funzionamento della personalità normale e il funzionamento della personalità disturbata sono difficili da stabilire in maniera che non sia arbitraria, che mancano demarcazioni qualitativamente distinte tra i diversi Disturbi di Personalità, che vi è eterogeneità tra persone con la stessa diagnosi, che il numero di Disturbi NAS risulta troppo elevato.

3. Criminogenesi e criminodinamica nella perizia denominata “psichiatrica”. Non si vorrebbe però, a questo punto, dare l'impressione di non aver apprezzato le molte cose positive della Sentenza 9163/2005 e della Relazione che accompagna; non è così, anzi, i testi sono mirabili per l'esautività e la dimostrazione di competenza in materie che non sono proprie del giurista.

Fra i punti affrontati vi è quello comparativistico: ricorda la Sentenza che in altri Paesi – Spagna, Germania, Francia, Portogallo, Olanda, Svezia, Slovenia, Croazia – recenti riforme hanno dato accoglienza ad “anomalie” o a concetti consimili che possono essere assimilati ai disturbi di personalità, e infatti le Sezioni Unite commentano: “Tali formule ‘aperte’ (‘disturbo psichico o neuro psichico’, ‘turbe mentali patologiche, per un profondo disturbo della coscienza, per deficienza mentale od altra grave anomalia mentale’, ‘condizioni psicopatologiche di carenza dello sviluppo o disturbo morboso delle capacità mentali’, ‘qualsiasi anomalia o alterazione psichica’, ‘anomalia psichica’, ‘infermità mentale permanente o temporanea, disturbi psichici temporanei, sviluppo psichico imperfetto o altra anomalia psichica permanente e grave’, ‘disturbo psichico’) appaiono idonee ad attribuire rilevanza anche ai disturbi della personalità, ai fini della imputabilità del soggetto agente”.

In quei Paesi non pare essersi riscontrato quell'ampliamento eccessivo della non imputabilità che taluni temevano²⁹, semmai si è rilevato sia in Spagna che in Germania un “effetto paradossale” di interpretazione iper restrittiva delle formule anzidette e dunque delle ipotesi di non imputabilità³⁰; in Germania, dove la rifor-

29 “Il concetto di profondo disturbo della coscienza si riferisce agli stati di forte agitazione mentale non causati da malattia. È noto che gli psichiatri in particolare si sono opposti all'introduzione di questo concetto. Essi hanno espresso preoccupazione circa la possibilità che, in futuro, tutti i criminali possano sostenere di aver agito in stato di estrema agitazione, e quindi, specialmente nei casi di brutali reati di violenza, sarebbe praticamente inevitabile la presunzione di riduzione della responsabilità penale” (Rasch W., Problemi attuali della psichiatria forense nella Repubblica Federale di Germania, in: Ferracuti, F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense, Vol. 13: Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, pp. 191 sgg., 1990).

30 Morales Prats F., Imputabilità e misure di sicurezza nel nuovo Codice Penale Spagnolo, in: Manna, cit., pp. 137 sgg., 2002; Fiandaca, cit., p. 207, 2002. Nella Relazione che accompagna la Sentenza qui commentata, analogamente si osserva che la giurisprudenza tedesca “ha avuto un atteggiamento di estrema cautela, applicando la nuova formula in maniera restrittiva”.

ma data già da un trentennio, l'introduzione delle "altre gravi anormalità" sembra avere moltiplicato le incertezze e i contrasti interpretativi, e forse anche da ciò la scelta della Cassazione di fare ricorso ad un'espressione di maggiore ancoraggio nosografico.

Per converso, potrebbe osservarsi che i "Disturbi di Personalità" sono solo alcuni fra i Disturbi Mentali, e dunque limitarsi ad essi contraddice con la motivazione secondo cui l'ampliamento si è voluto per aderire a quella più "moderna" dottrina psichiatrica che considera tutte le patologie almeno astrattamente passibili di incidere sulla capacità di intendere o di volere.

Ancora una volta si affaccia la preoccupazione legata alla difesa sociale, ed è suggestivo che nella sentenza, ma anche in Dottrina, si parli dei disturbi di personalità e magari delle nevrosi, ma non si faccia cenno di tante altre forme morbose. Per esempio, nessuno "si sogna" di proporre che le "Parafilie" – tra le quali si annovera la "Pedofilia" – possano incidere sull'imputabilità³¹.

Ancora, la Sentenza n. 9163/2005 delle Sezioni Unite si armonizza con le proposte di riforma recentemente avanzate nel nostro Paese anche in materia di imputabilità, e ne ripercorre i momenti salienti, dal "Progetto Pagliaro" del 1992 fino al testo della "Commissione Nordio".

Soffermandoci in particolare sul penultimo Progetto, la Sentenza ricorda che il "Progetto Grosso" suggeriva di aggiungere alle condizioni suscettibili di incidere sull'imputabilità anche il "grave disturbo della personalità", aggiungendo in sede di Commissione, per tranquillizzare gli apocalittici, di non volere con ciò dare "nessuna patente di irresponsabilità"³².

I redattori del Progetto Grosso si allineavano in questo ai precedenti "Schema di delega legislativa per l'emanazione di un nuovo codice penale" redatto dalla Commissione Vassalli-Pagliaro e al Disegno di Legge n. 2038 presentato alla Presidenza del Senato il 2 agosto 1995, ma rispetto al primo Progetto, evitavano di incorrere nella vaghezza della previsione dell'ipotesi di "altra anomalia" come

- 31 Per non pochi Autori, peraltro, la pedofilia non sarebbe neppure un'autentica perversione sessuale. Secondo Coda e Fornari, il termine pedofilia "non individua altro che un comportamento, senza nulla dire circa la psicologia o la psicopatologia che lo sottende [...] di fronte a tale confusione tanto varrebbe eliminare questo termine dal vocabolario tecnico, giuridico, sociale e culturale e parlare più semplicemente di violenza sessuale contro i minori" (Coda S., Fornari U., La personalità del pedofilo, in: Bandini T., Gualco B. (a cura), *Infanzia e abuso sessuale*, Giuffrè, Milano, pp. 241 sgg., 2000); per Marasco et al.: "La pedofilia non è definibile come malattia, semmai come sintomo di malattia o di disturbo di personalità e comunque come epifenomeno di un comportamento, ancorché abnorme, che non sempre si inserisce nel contesto di una condizione psicopatologica" (Marasco M., Spalletta M., Paolucci M.A., La pedofilia: imputabilità e pericolosità sociale, in: Bandini, Gualco, cit., pp. 323 sgg., 2000). Sulla *querelle* malattia sì o malattia no, anche: Capri P., La pedofilia: difficoltà e complessità d'interpretazione, in Callieri B., Frighi L. (a cura di), *La problematica attuale delle condotte pedofile*, EUR, Roma, pp. 15 sgg., 1999.
- 32 Grosso C.F., *Per un nuovo Codice Penale II, Relazione della Commissione Grosso (1999)*, Cedam, Padova, 2000.

motivo di esclusione dell'imputabilità oltre all'infermità, senza neppure l'aggettivazione di "grave" o "gravissima", e addirittura l'ipotesi genericissima di "altra causa".

Gli psicopatologi forensi a cui era stato inviato il testo del Disegno perché lo commentassero erano stati severi in proposito. Si legge nel volume I dei "Pareri e Osservazioni sul Disegno di legge n. 2038" del novembre 1995, edito dalla Commissione Giustizia del Senato: "Tuttavia non mi sembra opportuno l'inserimento della frase 'o per gravissima anomalia psichica, o per grave anomalia psichica' nell'ipotesi di vizio totale o parziale di mente di cui agli artt. 83 e 84 del Disegno di legge. Infatti, a mio avviso il termine 'infermità' esistente nel codice vigente è sufficiente, in rapporto all'entità dei suoi riflessi patologici sul sistema nervoso centrale per configurare il vizio totale o parziale di mente" (Aragona); "La scelta del termine *anomalia* è equivoca e scientificamente inaccettabile (e forse anche pericolosa perché ripropone l'inesistente parametro della *normalità*)" (Barni); "Propongo che negli articoli 83 e 84 sia fatto riferimento soltanto al concetto di 'infermità' e sia soppresso il riferimento alla 'gravissima anomalia psichica'" (Canepa); "toglierei il termine 'anomalia psichica' dal momento che sussiste la impossibilità tecnica di distinguere il normale (concetto non definibile) dall'anomalo ed essendo del tutto non inseribile in una scala nosografica tutto ciò che è 'anormale'. Mi limiterei a parlare di infermità psichica" (Fornari A.). Condivideva l'inserimento delle gravi e gravissime anomalie Introna, ma solo come "male minore" rispetto alla formulazione più ampia del precedente progetto Vassalli-Pagliaro.

Quelli fin qui richiamati sono alcuni dei tanti pregi della Sentenza, ma su un punto, soprattutto, l'adesione è totale: quello in cui la Sentenza 9163 afferma la necessità di un *nesso eziologico* fra disturbo mentale e reato:

"è inoltre necessario che tra il disturbo mentale e il fatto reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo".

Non che si pensi che ciò eliminerà qualsiasi incertezza o difformità di valutazione, ma – come si dice – la perfezione non è di questo mondo, e in compenso la necessità di connettere causalmente la forma morbosa con il reato costituisce un ulteriore limite a paventate tracimazioni delle pronunce di non imputabilità, come anche la Relazione che accompagna la Sentenza ricorda³³. L'esempio più rilevante in questa prospettiva è quello dei Disturbi d'Ansia: questi sono certamente molto diffusi nella popolazione, ma è viceversa ben poco probabile che siano il motore del reato, e che, appunto, se ne possa reperire un nesso eziologico con un

33 "Il requisito del nesso causale tra disturbo psichico e azione delittuosa [...] mentre facilita un'adesione ad una nozione allargata di infermità, nello stesso tempo contribuisce ad una sua delimitazione, garantendo le esigenze generalpreventive e, d'altra parte, assicurando che il giudizio di colpevolezza rispecchi le reali componenti psichico-soggettive del fatto-reato, consentendo una risposta individualizzata alle condizioni e alle caratteristiche soggettive dell'imputato".

comportamento antisociale, perché la caratteristica di chi ne è affetto è semmai quella dell'agire il conflitto all'interno di sé. In altri termini, può anche darsi che ci siano molti autori di reato che sono o che sono anche ansiosi, ma il loro essere ansiosi avrà poco a che vedere con la commissione del reato, e dunque non gioverà loro una pronuncia di non imputabilità.

La Giurisprudenza lo aveva già affermato da tempo, per esempio proprio in una delle sentenze relativa a Chiatti citate in esordio del nostro scritto³⁴, e per esempio ancora in un caso quasi altrettanto famoso in cui un giovane della "Milano-bene" (qualsiasi cosa l'espressione voglia intendere) sventrò la giovane fidanzata. In quell'occasione, il Gup di Milano aveva sostenuto che "al fine di non allargare eccessivamente il campo della non imputabilità, deve essere individuabile un rapporto diretto tra il reato commesso e la specifica anomalia dell'agente e solo qualora la condotta criminosa trovi la propria motivazione nella particolare psicopatologia dell'imputato potrà iniziarsi a parlarsi di rilevanza dell'anomalia sulla capacità di intendere o di volere"³⁵.

Da parte criminologica e psicopatologico forense, Canepa, più di trent'anni or sono, suggeriva di formulare il quesito peritale nei seguenti termini: "accertare se il soggetto sia o sia stato affetto da infermità di mente; in caso affermativo, accertare se il reato compiuto debba considerarsi espressione sintomatica della suddetta infermità"³⁶. La necessità di un nesso fra le manifestazioni dell'infermità e la criminodinamica è stato poi sempre sostenuto dalla Dottrina, che lo ha richiamato in sede di "Pareri e Osservazioni sul Disegno di legge n. 2038" del novembre 1995³⁷, che ha raccomandato di allargare la formula degli artt. 88 e 89 c.p. oltre al momento del fatto anche "in relazione ad esso e con analisi della dinamica del reato" così da obbligare il perito ad argomentazioni criminologiche³⁸; che, più di recente, lo ha dichiarato "a contrario" pure per le forme di patologia mentale più tradizionalmente accolte nel novero delle infermità giuridiche: "A noi psichiatri forensi appare difatti del tutto naturale che anche un malato di mente possa essere chiamato a rispondere del suo operato se non viene stabilita una sufficiente correlazione – in termini di causalità circolare – fra patologia di cui è portatore e delitto commesso"³⁹. Per

34 "al fine della esclusione o della riduzione della imputabilità- è comunque necessario accertare l'esistenza di un effettivo rapporto tra il complesso delle anomalie psichiche effettivamente riscontrate nel singolo soggetto e il determinismo dell'azione delittuosa da lui commessa, chiarendo se tale complesso di anomalie psichiche, al quale viene riconosciuto valore di malattia, abbia avuto un rapporto motivante con il fatto delittuoso commesso" (Corte di Cassazione, sez. I, 4 marzo 1997).

35 Gup di Milano, sent. 24 ottobre 2003, in: Dawan cit., 2006.

36 Canepa G., *Personalità e delinquenza*, Giuffrè, Milano, 1974.

37 Si veda il commento di De Fazio ivi contenuto.

38 Introna F., "Se e come siano da modificare le vigenti norme sull'imputabilità", *Rivista Italiana di Medicina Legale*, XXI, 3, pp. 657 sgg., p. 722., 1999.

39 Catanesi R., Qualche riflessione su "infermità" e "capacità di intendere e volere", in: Manna A. (a cura), *Verso un codice penale modello per l'Europa – Imputabilità e misure di sicurezza*, Cedam, Padova, p. 41, 2002.

Fornari: “In altre parole, *il vizio di mente è in stretta correlazione con i disturbi patologici psichici presenti nella categoria diagnostica individuata*, purché aventi connessione diretta con le modalità del fatto reato. [...] In linea di massima, si può ipotizzare che il vizio di mente (totale o parziale) esista solo in quei casi in cui il reato può, a buona ragione, essere iscritto nella patologia di mente di cui il soggetto è portatore e del o dei relativi disturbi psicopatologici essere ritenuto sintomatico: *in difetto o in assenza di detto rapporto, anche il malato di mente può essere ritenuto imputabile per il reato che gli viene addebitato*”⁴⁰. Per Bandini e Gatti: “l’imputabilità non può essere valutata in senso assoluto, e cioè generica attitudine a rispondere penalmente di un fatto reato, ma deve essere accertata in senso relativo, e cioè come capacità specifica, rapportabile ad un singolo evento”⁴¹.

Che lo abbia affermato la Sentenza 9163/2005 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione ha in ogni caso una importanza particolare, e tanto più in quanto è – neppure tanto implicitamente – il riconoscimento della necessità di una perizia (anche) criminologica. Se occorre rapportare l’esistenza dell’incapacità di intendere e di volere non solo ad un criterio cronologico, ma anche ad un criterio di relazione col fatto specifico, se non basta la presenza di una qualsivoglia, ancorché grave, infermità al momento del fatto, ma l’infermità deve presentare caratteristiche tali da aver partecipato alla genesi ed alla dinamica di quel particolare reato⁴², questo significa operare una indagine di criminogenesi e di criminodinamica. Come sempre gli psicopatologi più accorti – che infatti sono anche criminologi – hanno fatto, ma come per la prima volta viene di fatto riconosciuto da fonte giuridica così autorevole.

Catanesi e Martino descrivono la metodica peritale in questi termini: “Quello che in criminologia viene spesso definita ricostruzione criminodinamica e criminogenetica è il momento qualificante dell’accertamento psichiatrico in ambito penale [...]. Com’è noto con il termine ricostruzione criminodinamica si intende il tentativo di ripercorrere gli eventi (narrazione storica) utilizzando quale strumento interpretativo quello dell’analisi criminologica, psichiatrica e psicologica, aspetto che nell’economia complessiva di un elaborato peritale è, attualmente, operazione che supera di gran lunga la dimensione puramente psichiatrica dell’indagine. La ricostruzione criminodinamica tiene conto dei dati documentali e li confronta con quelli legati a racconti testimoniali, a quelli soggettivamente percepiti dall’autore, alla ricerca di punti di coerenza che consentano di validare le ipotesi diagnostiche effettuate”⁴³.

40 Fornari, U., *Trattato di Psichiatria Forense*, III Ed., UTET, Torino, pp. 110 e 122, 2004.

41 Bandini T., Gatti U., Nuove tendenze in tema di valutazione clinica dell’imputabilità, in: Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. 13: *Psichiatria forense generale e penale*, Giuffrè, Milano, p. 161, 1990.

42 Merzagora Betsos I., L’imputabilità, in: Giusti G. (a cura di), *Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini*, Cedam, Padova, 1999, pp. 575 sgg.; Merzagora Betsos I., Imputabilità e pericolosità sociale: un punto di vista criminologico e psicopatologico forense, in: Manna, cit., pp. 63-128, 2002.

43 Catanesi, Martino, cit., 2006.

Ciò serve a dimostrare come l'accertamento peritale sia, sia sempre stato, e sempre più sarà con lo spostamento dell'asse verso il momento normativo, mestiere diverso e maggiormente complicato rispetto a quello diagnostico-clinico; serve a dimostrare come la metodologia peritale non sia quella clinico-psichiatrica (i contenuti saranno psichiatrici, il metodo no), e sia semmai una sistematica medico-legale, o addirittura giuridica⁴⁴, o, alla fin fine e per compendiare, criminologica. Non è solo in questione l'adattamento del sapere psichiatrico alle esigenze forensi, è la necessità di precise competenze sul crimine.

Non è d'altro canto una novità neppure il fatto che il magistrato chieda al perito lumi sulla criminogenesi e sulla criminodinamica, in vista della comprensione

44 In un importante lavoro, Gentilomo, dopo aver richiamato il ruolo di “mediazione culturale”, di “traduttore cognitivo tra il diritto e le discipline mediche” proprio del medico legale, descrive quest'attività nei seguenti termini: “l'indagine medico-legale è sempre retrospettiva e mai ha la possibilità di osservare eventi in evoluzione, ma solo una situazione più o meno cristallizzata e statica. Ci si trova di fronte, pertanto, ad una indagine che necessita di strumenti conoscitivi propri [...] dello storico, o dell'archeologo o, ancora, del paleontologo. Lo studio documentale, l'esame del cadavere o dei resti cadaverici, ma anche l'esame del vivente che reca tracce di lesioni più o meno antiche differisce radicalmente dall'indagine clinica, che ha la possibilità di formulare ipotesi da vagliare successivamente (e non entriamo qui nella *querelle* tra verificazionisti e falsificazionisti), potendo quindi affinare l'interpretazione e perfezionare la mira in un vero e proprio *work in progress*. L'indagine medico-legale ha a disposizione delle tracce, più o meno eloquenti, che sempre dovranno essere interpretate, ciò a dire che si determineranno diversi livelli di mediazione conoscitiva, che iniziano proprio dalla ricerca delle tracce; questa è, evidentemente, una scelta operativa frutto di vari condizionamenti, il primo dei quali è, ovviamente, dato dalla cultura specifica dell'osservatore, ma anche del suo contingente stato psico-fisico all'atto della rilevazione, piuttosto che da un pre-condizionamento conoscitivo sul caso (ad esempio, per informazioni preliminari raccolte estemporaneamente). In altri termini, già l'acquisizione del dato non è in nulla neutra e la partenza non è mai una *tabula rasa*, ma, anzi, è una griglia molto articolata, tanto più accidentata quanto più elevata è la competenza dell'osservatore. In modo ancor più evidente, è frutto di massima mediazione l'analisi dei dati raccolti, in cui convergono e si incrociano notizie da assai varia natura (i racconti dei testimoni, le registrazioni cliniche, le rilevazioni tecniche etc.), secondo criteri funzionali alla natura della committenza” (Gentilomo A., “A cosa serve un'indagine medico-legale? Alcune annotazioni sul metodo e sul risultato”, *Foro Ambrosiano*, I, 4, pp. 533-577, 1999).

E il giurista? Sia permessa una citazione da uno scrittore, che è però anche giurista: “che facciamo, alla fine dei conti, nei procedimenti penali? Noi tutti, dico. Poliziotti, carabinieri, pubblici ministeri, avvocati, giudici? Tutti raccontiamo storie. Prendiamo il materiale grezzo costituito dagli indizi, lo mettiamo insieme, gli diamo struttura e senso in storie che raccontino in modo plausibile fatti del passato. La storia è accettabile se spiega tutti gli indizi, se non lascia fuori nessuno, se è costruita in base a criteri di congruenza narrativa. E la congruenza narrativa dipende dall'attendibilità delle regole di esperienza che utilizziamo per risalire dagli indizi alle storie che raccontano i fatti del passato. Storie che in un certo senso –in senso etimologico– dobbiamo inventare” (Carofiglio G., *Ragionevoli dubbi*, Sellerio, Palermo, pp. 276-277, 2006).

di un reato poco intelligibile, di una più documentata valutazione delle circostanze, ed eventualmente di una più mirata posologia della pena (e speriamo non per supplire con tali elementi all'eventuale zoppia delle prove). E di ciò si lamenta il giurista, concludendo che, allora, tanto varrebbe l'introduzione esplicita della valutazione psicologica in sede di dibattimento, in luogo dello "uso surrettizio della perizia psichiatrica", soprattutto in casi in bilico fra infermità e anomalie come quelli delle parafilie o perversioni sessuali⁴⁵; in ogni caso, "molto spesso l'autorità giudiziaria domanda al perito/consulente un accertamento che, nei fatti, va oltre la formulazione di una diagnosi [...] e che prescinde dai termini in cui è stato posto il quesito: termini che di necessità devono rinviare a categorie psichiatriche ma che, in realtà, vengono superati dall'esigenza di capire non solo se esista malattia e se questa abbia influito sulle capacità del soggetto, ma anche di *comprendere* il percorso mentale che lo ha condotto all'ideazione del delitto ed alla sua esecuzione"⁴⁶.

A testimonianza di quanto affermato posso riportare alcuni quesiti posti in occasione di crimini caratterizzati da ferocia, da apparente gratuità, e magari di una certa risonanza mediatica.

Nel caso di una figlicida: "accertino i periti se l'indagata, al momento della commissione del fatto, fosse capace di intendere e di volere, determinando quindi eventuale non imputabilità totale o parziale della stessa; evidenziando, altresì, sotto il profilo criminologico, i tratti caratterizzanti la personalità dell'indagata stessa, anche in relazione all'ambiente di vita e ai legami familiari".

Nel caso di un sospetto omicida seriale: "Dica il perito – letti gli atti, sottoposto ad esame Tizio e compiuto ogni accertamento – se avuto riguardo alle concrete modalità dei fatti con specifico riferimento alla natura degli atti, alla scelta delle vittime, alla ripetitività delle condotte, alle giustificazioni offerte dall'imputato, questi fosse, all'epoca dei vari episodi delittuosi, affetto da patologie tali da incidere sulla sua capacità di intendere e di volere escludendola o scemandola grandemente".

Nel caso dell'autore del sequestro ed omicidio di un personaggio noto: "Dicano i periti, effettuati gli opportuni accertamenti, valutata la personalità di Caio e tenuto conto delle condizioni ambientali in cui vive e in cui ha agito e dei suoi rapporti con la vittima, se egli sia da ritenersi capace di intendere e di volere nel periodo precedente, concomitante e successivo ai fatti che gli sono contestati".

Di Tullio, già quasi mezzo secolo fa, affermava che "fino a quando resterà in vigore la perizia psichiatrica, essa dovrebbe essere espletata in modo da diventare perizia psichiatrico-criminologica"⁴⁷. Gian Domenico Pisapia, presidente della Commissione ministeriale incaricata della redazione del Progetto preliminare del codice di procedura penale entrato poi in vigore alla fine degli anni '70 del Novecento, con la lungimiranza che è dei Grandi, scriveva che la perizia psicolo-

45 Dawan D., "La consulenza psicologica nel processo penale: una proposta", *Diritto Penale e Processo*, 2, pp. 241-242, 2000.

46 Dawan, cit., pp. 130-131, 2006.

47 Di Tullio B., Dalla perizia psichiatrica alla perizia criminologica, in: *Studi in onore di Alfredo de Marsico*, Giuffrè, Milano, 1960.

gica o meglio criminologica, cacciata dalla porta dall'art. 314 del codice di procedura penale⁴⁸ “entrò ugualmente, per così dire, dalla finestra della prassi giudiziaria. Era pressoché inevitabile, del resto, che un perito chiamato a valutare la ‘capacità di intendere e di volere’ del soggetto, al fine di stabilirne l'imputabilità, totale o parziale, non potesse prescindere da un esame psicologico del soggetto stesso”⁴⁹. Nella legge-delega per il codice di procedura penale si leggeva infatti al punto 10): “Riordinamento dell'istituto della perizia, con particolare riferimento alla perizia medico-legale, psichiatrica e criminologica, assicurando la massima competenza tecnica e scientifica dei periti, nonché, nei congrui casi, l'interdisciplinarietà della ricerca peritale e la collegialità dell'organo cui è affidata la perizia”. Quanto ai contenuti della perizia criminologica, anche per esaltarne le specificità rispetto ad una perizia solo psicologica, Pisapia specificava: “Invero, una perizia criminologica non dovrebbe esaurirsi in un semplice *dossier de personnalité*, quale è stato previsto da altre legislazioni, né, a differenza della perizia psichiatrica, dovrebbe limitarsi a stabilire la capacità di intendere e di volere del soggetto, ma dovrebbe prendere in considerazione ogni anomalia della personalità (comprese, in particolare, le anomalie del carattere, dell'affettività e, più in generale, le personalità psicopatiche, oggi considerate, a torto, irrilevanti ai fini dell'imputabilità). Ma, soprattutto, essa dovrà tener conto, altresì, di quei fattori ambientali che consentono di collocare quella singola manifestazione delittuosa in una determinata struttura sociale. Ecco la ragione per la quale ad espletare una indagine criminologica può essere necessario, ma non sufficiente, l'apporto dello psicologo o dello psichiatra, che accertino l'eventuale presenza di una vera e propria malattia mentale o di altre anomalie del carattere o dell'affettività; ma sarebbe indispensabile l'apporto di un criminologo, al fine di valutare esattamente il singolo caso giudiziario, inquadrandolo nella particolare situazione ambientale in cui si è verificato. Ciò per consentire al giudice una valutazione più realistica e conforme a giustizia di quanto non si avrebbe se il caso venisse considerato esclusivamente sotto un profilo individuale”⁵⁰.

Per concludere:

- la perizia (anche) criminologica in fondo c'è sempre stata, pur se mascherata, utilizzata surrettiziamente, un po' di contrabbando e in genere solo in taluni accertamenti peritali, quelli riguardanti crimini efferati, o mal comprensibili, estranei a pacifiche valutazioni in termini di costi benefici o anche in termini di esuberanze pulsionali diverse solo nel quantum di reazione;
- la perizia criminologica è destinata ad essere sempre più una realtà – indipendentemente dal fatto che si continui a considerare le competenze criminologi-

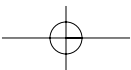
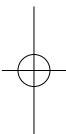
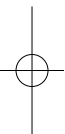
48 Che recitava: “(Omissis) Non sono ammesse perizie per stabilire la abitualità o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche (Omissis)”. Com'è noto, il divieto fu ribadito nell'attuale art. 220 C.P.

49 Pisapia G.D., La perizia criminologica, in: Ferracuti F. (a cura), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. 13, Giuffrè, Milano, 1990.

50 Pisapia, cit., p. 407, 1990.

che solo uno dei piani della perizia c.d. psichiatrica –, proprio per l'esplicito riconoscimento effettuato dalla sentenza 9163/2005 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione della necessità che tra il disturbo mentale e il fatto reato sussista un nesso eziologico che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo.

So che questi sono tempi di “vacche magre” soprattutto per la Giustizia; so che le Scuole di Specializzazione in Criminologia Clinica, che avrebbero potuto formare gli estensori di eventuali perizie criminologiche, sono state cancellate con un colpo di penna. Eppure, a questo punto non si potrebbe riprendere la vecchia battaglia in favore del riconoscimento esplicito della perizia criminologica?



SALVATORE LUBERTO

La valutazione peritale della pericolosità sociale ed il trattamento dell'autore di reato infermo alla luce delle sentenze n. 253 e 367 della Corte Costituzionale

Corte Costituzionale, (2) 18 luglio 2003 n. 253, Presidente Chieppa, Relatore Onida

È costituzionalmente illegittimo l'art. 222 c.p., nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale (la Corte, nel richiamare la propria giurisprudenza, ha sottolineato come, al pari del minore, anche per l'infermo di mente l'automatismo di una misura segregante e « totale », come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, imposta pur quando essa appaia in concreto inadatta, infrange l'equilibrio costituzionalmente necessario e viola esigenze essenziali di protezione dei diritti della persona, nella specie del diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost.).

È infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 219 commi 1 e 3 c.p., sollevata, in riferimento all'art. 3 Cost. nella parte in cui, rispettivamente, non si prevede il ricovero in casa di cura e di custodia anche per chi sia prosciolto per infermità psichica e sia di scarsa pericolosità sociale, e non si prevede la possibilità di applicare la libertà vigilata anche a chi sia stato prosciolto per infermità psichica e sia di scarsa pericolosità sociale (la Corte ha ritenuto che l'art. 219 c.p., pur denunciato dal rimettente, non richiedesse alcun intervento additivo, essendo stato lo stesso evocato, nello schema della questione proposta, essenzialmente, quale *tertium comparationis*).

Corte Costituzionale (17) 29 novembre 2004, n. 367, Presidente Onida, Reatore Neppi Modona

È costituzionalmente illegittimo l'art. 206 c.p. nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona, inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale (la Corte ha ritenuto integralmente applicabile la ratio posta a fondamento della sentenza n. 253, del 2003, con la quale censurando il rigido automatismo delle regole legali che imponeva al giudice di disporre, in

caso di proscioglimento per infermità di mente, il ricovero dell'imputato in ospedale psichiatrico giudiziario, anche una misura non segregante, quale la libertà vigilata, accompagnata da opportune prescrizioni, avrebbe consentito di soddisfare in modo più adeguato le esigenze di cura e di tutela e quelle di controllo della pericolosità sociale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p., nella parte in cui non consentiva al giudice di adottare una diversa misura di sicurezza non detentiva).

Da anni la letteratura criminologia, giuridica e medico-legale ha affrontato con intensità crescente il problema del trattamento dell'autore di reato infermo, della pericolosità sociale derivante da infermità, dell'OPG e delle altre misure di sicurezza previste per tale tipologia di autori di reato.

I diversi interventi normativi che si sono succeduti a partire dagli anni '70, per interventi della Corte Costituzionale o del legislatore, hanno introdotto significative innovazioni in questo delicato settore, riducendone le caratteristiche di rigidità e di ancoraggio ad anacronistiche visioni stereotipiche del problema.

Rinvio alla letteratura specialistica per il richiamo analitico della ben nota successione dei vari provvedimenti e delle diverse ipotesi avanzate¹.

Vorrei limitarmi a sottolineare due fatti, che possono ormai essere ritenuti acquisiti perché ampiamente documentati, ed a proporre una lettura della situazione in una prospettiva di evoluzione culturale e dottrinarie generale, piuttosto che in chiave strettamente tecnica, per cercare di individuare i possibili spazi di evoluzione futura.

Una prima considerazione concerne l'evidente contrasto tra la relativa esiguità numerica degli autori di reato riconosciuti incapaci per infermità e la persistente e complessa difficoltà di gestione del problema, con particolare riferimento alle misure di sicurezza previste. Dai dati disponibili e dalla "storicizzazione" dell'andamento della popolazione internata negli OPG italiani emerge una scarsa entità numerica (poco più di mille internati attualmente in OPG in esecuzione di misura di sicurezza) e una tendenza ad un costante ridimensionamento negli anni.

Si può quindi affermare che il dato complessivo, peraltro ad andamento decrescente nel tempo, risulti piuttosto modesto, specie se distribuito per le diverse Regioni di residenza degli autori di reato infermi².

Il problema, però, pur quantitativamente relativamente modesto, propone difficoltà notevoli perché gravato dal duplice stereotipo del delinquente e del malato di mente, per cui agli aspetti di specificità, che rinviano alla *vexata questio* della "pericolosità" ed alle esigenze di difesa sociale, si assommano quelli clinici e terapeutici, comuni a tutti i pazienti psichiatrici.

Una seconda considerazione riguarda la documentata impossibilità di affermare una relazione causale diretta tra malattia mentale e condotte criminose, con particolare riferimento a quelle di natura violenta, essendo ben nota la copiosa letteratura specialistica che ha documentato il dato, anche attraverso accurate indagini catamnestiche.

Nonostante ciò persiste ancora una visione stereotipica del problema, che potrebbe essere agevolmente contraddetta anche dal semplice riferimento al cita-

- 1 Fornari U., *Psicopatologia e Psichiatria Forense*, UTET, Torino, 1989; Luberto S., Benassi P.: "Evoluzione del concetto di pericolosità sociale", *Riv. Sper. di Freniatria*, CXI, 1987; Luberto S., Bologna M., *Percorsi Istituzionali dell'autore di reato infermo di mente. Studi in memoria di Gian Domenico Pisapia*, Vol. III. Giuffrè, Milano, 2000.
- 2 Andreoli V., (a cura di), *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Roma, 2002. Luberto S.: "La recidiva di reato nella valutazione del malato di mente: realtà effettuale e prevedibilità", *Riv. Sper. di Freniatria*, CXII, 1988.

to dato numerico degli internati negli OPG ed al relativo andamento nel tempo, alla luce del significativo maggior numero di soggetti affetti da quadri di patologia mentale severa. È evidente che una relazione causale tra i due fenomeni comporterebbe quanto meno una maggiore concordanza dei valori numerici dei due fenomeni e, soprattutto, del loro andamento, tenuto debito conto anche della durata dell'internamento in OPG in esecuzione della relativa misura di sicurezza.

È opportuno rilevare che la suddetta visione stereotipica è focalizzata prevalentemente sul rischio della commissione di reati violenti ed il dato, pur nella sua relativa esiguità, trova conferma nelle ricerche eseguite, in genere, sulla tipologia di reati commessi da soggetti internati in OPG perché riconosciuti incapaci per infermità. Sembra importante rilevare al riguardo che si tratta di campioni preselezionati di infermi autori di reato in genere gravi e comunque tali da comportare l'internamento in OPG, quindi poco significativi. Sarebbe infatti necessario condurre le ricerche sui soggetti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale per turbe psichiche di una certa gravità, al fine di rilevare dati più attendibili e più esaurienti sulla tipologia dei reati da loro commessi.

In effetti, in alcune ricerche da noi condotte qualche anno fa sono stati rilevati, per un intero anno, i comportamenti antiggiuridici espressi dai soggetti in carico ai Servizi di Salute Mentale delle province di Modena e Reggio E per patologia mentale severa, seguiti in trattamento ambulatoriale o ricoverati in TSO negli SPDC. In esito alle suddette ricerche è stata rilevata una scarsa incidenza di condotte antiggiuridiche, (3,5%, 65 reati su 1855 soggetti in carico ai SIMAP di Modena e di Reggio E; 11,7%, 104 reati su 885 soggetti ricoverati nei relativi SPDC in regime di TSO). Il dato è risultato relativamente modesto anche in riferimento al quoziente per 100.000 abitanti, oltre che comparativamente all'andamento generale, ma l'aspetto di maggior interesse è costituito dalla scarsissima rappresentazione di reati violenti (5,9% di reati gravi, 10, di contro al 94,1%, 159, di reati minori, comunque non violenti e, in molti casi, di natura bagattellare)³.

Fino ad un recente passato la rigidità del sistema prevedeva l'internamento in OPG per l'autore di reato dichiarato incapace per infermità sulla base di un meccanismo di presunzione della sua pericolosità sociale, indipendentemente dalle sue reali condizioni cliniche e dalle sue necessità terapeutiche ed assistenziali.

I meccanismi di presunzione legale della pericolosità sociale degli infermi autori di reato si inscrivevano nella prospettiva stereotipica già richiamata, che, supponendo la pericolosità della patologia mentale, ne affermava, conseguentemente, quella del malato autore di reato in termini categoriali ed apodittici.

Il periodo di internamento era fissato nella sua durata minima (due, cinque o dieci anni) sulla base della pena edittale prevista per il reato commesso. Alla fine del periodo minimo di internamento, e non prima, doveva essere verificata la ces-

3 S. Luberto, G. Gualandri, P. Zavatti: "Tipologia di reato e malattia mentale. Indagine campionaria su pazienti in trattamento psichiatrico", *Quaderni di Psichiatria Forense*, 1, 1993.

Luberto S. Gualandri G. Maranghi MG. Zavatti P., Fattori: "Criminogeni ed Infermità Mentale", *Quaderni di Psichiatria Forense*, 1, 1994.

sazione o meno della condizione di pericolosità sociale, con conseguente revoca o proroga della misura, che poteva essere revocata anticipatamente solo in virtù di un provvedimento di grazia.

È evidente il riferimento ad una impostazione categoriale e di difesa sociale passiva, peraltro coerente con la legge manicomiale, che prevedeva, com'è ampiamente noto, l'internamento manicomiale del malato di mente come unico provvedimento. Ricordo che fino a pochi decenni fa l'assistenza psichiatrica era gestita dalla Provincia e gli operatori psichiatrici non giovani, come me, ricorderanno benissimo i funambolismi diagnostici necessari ad evitare ricoveri manicomiali di pazienti che potevano essere trattati in normali strutture sanitarie, proprio perché si trattava di soggetti non in carico alla "mutualità":

Solo nel 1968, con la legge Mariotti, è infatti stata ammessa la possibilità del ricovero "volontario" per questo tipo di pazienti.

Bisogna però aspettare la legge n.180 e poi la n. 833, istitutiva del SSN, perché anche la patologia psichiatrica rientri a pieno titolo nell'assistenza sanitaria e gli operatori non dipendano più dalle Amministrazioni Provinciali.

Contestualmente alcune decisioni della Corte Costituzionale hanno favorito la giurisdizionalizzazione delle misure di sicurezza, affidando alla Magistratura di Sorveglianza anche il potere di revoca anticipata della misura di sicurezza dell'OPG, e sancendo, successivamente, la necessità di accertamento dello stato di pericolosità sociale attuale quale presupposto dell'internamento in OPG dell'autore di reato incapace per infermità.

Mi sia consentito richiamare, al riguardo, il titolo di un lavoro di Vassalli del 1982: "L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago" (Giur. Cost. 1982), proprio perché chiarisce efficacemente, da par suo, che la decisione della Corte Costituzionale è stata legittimata solo dalla improponibilità di una "doppia" presunzione di pericolosità. Fu infatti ritenuta illegittima, allora, la presunzione della "persistenza" della pericolosità sociale al momento dell'applicazione della misura, quindi una doppia presunzione, con conseguente necessità di una sua effettiva valutazione in sede peritale.

Solo nel 1986 l'art 31 della c.d. legge Gozzini (n.663) ha definitivamente sancito il superamento dei meccanismi di presunzione della pericolosità, prevedendo che le misure di sicurezza personali potevano essere applicate solo agli autori di reato socialmente pericolosi. È stata quindi affermata la necessità dell'accertamento della condizione di pericolosità sociale attuale come presupposto dell'applicazione di una misura di sicurezza personale.

Nonostante tali interessanti innovazioni, per i soggetti dichiarati non imputabili per vizio totale di mente erano però possibili solo due alternative: l'internamento in OPG per il periodo minimo previsto, se riconosciuti socialmente pericolosi, la liberazione senza condizioni o prescrizioni se riconosciuti non socialmente pericolosi, quasi che i presupposti motivazionali patologici del reato ed i relativi quadri clinici fossero in ogni caso riconducibili a queste due sole ipotesi.

Le innovazioni introdotte dal nuovo codice di procedura penale che, com'è noto, prevedono possibilità diverse e rispettose anche delle effettive esigenze cliniche e terapeutiche degli indagati e degli imputati affetti da patologia mentale (dalla segnalazione ai servizi psichiatrici, agli arresti domiciliari o alla custodia cautelare

in idonea struttura sanitaria, senza escludere la possibilità di applicazione della misura di sicurezza provvisoria in OPG ex artt. 73, 285, 286 c.p.p.), ha certamente acuito certe contraddizioni, proponendo anche esigenze di armonizzazione legislativa.

L'evoluzione culturale e dottrinarina, che ha favorito, tra l'altro, sia il progressivo abbandono di rigide visioni categoriali, sia l'individuazione di "percorsi" terapeutici articolati per il sofferente psichico, affidandone la gestione ai Dipartimenti di Salute Mentale, ha da un lato favorito l'evoluzione normativa precedentemente richiamata, ma dall'altro ha accentuato alcune insanabili contraddizioni.

La previsione dell'internamento in OPG dell'autore di reato riconosciuto incapace di intendere o di volere per infermità e socialmente pericoloso appare quanto meno incoerente con gli attuali canoni di trattamento della patologia mentale, non più ancorata, e da tempo, all'internamento manicomiale del malato. È noto, infatti, che gli Ospedali Psichiatrici, nei quali non erano possibili nuove ammissioni da alcuni decenni, sono stati ormai completamente disattivati e sostituiti dalle strutture psichiatriche intermedie, gestite, lo si ripete, dal D.S.M, unitamente ad ogni altro presidio, in una prospettiva di trattamento modulato su percorsi adeguati alle diverse esigenze dei pazienti psichiatrici.

Fino ad un recente passato poteva accadere infatti che l'autore di reato con problemi psichiatrici, potenzialmente rilevanti sul processo motivazionale dell'agire antiggiuridico, fosse trattato in termini coerenti con i normali canoni di terapia psichiatrica finché era nella posizione di indagato o di imputato, posto che poteva fruire di trattamenti ambulatoriali o di ricovero in "idonea struttura sanitaria" ai sensi delle citate norme del nuovo c.p.p., ma doveva essere internato in OPG se veniva assolto dal reato ascrittogli per vizio totale di mente e dichiarato socialmente pericoloso.

L'evidente anomalia della situazione, peraltro lesiva di diritti costituzionalmente tutelati ed incoerente con la dottrina e la prassi psichiatrica, è stata ripetutamente segnalata in letteratura e proposta al giudizio della Corte Costituzionale, che solo nel 2003 ha potuto pronunciare la sentenza n.253, nella quale si dà ampiamente conto delle mancate decisioni positive nelle diverse occasioni precedenti.

Questa sentenza ha infatti dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. nella parte in cui non consente l'adozione di una misura di sicurezza diversa dal ricovero in OPG nei casi in cui essa potrebbe "*...assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e far fronte alla sua pericolosità sociale....*".

La lettura della sentenza appare molto interessante, non foss'altro perché esplicativa del percorso logico seguito, in piena aderenza alle nuove posizioni culturali e dottrinarie che, come precedentemente detto, avevano reso più esplicite ed intollerabili alcune contraddizioni.

È opportuno ricordare che la decisione della Corte Costituzionale è stata integrata un anno dopo dalla sentenza n. 367/04 che ha completato il quadro, estendendo la stessa possibilità anche all'ipotesi di applicazione della misura di sicurezza dell'OPG in via provvisoria, attraverso un intervento sull'art 206 c.p. analogo a quello precedente. In tal modo, come accaduto per altri casi, la Corte Costituzionale ha completato la propria azione nell'arco di poco tempo, favorendo un migliore e più completo adeguamento della norma alle mutate condizioni culturali.

Incidentalmente si ricorda che il progressivo abbandono sul piano culturale di rigide visioni categoriali e, spesso, dicotomiche, trova riscontro non solo nelle decisioni citate, ma anche in altri ambiti, tra cui quello civilistico, con l'introduzione, ad esempio, della figura dell'Amministratore di Sostegno, che ha finalmente ed egregiamente affiancato i rigidi istituti dell'Interdizione e dell'Inabilitazione. Non sarà più necessario ricorrere ad essi, se non in casi eccezionali, purchè la nuova normativa venga agita correttamente, in quanto tale da poter garantire una effettiva tutela delle esigenze del soggetto incapace, nelle diverse e variabili forme nelle quali esse potranno presentarsi, soddisfacendo le reali necessità proposte dal caso senza mortificare la dignità del "beneficiario".

Le modifiche normative introdotte dalle citate sentenze della Corte Costituzionale suggeriscono di riprendere con forza le diverse ipotesi da tempo avanzate circa la previsione di soluzioni articolate all'interno di "percorsi terapeutici", che permettano un trattamento progressivo e differenziato, rispettoso delle reali esigenze cliniche, terapeutiche e criminologiche proposte dai singoli casi, in sintonia peraltro con quanto previsto dal codice di procedura penale, che consente l'adozione di provvedimenti vari e mirati nei confronti degli indagati ed imputati sofferenti di turbe psichiche, senza trascurare le esigenze di difesa sociale.

Sembra opportuno riportare integralmente alcune considerazioni contenute nella sentenza n. 253 in ordine alle motivazioni dell'importante decisione, sottolineandone gli aspetti di maggiore interesse: *".....Non è da oggi che la Corte è stata investita di questioni di legittimità costituzionale volte a censurare l'inadeguatezza della disciplina che la legge penale prevede nel caso degli infermi di mente che commettono fatti costituenti oggettivamente reato (il solo art. 222 del codice penale risulta oggetto di ben 18 decisioni della Corte, dal 1967 ad oggi). Una volta risolto il problema, inizialmente assai dibattuto, della necessaria "attualizzazione" della valutazione di pericolosità sociale (sentenza n. 139 del 1982) sono state ripetutamente sottoposte alla Corte questioni tendenti a mettere in dubbio la legittimità sul piano costituzionale della previsione della misura "obbligatoria" del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, spesso facendo leva anche sulla legislazione che, a partire dalla legge 13 maggio 1978, n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori), ha cercato di far fronte al problema dell'assistenza ai malati di mente superando l'antica prassi del ricovero in strutture segreganti come erano i manicomi: infatti gli ospedali psichiatrici giudiziari (nuovo nome dei manicomi giudiziari) sono rimaste le ultime strutture "chiuse" per la cura di infermi psichiatrici La specificità di questa misura di sicurezza sta, ovviamente, nella circostanza che essa è prevista nei confronti di persone che, per essere gravemente infermi di mente, non sono in alcun modo penalmente responsabili, e dunque non possono essere destinatari di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo. La loro qualità di infermi richiede misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici....."*

Risulta più che evidente l'estremo interesse della decisione della Corte Costituzionale che elimina sostanzialmente il rigido automatismo normativo, affermando testualmente: *"..... questa Corte non può sottrarsi al più limitato compito di eliminare l'accennato automatismo, consentendo che, pur nell'ambito dell'attuale sistema, il giudice possa adottare, fra le misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro lato....."*

La significatività culturale e dottrinarica delle affermazioni contenute nella predetta sentenza dei Giudici Costituzionali è indubbia ed è ovviamente difficile non condividerle incondizionatamente.

Viene finalmente sancita una corretta interpretazione della normativa giuridica relativa all'autore di reato incapace per infermità, in termini evolutivi, coerenti con la dottrina e la prassi psichiatrica, nonché con l'effettiva realtà biologica che, come ricordato più volte, sfugge ad una impostazione categoriale dicotomica.

È sufficiente richiamare al riguardo l'esplicito riferimento a trattamenti terapeutici analoghi a quelli previsti per ogni altro paziente di interesse psichiatrico, l'esclusione di misure a contenuto punitivo e la possibilità di adottare le misure più idonee a far fronte sia alle esigenze di natura clinica che a quelle di difesa sociale.

La nuova situazione sana, almeno sul piano generale, le maggiori contraddizioni e introduce i presupposti per un trattamento più adeguato dell'autore di reato infermo di mente, ma sarebbe utopico pensare che possa costituire di per se sola una soluzione idonea a fronteggiare i gravi problemi che tali evenienze propongono.

Indubbi appaiono i riflessi delle risoluzioni della Corte Costituzionale sull'attività valutativa peritale, posto che il perito dovrà esprimere valutazioni certamente più articolate e più adeguate in tema di pericolosità sociale derivante da infermità, tenuto conto che sarà possibile l'adozione di misure più coerenti con gli effettivi bisogni clinici del soggetto, ma altrettanto indubbe appaiono le difficoltà connesse alla nuova situazione.

Si segnala come prioritaria la necessità di una ridefinizione legale della nozione di pericolosità sociale, che dovrebbe essere meglio correlata alle deduzioni diagnostiche, prognostiche e terapeutiche fornite dallo psichiatra forense, piuttosto che alla sola probabilità di recidiva generica.

Non v'è dubbio che il perito incaricato di valutare lo stato di mente dell'autore di reato al momento del fatto e l'eventuale ricorso di una condizione di pericolosità sociale attuale connessa alla patologia rilevata deve essere ancora più attento ai canoni metodologici medico legali, oltre che clinici, nel proporre le sue deduzioni in termini puntualmente e rigorosamente documentati.

Egli dovrà basare le sue deduzioni sull'attenta analisi documentata degli aspetti clinici e prognostici del caso, anche alla luce degli interventi di trattamento diagnostico-terapeutico attuati e programmati, nonché della loro incidenza sui percorsi motivazionali, piuttosto che limitarsi alla valutazione della persistenza o meno di una condizione psicopatologica più o meno grave.

Ciò al fine di poter valutare attendibilmente l'eventuale rischio di recidive patologicamente motivate alla luce delle possibili ipotesi di "percorsi terapeutici" utili a ridurre l'incidenza a seconda delle effettive esigenze del caso ed articolate su diversi momenti, istituzionali ed extraistituzionali, variamente combinati ed agiti anche attraverso una utilizzazione adeguata delle misure alternative e delle strutture intermedie riabilitative.

La maggiore complessità e l'esigenza di una migliore articolazione dell'attività peritale sono di immediata intuizione alla luce dell'attuale quadro normativo per gli autori di reato non imputabili per infermità, alla distribuzione territoria-

le degli OPG ed alle diverse ed articolate esigenze che possono presentare i singoli casi.

La nuova situazione, pure molto interessante ed evoluta, non può però essere ritenuta idonea ad affrontare i diversi problemi posti da questi soggetti, che rinviano sia ad esigenze di natura clinica e terapeutica, che di difesa sociale, come è stato peraltro chiaramente ribadito dalla Corte Costituzionale.

È altrettanto evidente, ed ormai acquisito, che le esigenze di natura clinica debbano essere soddisfatte secondo le regole dettate dalla dottrina e dalla prassi psichiatrica, quelle valutative secondo le regole dettate dalla dottrina e dalla prassi criminologica e medico legale, mentre quelle di difesa sociale ricadono nelle competenze della Magistratura di Sorveglianza.

Qualsiasi deroga a tali impostazione rischierebbe la violazione di principi etici, dottrinari, giuridici e costituzionali.

Risulterebbe pertanto molto difficile immaginare il corretto trattamento di alcuni casi, tenendo debito conto della distribuzione territoriale degli OPG italiani e della frequente esigenza di prevedere momenti istituzionali ed extraistituzionali, variamente articolati, nel trattamento di molti casi.

Ne consegue che il nuovo assetto normativo conseguito alle interessanti decisioni della Corte Costituzionale non potrebbe certamente consentire soluzioni adeguate in molte situazioni, che richiederebbero comunque un ripensamento organizzativo e normativo, certamente favorito dall'evoluzione descritta.

In altra sede avevo proposto al riguardo: *“.....Una possibile soluzione potrebbe essere impostata su un modello di regionalizzazione dell'assistenza e del trattamento degli autori di reato infermi e di una più chiara distinzione tra momento terapeutico riabilitativo e momento giurisdizionale. Una distribuzione regionale degli internati in OPG, o comunque dei soggetti da trattare, secondo il criterio di residenza, comporterebbe problemi relativamente modesti sul piano quantitativo.....ed interesserebbe soggetti già comunque in carico al Servizio Sanitario delle rispettive Regioni e magari già in trattamento.*

Si tratta di un'ipotesi diversa dalla regionalizzazione degli OPG attraverso la creazione di strutture penitenziarie decentrate che, almeno per alcune Regioni, potrebbero risultare risibili in rapporto all'entità del problema, oltre a comportare oneri gestionali molto gravosi, senza peraltro poter soddisfare nessuna delle esigenze ipotizzate in tema di superamento dell'attuale situazione di separatezza e di incomunicabilità.

Si potrebbe ragionevolmente pensare alla costituzione di uno o più Centri di eccellenza posti all'interno di una qualche struttura sanitaria, pubblica o privata, cui demandare il trattamento degli autori di reato infermi di quella Regione, limitando l'intervento giurisdizionale alle attività proprie della Magistratura di Sorveglianza.

L'esperienza degli SPDC, nei quali peraltro vengono abitualmente ricoverati anche indagati o imputati in regime di custodia cautelare in “idonea struttura sanitaria” senza particolari inconvenienti, potrebbe costituire un primo e parziale riferimento, perché tale da suggerire possibilità di inserimento anche di tale attività nel più ampio contesto del Dipartimento di Salute Mentale, con possibilità di strutturazione di “percorsi” trattamentali più adeguati e centrati sulle effettive esigenze del caso.

La qualificazione del personale sanitario operante in tali Centri, integrato da professionisti esperti in psichiatria forense e criminologia clinica, oltre a favorire un trattamento adeguato dell'autore di reato infermo, potrebbe utilmente affrontare anche situazioni di pazien-

ti difficili in carico ai Servizi territoriali, indipendentemente dalla commissione di un qualche reato....Il momento sanitario, affidato, magari attraverso ipotesi convenzionali, completamente alle suddette strutture gestite da équipes multiprofessionali altamente qualificate, dovrà, ovviamente, essere in costante rapporto con il momento giurisdizionale. Spetta infatti alla Magistratura di Sorveglianza, che può avvalersi anche di propri consulenti, il vaglio e l'autorizzazione di "percorsi" trattamentali extraistituzionali, previo un auspicabile e costante confronto tra i diversi operatori.

Si dovrebbe trattare comunque di Centri altamente qualificati e di piccole dimensioni, da collocare, lo si ripete, all'interno di strutture sanitarie pubbliche o private già esistenti, per motivi di carattere economico, di visibilità e di sicurezza. È noto che le spese generali di gestione di una struttura di piccole dimensioni autonoma sarebbero proibitive, così come sarebbe probabile una maggiore stigmatizzazione di essa in rapporto alla sua particolare funzione, se collocata in una situazione autonoma, con conseguenti problemi di sicurezza più gravi. Richiamo ancora l'esperienza degli SPDC, che sono collocati all'interno di struttura sanitaria perchè possono essere assunti come dimostrativi degli assunti proposti....."⁴.

Una simile ipotesi di soluzione, teoricamente possibile alla luce delle predette modifiche normative ed in linea con la dottrina e la prassi psichiatrica, nonché con le posizioni culturali più accreditate, potrebbe essere adottata anche al di fuori di modifiche legislative attraverso l'utilizzazione di strumenti convenzionali.

È opportuno sottolineare che la limitazione delle prese in carico a soggetti residenti in Regione, oltre a favorire l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati e comunque sovrapponibili a quelli di altri pazienti residenti non autori di reato, potrebbe consentire un migliore utilizzo anche delle risorse economiche, posto che si tratterebbe in ogni caso di pazienti in carico al Servizio Sanitario Regionale ed al Ministero di Grazia e Giustizia contestualmente (con benefici intuitivi) o in tempi diversi.

È una ipotesi che potrebbe meritare una qualche riflessione e, magari, una discussione più approfondita, perché tale da garantire, almeno in linea teorica, la concreta possibilità di adottare in ogni caso il *percorso terapeutico* di volta in volta più idoneo a garantire un adeguato trattamento del caso, nonché una corretta attuazione della "nuova" normativa, oltre a favorire una migliore integrazione dei servizi.

Riferimenti bibliografici

- ANDREOLI V. (2002): *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Roma.
- ASHFORD J. B. (1989): "Offense comparisons between mentally disordered and non-mentally disordered inmates", *Canadian Journal of Criminology*, 31,1.
- BANDINI T., GATTI U. (1985): "Psichiatria e giustizia. Riflessioni critiche sull'imputabilità del malato di mente", *Dei delitti e delle pene*, 2, 351.

4 Luberto S. (2003): *Problematiche Criminologiche Attuali e prospettive dell'OPG*. In corso di Stampa su Atti del Congresso NAZ SIC .

- BENASSI P., LUBERTO S. (1987): "Evoluzione del concetto di pericolosità sociale", *Rivista Sper. di Freniatria*, CXI, 1031.
- BIEBER. S. L., PASEWARK R. A., BOSREN K., STEADINAN H. (1988): "Predicting criminal recidivism of insanity acquittes", *International Journal of Law and Psychiatry*, 11, 105.
- BLOOM J. D. (1989): "The character of danger in psychiatric practice: are the mentally ill dangerous?" *Bulletin Am. Academy of Psychiatry and Law*, 17,2, 241.
- BÖKER W., HÄFNER H. (1973): *Gewaltraten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*. Springer-Verlag, Berlin.
- CADIOLI O., CASSANI F., FAZZARI O., LESCOVELLI M., MALAGRINÒ E., MICHELEAI V. (1985): "Malattia mentale e criminalità: ipotesi criminologiche e rilievi statistici su 10 anni di esperienza presso l'Ospedale Psichiatrico di Castiglione delle Stiviere", *Rivista Sper. di Freniatria*, 1, 51.
- CASARINO L., DI MARCO E., MASSA S. (1978): "La criminalità dei malati di mente: ricerca sull'influenza della condizione psico-patologica e della situazione socio-ambientale", *Rass. di Studi Penitenziari*, XXVIII, 169.
- COCOZZA J. J., STEADMAN H. J. (1986): "The failure of psychiatric predictions of dangerousness: clear and convincing evidence", *Rutgers Law Review*, 29, 1084.
- DE FAZIO F., LUBER. O S. (1988): "La prassi della perizia psichiatrica", *Rivista Sper. di Freniatria*, CXII, 3, 12.
- FERRACUTI F. ET AL. (1963): *Bibliografia sui delinquenti anormali psichici*. CNPDS, Centro Nazionale di Prevenzione e Difesa Sociale, Roma.
- GATTI U., TRAVERSO G.B. (1979): "Malattia mentale e omicidio. Realtà e pregiudizi sulla pericolosità del malato di mente", *Rassegna di Criminologia*, 10, 77.
- FORNARI U. (1997): *Psicopatologia e Psichiatria Forense*. UTET, Torino.
- GOPPINGER H., BOKER W. (1978-80): "On Delinquency of the Mental Illness", *Rassegna di Criminologia*, 451, 477.
- GALLIANI I., PIETRALUNGA S.: *La libertà vigilata come strumento operativo nel trattamento dell'autore di reato prosciolto*. In corso di pubblicazione.
- GUZE S. B. (1964): "A study of recidivism based upon a follow-up of 217 consecutive criminals", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 575.
- GUZE S. B., (1976): *Criminal and psychiatric disorders*. Oxford University Press, Oxford.
- HARRY B., STEADMAN H. J. (1988): "Arrest rates of patients treated at a community mental health center", *Hospital and Community Psychiatry*, 39/8, 862.
- LEVY A. ET AL., (1989): "The dangerous psychiatric patient. Part 1: Epidemiology, etiology, prediction", *Medicine and Law*, 8, 131.
- LUBERTO S., (1981): "L'apporto degli psichiatri forensi al dibattito in corso sulla perizia criminologica", *Studi Parmensi*, XXIX.
- LUBERTO S., (1983): "In tema di tutela dei diritti del malato di mente che delinque", *Studi Parmensi*, XXIV.
- LUBERTO S., (1988): "La recidiva di reato nella valutazione del malato di mente. Realtà effettuate e prevedibilità", *Rivista Sper. di Freniatria*, 1, 96-106.
- LUBERTO S., (1991): "Attualità e prospettive degli interventi criminologici territoriali", *Rassegna italiana di Criminologia*, 2-3, 259.
- LUBERTO S., ZAVATTI P., GUALANDRI G., (1993): "Tipologia di reato e malattia mentale. Indagine campionaria su pazienti in trattamento psichiatrico", *Quaderni di Psichiatria Forense*, 1.
- LUBERTO S., GUALANDRI G., MARANGHI M.G., ZAVATTI P., (1994): "Fattori Criminogeni ed Infermità Mentale", *Quaderni di Psichiatria Forense*, 1.
- LUBERTO S., BOLOGNA M., (2000): *Percorsi Istituzionali dell'autore di reato infermo di mente. Studi in memoria di Gian Domenico Pisapia*, Vol. III. Giuffrè, Milano.

- LUBERTO S. (2003): *Problematiche Criminologiche Attuali e prospettive dell'OPG*. In corso di Stampa su Atti del Congresso NAZ SIC.
- LUBERTO S. (2005): *Il Problema degli Autori di Reato Infermi di Mente*. VIII Congresso Nazionale di Psichiatria Forense, Alghero 27-29 maggio 2005, Abstract.
- POLI E., TANINI A. (1987): "Omicidi folli. Studio clinico sul rapporto tra malattia mentale e omicidio", *Rivista Sper. di Freniatria*, CXI, 1, 147.
- TRAVERSO G. B. (1977): "Relazione tra malattia mentale e delinquenza. Risultati di una ricerca su 325 ex-degenti", *Neuropsichiatria*, 33, 127.
- TRAVERSO G. B. (1978): *Social Control of abnormal law violators. Preliminary findings of a research on the relations of mental illness to crime*. Relazione alle "Seste giornate internazionali di criminologia clinica comparata", Genova.
- WOLFANG M. E., FERRACUTI F. (1966): *Il comportamento violento. Moderni aspetti criminologici*. Giuffrè, Milano.

