

Il perito e lo straniero

The expert and the foreigners

Isabella Merzagora • Guido Travaini • Silvia Pizzoli • Palma Caruso

Abstract

The contribution is intended to analyze problems and practices of imputability assessment of foreigners.

Not only the “tools” that uses the verification within the forensic-psychopathological domain (interview and test) depend on language and culture, but the concept of capacity of discernment itself is largely cultural connoted, as it is even psychopathology, to the point that the DSM 5 reserves a specific part to cultural diagnosis.

Within a sample of 51 surveys, carried out on foreigners between 1975 and 2015, the authors assess whether and to what extent professionals have been concerned to take account of the cultural factor in the evaluations, including on the use of psycho-diagnostic techniques.

From the analysis carried out, emerge some difficulties and a substantial lack of attention to defendant's culture, only rarely assessed and weighed, comes out.

Keywords: Surveys foreigners, penal responsibility, ethnopsychiatry

Riassunto

Il contributo ha lo scopo di analizzare i problemi e le prassi dell'accertamento dell'imputabilità su soggetti stranieri.

Non solo gli “strumenti” di cui si avvale l'accertamento in ambito psicopatologico-forense (colloquio e test) dipendono dal linguaggio e dalla cultura, ma il concetto stesso di capacità di intendere e di volere è in gran parte culturalmente connotato e lo è persino la psicopatologia, tanto che il DSM 5 riserva una parte specifica all'inquadramento culturale nella diagnosi.

All'interno di un campione di 51 perizie sull'imputabilità effettuate su stranieri tra il 1975 ed il 2015, gli autori valutano se e in che misura i professionisti si siano preoccupati di tenere conto del fattore culturale nella valutazione peritale, anche per quanto concerne l'utilizzo di tecniche psicodiagnostiche.

Dall'analisi effettuata, emergono alcune difficoltà e talora una sostanziale carenza di attenzione per la cultura di appartenenza del periziando, solo raramente valutata e soppesata.

Parole chiave: Perizie stranieri, imputabilità, etnopsichiatria

Per corrispondenza: Isabella Merzagora, Medicina Legale, via Luigi Mangiagalli, 37, 20133 Milano, Tel.: 02 50315676 – e-mail: isabella.merzagora@unimi.it

Isabella MERZAGORA, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano
Guido TRAVAINI, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano
Silvia PIZZOLI, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano
Palma CARUSO, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

“Vedete bene che è pazzo. Non crede all’astrologia!”
(Victor Hugo, *Notre-Dame de Paris*)

1. Psicopatologia e cultura

Senza entrare nella polemica della maggiore o minore criminalità degli immigrati, argomento che la Letteratura criminologica ha ampiamente trattato, è certo che negli ultimi decenni si sono moltiplicate le perizie sulla capacità di intendere e di volere di cittadini stranieri non foss’altro perché ce ne sono di più nel Paese.

Queste perizie suscitano – o dovrebbero suscitare – una serie di domande e una necessità di adattamenti dovuti al fatto che quello di imputabilità è un concetto culturale, che la psicopatologia è in buona parte connotata culturalmente, e che la diagnosi psicopatologica si avvale di strumenti fabbricati dalla cultura.

Il primo punto, quello della “culturalità” degli artt. 85 e seguenti del Codice Penale, è rinvenibile già nella diversità storica delle norme e della terminologia pur all’interno della stessa area geografico-giuridica; nel concetto di “infermità”; in quello di “stati emotivi e passionali”; nella costruzione relativa alle intossicazioni da alcool e da stupefacenti; persino nei principi di fondo secondo cui un soggetto debba essere ritenuto responsabile delle proprie azioni a partire dai 18 anni e non magari dai 5, e solo se non “infermo” di mente ma non, poniamo, se posseduto dagli spiriti. Tutti questi non sono concetti universali, sono concetti occidentali.

Venendo al secondo punto, la psichiatria e la psicologia sono diverse dalla nefrologia, dalla traumatologia, dall’otolaringoiatria e via citando, non tanto perché hanno un diverso oggetto – anche le materia menzionate hanno diversi oggetti, ma sempre riconducibili alla concreta fisicità – 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. L’esistenza di discipline quali l’etnopsichiatria o la psichiatria transculturale basterebbe a dimostrare che la psicopatologia è culturalmente connotata.

Benché si ritroverebbero già riferimenti sulle malattie “esotiche” addirittura in epoca pre-coloniale ad opera di missionari o di viaggiatori, si suole fissare la data di nascita dell’etnopsichiatria al 1904 in occasione di un viaggio di Kraepelin a Giava; l’Autore descrisse alcune di quelle che noi oggi chiameremmo “sindromi culturali”, in ogni caso concluse per l’universalità della psicosi maniaco-depressiva e della demenza precoce. Da allora molta acqua è passa sotto i ponti, e l’etnopsichiatria vanta una solida e corposa tradizione scientifica¹, anche interrogandosi circa l’esistenza o meno delle “nostre” malattie in altre culture, ed anzi questa domanda ha suscitato polemiche fra i ricercatori e consigliato l’Organizzazione Mondiale della Sanità ad intraprendere ampie ricerche sul tema dell’ubiquità o meno della

schizofrenia, ma: “L’ipotesi [...] che le malattie psichiche descritte nei manuali di classificazione siano espressioni di disturbi di un nocciolo umano biologico ‘naturale’, e quindi universale, resta, finora, indimostrata” (Coppo, 2003).

Devereux (1973), fondatore della “etnopsicanalisi”, sostenne da un lato un’universalità secondo la quale il funzionamento psichico è uguale per tutti, e dall’altro la particolarità della cultura di appartenenza di ognuno; la schizofrenia è da lui giudicata una “malattia etnica”, vale a dire legata alla cultura, e la reputa quasi incurabile ma non per un’eziologia organica quanto perché resa possibile dalla struttura valoriale della società.

La depressione riserva non pochi problemi in ambito etnopsichiatrico, e Leff riferisce che in Malesia, nel Borneo, in Africa e fra i nativi americani non esiste un concetto che la rappresenti come malattia, sintomo o sindrome (Leff, 2008). Coppo, in Mali, non riesce a trovare un solo caso che corrisponda a quello che noi definiamo “disturbo depressivo” e neppure una parola che, nelle lingue locali, sia traducibile con “depressione” (Coppo, 2005). Questo non significa necessariamente che non esista l’afflizione, forse però non è reputata malattia.

Il problema parte dal semplice ma spesso trascurato fatto che quanto ha un nome è perciò stesso un fatto culturale, non interamente naturale. Un altro padre dell’etnopsichiatria, Frantz Fanon, che tende a spiegare la “psicopatologia negra” in termini politici con riferimento alla discriminazione e alla colonizzazione, ricorda che: “Parlare significa essere in grado di usare una determinata lingua, possedere la morfologia di questa o di quella lingua, ma significa soprattutto assumere una cultura, sopportare il peso di una civiltà” (Fanon, 1965, p. 44), e infatti non tutti definiscono gli stessi fenomeni come malattia e quindi oggetto di pratiche mediche; forse “male”, “malattia” e “sofferenza” non sono nozioni identiche e ugualmente classificabili per tutti. “I sintomi di una malattia psichiatrica sono spesso ciò che i pazienti raccontano delle loro esperienze anormali” (Leff, 2008, p. 37), il che comporta un riferimento alla norma, cioè al costume, e, con argomentazione uguale e contraria: “Che cos’è uno schizofrenico? È quell’essere che la comunità degli psichiatri si accorda a designare come tale” (Nathan, 2003, p. 47).

Insomma, è culturale la scelta se considerarsi malati o meno, ed è culturale la designazione che l’esperto dà di una cosa come malattia o meno, anche perché questi ha ricevuto

1 Senza entrare nel merito circa la differenza fra etnopsichiatria e psichiatria transculturale, tema che esorbita dal presente lavoro, ci si limita a ricordare fra i volumi in materia, oltre a quelli via via citati nel testo: Beneduce, 2007; Cardona, 1985; De Martino, 1959; Devereux, 1978; Fanon, 1965; Kleinman, Good, 1985; Murphy H.B.M., 1982; Nathan, 1994; Quaranta, 1977; Simons & Hughes, 1985.

un'investitura da una comunità che si è accertata che condivide le competenze, le definizioni, i confini del suo sapere.

Così, diversi possono essere i punti di vista circa l'eziologia della sofferenza. Pure nella nostra cultura si affrontano punti di vista multicausali ed altri più esclusivamente biologici, anche se esiste pure una "neuroantropologia", la quale "riconosce che le espressioni umane sono intrinsecamente neurologiche, ma allo stesso tempo sottolinea che ogni cervello, ogni individuo, è parte di un sistema più ampio, dove esistono continue interazioni sociali e culturali" (Faedda, 2013, p. 170).

Se poi, come s'è detto, il terapeuta porta con sé la cultura del gruppo professionale che lo ha accreditato (Coppo, 2003), anche i metodi terapeutici sono differenti: guaritori, sciamani, indovini, esorcisti curano e guariscono. Guariscono chi appartiene alla loro cultura magari meglio di quanto non farebbero con questi ultimi i "nostri" terapeuti. Nathan definisce le psicoterapie "tecniche di influenza", che debbono essere del paziente ma pure del terapeuta. Egli racconta di un paziente musulmano il quale dice di essere posseduto dai *ginn*²; questi consulta almeno una decina di psicoterapeuti, ma nessuno di loro crede ai *ginn*: non stupisce che non riescano a curarlo (Nathan, 2003).

Anche le prognosi sono diverse nei diversi luoghi, e quella della schizofrenia, per esempio, sarebbe migliore nei paesi in via di sviluppo che in quelli occidentali (Baubet, 2010a; Leff, 2008), con buona pace del nostro orgoglio farmacologico, forse per il diverso approccio "sociale", più tollerante e propenso alla reintegrazione del malato nelle culture tradizionali di quanto non lo sia nelle nostre.

Fatto sta che la difficoltà di adattamento delle classificazioni internazionali a talune situazioni al di fuori dell'Occidente ha portato allo sviluppo di strumenti locali. In Cina la struttura dell'ICD-10 (Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali dell'OMS) è stata riadattata dalla *Chinese Psychiatric Society* nel *CCMD-3 (Chinese Classification of Mental Disorders)*. Se si considera che in Cina risiede un quinto circa della popolazione mondiale, l'utilizzo di categorie modellate sui problemi europei e statunitensi parrebbe frutto di un atteggiamento arrogante e colonialista. Operazioni analoghe sono state compiute in Giappone e in America Latina (Baubet, 2010a).

Gli errori diagnostici dovuti ad un atteggiamento "colonialista" (Fanon, 2011), che riguardano evidentemente anche l'ambito forense, sono molti, tanto che è stata coniata l'espressione *category fallacy*, per indicare appunto "l'applicazione ad un gruppo culturale di criteri diagnostici definiti all'interno di un altro gruppo" (Baubet, 2010b, p. 97), e di solito l'errore va nel senso di sovradiagnosticare le psicosi nei soggetti appartenenti ad altre culture, con anche eccessi di ospedalizzazioni forzate (Baubet, 2010b).

L'ICD-10, pur elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità da esperti di cinquantadue paesi, non contempla il problema culturale se non *en passant* per esempio a pro-

posito della Nevrastenia (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992, p. 163) e accenna a quello dell'immigrazione a proposito delle Sindromi da disadattamento citando l'immigrazione e la condizione di rifugiato (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992, p. 143).

Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali ogni descrizione dei disturbi contiene un paragrafo intitolato: "Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza", e in generale: "I disturbi mentali sono definiti in relazione alle norme e ai valori culturali, sociali e familiari. [...] I confini tra normalità e patologia variano da una cultura all'altra per specifiche tipologie di comportamento" (American Psychiatric Association, 2014, p. 16). Soprattutto il DSM-5 dedica numerose pagine allo "Inquadramento culturale", così esordendo: "Comprendere il contesto culturale dell'esperienza di malattia è fondamentale per una valutazione diagnostica efficace e per la gestione clinica" (American Psychiatric Association, 2014, p. 869). Seguono poi una "Guida per l'inquadramento culturale", il suggerimento di 16 domande che possono servire come orientamento per la diagnosi, e, nel paragrafo dedicato ai "Concetti culturali di sofferenza", si avanza un'importante avvertimento: "La variazione culturale nei sintomi e nei modelli esplicativi associati ai concetti culturali può indurre i clinici a giudicare erroneamente la gravità di un problema o a formulare la diagnosi sbagliata (per es., insolite spiegazioni di ordine spirituale possono essere erroneamente interpretate come psicosi)" (American Psychiatric Association, 2014, p. 881). Infine il DSM-5 contiene un "Glossario dei concetti culturali di sofferenza" (American Psychiatric Association, 2014, pp. 967-972), che illustra i nomi che vengono dati ad alcune sindromi tipiche di diversi paesi e le descrive.

Il terzo punto del nostro discorso concerne gli strumenti di cui si avvale la diagnosi psichiatrica. In un capitolo suggestivamente intitolato "Arresti cardiaci e sincopi interculturali", si racconta la vicenda di un immigrato malese, oramai in Italia da alcuni anni, che ha imparato la lingua, o almeno ha imparato la traduzione letterale delle parole. Un brutto giorno, accusando dolori, estrema stanchezza, senso di oppressione, difficoltà respiratorie, si reca in pronto soccorso, dove, al medico che lo visita e gli chiede dove sente dolore, risponde di avere male al fegato. "Fegato", infatti, è la traduzione letterale della parola "hati", che in malese designa la sede dell'intelligenza emotiva. Per noi: il cuore. Il medico, sentendo parlare di fegato, prescrive un'ecografia addominale che, sventuratamente, evidenzia qualche problema compatibile con i sintomi lamentati; "sventuratamente" perché così il nostro immigrato viene mandato a casa con una prescrizione per patologia epatica. Morirà nella notte per infarto, o forse sarebbe meglio dire, morirà per "sincope interculturale" (Quaranta & Ricca, 2012).

Se ciò accade per la medicina del corpo, a maggior ragione accadrà in una pratica dove uno degli strumenti, anzi il più importante, è la comunicazione verbale; non solo, in cui la questione non è esclusivamente di traduzione letterale, bensì anche di mimica, di espressione, di significati, di simboli.

La diagnosi psicopatologica, infine, si avvale di ausili psicodiagnostici alcuni dei quali sono prepotentemente connotati culturalmente. Al test di Rorschach la risposta "popolare" alla V tavola è "pipistrello": ma quanti pipistrelli

2 Presenti già nella cultura preislamica, sono spiriti che popolano la natura e il cui influsso benefico o malefico si esercita continuamente sulla vita umana.

ci sono in Burkina Faso? A che significato simbolico rimanda l'animale pipistrello per un Senegalese?

Lo stesso è da dirsi per alcune prove che valutano il Quoziente di Intelligenza, magari con subtest di "Informazione" e "Vocabolario"; vorremmo chiedere al diagnosta che informazioni ha sui metodi di coltura agricola nel Maghreb o quante parole conosce di tamazight, e poi vedere che Q.I. totalizza.

In generale, si contesta che la mera traduzione linguistica di un test sia sufficiente in quanto una simile operazione presupporrebbe che ci "si riferisca alle stesse operazioni mentali, qualunque sia la lingua che lo veicola, che presenti lo stesso livello di difficoltà e che richieda le stesse strategie cognitive" (Le Du, 2010, p. 121), e l'adeguatezza dei test più utilizzati –WAIS, Rorschach, TAT, MMPI, etc.– per i soggetti provenienti da culture diverse è stata criticata da molte ricerche (Couchard, 1990; Le Du, 2010; Tseng et al., 2012). Persino all'interno di una stessa area culturale, il trascorrere del tempo e quindi il mutamento dei valori, hanno talora costretto a cambiamenti negli items di taluni test, per esempio ciò è accaduto per il passaggio dall'MMPI elaborato originariamente nel 1937 all'MMPI-2 del 1989 (Teng et al., 2012). A fortiori ciò può rendersi necessario per più accentuate differenze culturali, magari aventi scarsa dimestichezza con gli aspetti tecnici della compilazione di un test. Persino il test delle "Matrici Progressive di Raven", sempre reputato *culture-free*, si è constatato non esserlo per esempio per i soggetti di cultura araba che procedevano nella ricostruzione delle figure geometriche da destra a sinistra, com'è abituale nella loro scrittura, e non viceversa come ci si aspettava dalla elaborazione della prova fatta da noi (Van de Vijver & Tanzer, 1997).

Ancora per riferirsi all'MMPI, sono state per esempio riscontrati punteggi significativamente elevati nelle scale della schizofrenia, della paranoia e della deviazione psicopatica fra i nativi Americani comparati con i soggetti di etnia caucasica (Pollack & Shore, 1980), e punteggi elevati nelle scale della depressione e della schizofrenia quando il test era somministrato a Cinesi, i quali, generalmente parlando, sarebbero più riservati, meno estroversi, socialmente più schivi degli Statunitensi su cui è stato validato il test (Song, 1985). Negli Stati Uniti, in Canada, anche in taluni paesi europei come Gran Bretagna e Olanda sono stati fatti sforzi per validare i test più diffusi in una situazione transculturale, grazie anche all'impegno di una *International Test Commission* (ITC). In paesi con consolidate minoranze culturali questi sforzi sono stati fatti da tempo, e per esempio in Australia esiste lo *Original Australian Intelligence Test* tarato specificatamente per gli aborigeni; analogamente si è operato per i Nativi americani (Le Du, 2009).

2. La nostra ricerca

2.1. L'imputabilità

Il tema dell'imputabilità è probabilmente quello che più mobilita questioni di tipo culturale, persino filosofiche, posto che –seppure mediato dalla diagnosi psicopatologica– in parte si finisce per accertare la responsabilità morale, non solo giuridica, per il fatto commesso (Ponti & Merzagora,

1993). Ed è evidente che la responsabilità morale dipende dai valori professati.

Di fronte al classico quesito posto dal giudice: "Dica il perito se Tizio, al momento in cui ha commesso il fatto era capace di intendere e di volere", il perito deve dunque confrontarsi con una disciplina impregnata di cultura (la psicopatologia), mediare questa disciplina con le esigenze e le categorie giuridiche che sono palesemente culturali, e –oggi più che mai– effettuare un'ulteriore traduzione, che è quella della possibile diversa cultura di origine del periziando, quindi dei suoi valori eventualmente differenti.

C'è da stupirsi che si trovino ancora psicopatologi disposti a fare questo mestiere.

Vediamo comunque come si comportano i periti attraverso qualche esempio, anticipato da un'avvertenza: alcune delle perizie di cui dirò in seguito le ha redatte una di noi, quindi se ci sono critiche sono autocritiche; altre sono state gentilmente inviate da colleghi in ciò sollecitati e che per tutto ringraziamento talvolta censureremo. Non se ne abbiano a male; semplicemente, tutto è perfezionabile.

Sono state raccolte 51 perizie sull'imputabilità di soggetti stranieri. Le perizie coprono un arco di tempo che va dal 1975 al 2015.

Si tratta di 13 donne e 38 uomini. È noto che le donne delinquono molto meno degli uomini ed ancor meno compiono reati gravi come quelli per i quali solitamente è disposta perizia, ma non si hanno dati generali circa la diversa componente per genere delle persone per le quali vengono chieste le perizie, sicché un confronto con gli Italiani non è possibile; e questo varrà anche per altri dati, quali l'età, il reato, il rapporto con la vittima, etc

Di 2 soggetti non conosciamo l'età; per i rimanenti, vi sono 6 minorenni (uno di 16 e cinque di 17 anni); 1 diciannovenne; 17 soggetti fra i 21 e i 30 anni; 14 fra i 31 e i 40; 8 fra i 41 e i 50; 3 ultracinquantenni. Si tratta quindi in gran parte di giovani-adulti, coerentemente con il fatto che sono costoro a commettere più di frequente soprattutto i reati aggressivi, e con il fatto che gli immigrati appartengono a fasce relativamente giovanili della popolazione.

Il numero di reati è superiore al numero di perizie perché alcuni soggetti sono denunciati per più fatti; in ogni caso, e come s'è detto, le perizie vengono preferibilmente disposte per reati gravi; infatti sono presenti 20 omicidi (di cui 3 filicidi commessi dalle madri) e 4 tentati omicidi. Ci sono poi 10 imputazioni per lesioni, 3 per violenza sessuale, 2 per rapina, 3 per reati connessi agli stupefacenti, 2 per maltrattamenti in famiglia, 2 per minacce, 2 per estorsione, 3 per furto, 1 rispettivamente per stalking, danneggiamenti, resistenza a pubblico ufficiale.

Le nazionalità sono le più diverse, ma rispecchiano a un dipresso quelle degli immigrati nel nostro Paese: 6 Albanesi, 1 Algerino, 3 Bosniaci, 1 soggetto proveniente dal Burkina Faso, 2 Cinesi, 3 Avoriani, 1 Equadoregna, 4 Egiziani, 2 Ghanesi, 1 Irakeno, 1 Libanese, 7 Marocchini, 1 Nigeriana, 1 Peruviana, 5 Romeni, 2 Russi, 1 Senegalese, 3 Serbi, 1 Cingalese, 1 Tunisino, 2 Turchi, 1 Ucraino, 1 Vietnamita.

In generale la ricerca criminologica ha riscontrato che i reati di maggior gravità sono nella quasi totalità dei casi intrattabili (Gualco & Rensi & Piacenti & Fusaro, 2014); l'osservazione è valida anche relativamente alle nostre perizie per le quali nel 42% dei casi in cui il reato vede una vittima

questa è della stessa nazionalità dell'autore, nel 7% è un altro straniero, nel rimanente 51% è italiano. Le percentuali però mutano per l'omicidio, in cui vittima e autore sono entrambi stranieri nel 70% dei casi, e per il tentato omicidio in cui appartengono alla stessa nazionalità nel 75%.

Questo per quanto concerne autori e reati; venendo più in specifico ai dati di interesse peritale e interculturale, i soggetti sono stati dichiarati capaci di intendere e di volere in 16 casi (31,4%), seminfermi di mente in 10 (19,6%), totalmente infermi in 24 (47%) e in un caso il perito non si è pronunciato (Tab. 1).

Capaci	Seminfermi	Totalmente infermi	Non si pronuncia
16	10	24	1

Tab. 1. Valutazioni sulla capacità di intendere o di volere.

Le diagnosi sono state di Psicosi in 19 casi (12 dei quali Schizofrenia), Disturbi di Personalità vari in 10, Depressione o Disturbo dell'Umore in 4, Dipendenza da alcool o stupefacenti in 2, Epilessia e Ritardo Mentale in 1, Disturbo dell'Adattamento in 3, simulazione in 1; in 3 casi di minori si è concluso per l'im maturità senza formulare diagnosi.

Siccome – s'è detto – non esistono dati generali sulle valutazioni peritali e sulle diagnosi formulate in questo ambito, non possiamo dire se le perizie che vedono coinvolti gli stranieri siano, da questi punti di vista, diverse dalle altre³. Ma non è questo il punto.

Il punto, anzi, i punti riguardano l'aver considerato o meno la condizione di straniero.

Il fatto di essere stranieri non comporta necessariamente una distanza culturale, e tanto meno comporta che tale distanza sia uguale per tutti, posto che nelle 51 perizie vi sono persone che provengono da Paesi diversi. Così come per la criminalità, anche qui sarebbe grottesco assimilare in un'indistinta categoria "stranieri" persone che provengono dal Marocco, dall'Albania, da Sri Lanka, e via discorrendo. Cioè: può darsi che chi viene dalla Romania non sia affatto "particolare", culturalmente parlando, rispetto a noi, anche se c'è il rischio di credere di sapere ben più di quanto realmente sappiamo, al di là degli stereotipi, proprio per le culture che pratichiamo da più tempo e che ci sono, anche fisicamente, vicine. Inoltre qui ci sono 8 persone provenienti dall'Africa sub-sahariana e 3 dall'estremo oriente; forse per costoro il problema poteva porsi.

In ogni caso nessuna perizia utilizza la parte che il DSM dedica allo "Inquadramento culturale"; non è citata né esplicitamente adoperata la "Guida per l'inquadramento culturale", non v'è traccia delle domande della "Intervista per l'inquadramento culturale" del Manuale. Tutt'al più in una perizia vi sono delle "Considerazioni psicologico-interculturali" effettuate dall'interprete-mediatrice, che è anche psicologa.

Se si sia di fronte a sindromi tipiche di un paese non è considerato; le diagnosi sono tutte effettuate seguendo la nosografia e la terminologia occidentali. Solo in un caso di

plurimo omicidio troviamo scritto: "nel lavoro peritale non è emersa traccia di sindromi culturalmente caratterizzate (quali amok et alia). Questi periti si erano posti il problema ma nulla è emerso che potesse assimilare il quadro presentato dal K. a patologie di questo tipo".

In generale, ci si potrebbe persino chiedere se davvero i periti avevano a loro disposizione gli strumenti basilari per effettuare le diagnosi, primo fra tutti il linguaggio. L'interprete è stato utilizzato in 17 casi (33%), in alcuni dei quali si specifica che ha svolto anche funzioni di mediatore; in un caso c'è stato un vero e proprio mediatore. Quest'ultima vicenda vede una donna rendersi colpevole di figlicidio, e si legge: "La paziente non specifica da quale patologia fosse affetta la madre, discuterne era un tabù. [...] A causa della patologia della madre la pz. era oggetto di scherno da parte dei vicini (spiega la mediatrice che in Cina i portatori di patologia psichiatrica sono fortemente discriminati e la famiglia di conseguenza viene derisa e isolata)". Solo leggermente migliore la situazione nelle 42 perizie su stranieri esaminate da De Pasquali: in 3 casi è stato presente un mediatore (De Pasquali, 2016, p. 212).

Di un altro Cinese, un minorenne, si dice che l'interprete è utilizzato nei primi colloqui poi vi si rinuncia perché il giovane "dispone di una certa capacità sia di comprendere che di parlare la lingua italiana".

La dichiarata rinuncia all'interprete si verifica con un romeno epilettico e con ritardo mentale, benché si affermi: "Assolutamente non in grado di comprendere domande un poco più complesse, non ha mai verbalizzato una frase compiuta"; ma poi: "Il colloquio si è svolto in assenza dell'interprete incaricata [...] È corretto sottolineare che anche con la presenza dell'interprete (esperienza già condotta dagli operatori di tale struttura) nulla sarebbe cambiato".

Alcuni periziandi erano in Italia da tempo, magari persino scolarizzati qui, e quindi si capisce che l'interprete non occorresse; altri casi lasciano un poco perplessi. Per esempio: "Vi è qualche contraddizione nel suo discorso, ma ciò è anche in parte conseguenza delle difficoltà di traduzione" (un Tunisino che parla solo francese, e ciò non di meno non è a disposizione l'interprete); di un Egiziano, che verrà poi riconosciuto incapace di intendere e di volere per infermità mentale, si scrive: "Si è espresso in italiano con un lessico, in verità, di non sempre agevole comprensione", eppure non si chiede un interprete benché, trattandosi di un malato di mente, la difficoltà di comprensione si immagina ancora maggiore.

La non perfetta comprensione può valere sia nel senso

3 Una ricerca condotta su 42 perizie su stranieri che ha trovato 16 casi conclusi nel senso di totale incapacità di intendere e di volere, 8 di parziale incapacità (Scarpa & Bonagura, 2015b; De Pasquali, 2016, p. 215).

che non si riescono ad individuare gli eventuali sintomi di patologia, sia in senso inverso. Per un Egiziano, autore di reati bagatellari commessi in maniera assolutamente improvvisa, non si addiuce ad una diagnosi certa, ma: “È bensì vero che l’approfondimento esplorativo della personalità dell’imputato ha trovato gravi ostacoli nell’impossibilità di un approccio diretto fra esaminatore e periziando a cagione della sua troppo limitata conoscenza della lingua italiana, solo parzialmente temperata dalla mediazione dell’interprete”. Fatto sta che le conclusioni sono “in via di probabilità” per una seminfermità di mente.

Anche altre volte il perito enuncia il proprio disagio: “Non è facile il rapporto verbale con il periziando, anche mediante interprete, e certe sfumature – importanti in psichiatria – possono sfuggire”.

L’esame psichico non è fatto solo di comunicazione verbale, così di un vietnamita che ha ucciso la fidanzata è descritta la “forte carica di disperazione e l’incapacità a controllarla. Quest’ultimo dato potrebbe anche essere imputato alle diversità culturali nella manifestazione del dolore”. Il perito pensa alle differenze fra i più compassati nordici e i più emotivi popoli del sud del mondo? Il periziando: “piange, urla, singhiozza, si esibisce in un’accentuatissima mimica di disperazione, fino ad alzarsi dalla sedia e a colpire coi pugni la parete della stanza. [...] Al di là delle manifestazioni particolarmente enfatiche, peraltro, il dolore è certamente profondo e adeguato alla situazione”.

Più esplicito ancora ciò che viene commentato a proposito di un Romeno accusato di omicidio: “L’osservazione peritale di soggetti appartenenti a culture etniche diversa da quella del perito, in particolare di fronte alla necessità di dover formulare valutazioni psicopatologiche, deve sempre tener conto del fatto che alcune modalità fenomenologiche possono avere significati non sempre traducibili da una cultura all’altra. Quindi deve essere attenzione del perito, nel momento in cui rileva sintomi clinici, renderne l’evidenza al di là delle differenze etniche”.

Di forse ancor più difficile soluzione è discernere fra una credenza culturalmente compatibile e un sintomo psichiatrico. Se credo di essere vittima di una fattura e sono un professore milanese (tanto per dire) è un conto, se sono un contadino africano la cosa può essere diversa.

D. è un avoriano accusato di aver ucciso una delle due mogli con cui viveva in Italia e di aver cercato di uccidere l’altra perché costoro avrebbero fatto “dei riti magici non meglio specificati e comunque dei malefici normalmente utilizzati nel loro Paese di origine”. Il tema della stregoneria torna insistentemente nel racconto dell’uxoricida, anche se il perito cerca di farlo rinsavire: “Sugli aspetti che riguardano la magia nera accoglie parzialmente una mia spiegazione sul valore delle differenze culturali ed etniche e appare poco critico su alcuni temi verosimilmente deliranti”. Si conclude comunque per un Disturbo di Personalità, così argomentando: “Nel funzionamento psichico del periziando si riscontrano dunque, all’esame clinico, dei sintomi – prevalentemente riconducibili ad una condizione di disturbo paranoide – che portano a non poter considerare le credenze rituali del D., ed i loro correlati, unicamente e precipuamente un dato culturale che caratterizza la sua psicologia. I sintomi riscontrati portano invece a considerare che il ‘fattore culturale’ sia sconfinato, nel caso del periziando, nella psicopatologia”.

Di una Nigeriana si dice: “Sono emerse nel corso del primo colloquio tematiche persecutorie declinate secondo il codice culturale della Sig.ra (riferimento a punizioni voodoo)”; alla fine la si dichiara capace di intendere e di volere, diagnosticandola affetta da Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato.

Una donna marocchina si butta dal balcone con in braccio i due figli: lei sopravvive, anche se rimarrà paralizzata, i figli no. Era affetta da “deliroidi di gelosia” e “timori assolutamente infondati” che il marito, recatosi in Marocco, avesse intrapreso il viaggio per prendersi una seconda moglie. Sarà stata proprio una convinzione patologica?

Per altri il perito si pone esplicitamente il dubbio: “Il pensiero persecutorio del periziando è apparso, per come è stato proposto, andare al di là del dato ‘culturale’, ma essere ascrivibile ad una condizione psicopatologica” (un Ghanese reo di danneggiamenti che ritiene di essere vittima di una maledizione); per un pluromicida, sempre ghanese, che dice che le uccisioni sono state suggerite da “voci”, i periti si documentano sulla cultura del Paese di provenienza e chiedono se coloro i quali gli parlano non potrebbero essere i Moati, spiriti della tradizione ghanese, ma il periziando ribadisce che si tratta di voci di persone, non di spiriti.

Talora si citano le condizioni di emarginazione e di degrado in cui vivevano i periziandi, ma è raro trovare riferimenti alla possibilità che queste e l’esperienza migratoria possano aver avuto un ruolo nella genesi e nell’esacerbarsi della patologia, benché sia ampiamente noto che il fenomeno migratorio abbia effetti patogeni (Cantor-Graae & Selten, 2005; Coluccia et al., 2015; Fullove, 1996). Eppure si racconta di un Vietnamita che è arrivato con un’imbarcazione di 24 metri in cui erano stipate 350 persone, e in cui durante il viaggio sono morti 3 bambini.

Un minore libanese – che non parla italiano – nonostante l’età dice che era combattente Fedayn esperto di esplosivi; se ciò è vero, il gap culturale è molteplice: straniero, combattente, musulmano convinto. Il reato è connesso agli stupefacenti; è difficile dire se sia da considerarsi “culturalmente motivato” (Basile, 2010), in ogni modo: “l’esame psichico consente di stabilire che è soggetto dal grado di maturazione intellettuale e di personalità del tutto normale e adeguato all’età”. Forse persino di più: i nostri minori non si trovano a combattere.

Di un’Avoriana figlicida: “Il trasferimento in Italia della perizianda, avvenuto in corrispondenza dell’inizio dell’adolescenza, in una fase molto delicata dell’età evolutiva, ha avuto senza dubbio un impatto psicotraumatizzante sull’indagine, che si è trovata improvvisamente catapultata in una realtà economica, sociale e culturale completamente diversa da quella del Paese di origine e si è inserita in un nucleo familiare scarsamente integrato con la realtà locale”.

In 3 casi è formulata diagnosi di Disturbo dell’Adattamento, dove peraltro i motivi sono individuati soprattutto nella perdita del lavoro.

Un Marocchino, è “convinto che la giustizia abbia agito nei suoi confronti in modo discriminatorio. Un atteggiamento, questo, non infrequente negli extracomunitari”. Sconcerta un poco il fatto che le sue lamentele sulla giustizia italiana dovute al fatto che non comprenda bene le accuse siano definite “persecutorietà”. Più pietosamente, di un altro, un Tunisino, si scrive: “è vivamente preoccupato perché non conosce la lingua né le leggi italiane, non sa

come difendersi, è privo di denaro che gli è stato sequestrato al momento dell'arresto".

Parte importante di una perizia è la conoscenza di eventuali precedenti psichiatrici, cosa anch'essa non sempre agevole. Di un Tunisino accusato di rapina che riferisce di un precedente ricovero si afferma che: "Manca peraltro in atti qualsiasi riferimento più preciso o traccia di questo certificato"; di un Turco, trafficante di droga, si sospetta simuli, viene prodotto un certificato relativo ad un ricovero ad Istanbul che si afferma formuli diagnosi di schizofrenia, ma si lamenta la "impossibilità di riconoscere l'autenticità del certificato".

Naturalmente non tutti sono reati culturalmente motivati. Di un Albanese che maltratta moglie figli una prima perizia afferma che: "È evidente che la capacità di critica è correlata sia al disturbo di personalità sia al contesto socio-culturale da cui proviene". Non pensiamo che il perito intendesse dire che gli Albanesi come caratteristica culturale hanno un deficit di critica, e l'osservazione è probabilmente da correlarsi ad una frase successiva: "egli sostiene, ammiccandomi, che in casa vige una regola privata familiare, dove è l'uomo a comandare e disporre ogni cosa". Si noti: "in casa" e "regola privata", non "in Albania" e "regola culturale". Nell'elaborato peritale si afferma che il comportamento violento: "viene messo in atto con sufficiente consapevolezza del suo disvalore sociale", e, soprattutto: "In sintesi il quadro appare ben inquadrabile nelle più recenti teorizzazioni criminogenetiche della violenza in famiglia", pur aggiungendo che: "Il tutto può trovare una parziale giustificazione nella matrice culturale e valoriale del contesto socio-culturale di provenienza del periziando". Può darsi che in Albania la discriminazione di genere sia più accentuata che da noi, sta di fatto che talora si corre il rischio della "fallacia culturalista". Quella che viene avanzata come adesione alla norma culturale di origine lo è veramente? L'atteggiamento di quest'uomo non differisce da quello dei partner abusanti descritti negli Stati Uniti, in Canada, in Europa, in Italia, i quali per legittimare le proprie condotte mettono in campo una serie di tecniche di neutralizzazione per cui per esempio un'aggressione diviene uno scambio di opinioni, o un banale litigio, o —come in questo caso— una "discussione familiare". Tutto ciò non è quindi riconducibile a una cultura in senso antropologico, ma rispecchia quella sottocultura di discriminazione di genere riscontrata nei partner violenti di ogni dove.

Così pure per un uxoricida albanese, che uccide la moglie "fedele da trent'anni" come scrive il giudice che ci fa sospettare di essere un poco partecipe della sottocultura dell'onore (perché? se non fosse stata fedele, cambiava qualcosa?). Il periziando spiega: "Sì, tante volte spiare mia moglie spia, bugie, non ti dà rispetto come serve come donna, come femmina o come moglie facciamo per esempio, non mi ha dato rispetto, mai mai mai". Il perito commenta: "A parere dello scrivente per comprendere adeguatamente il vissuto del paziente occorre integrare tali osservazioni con la sua identità culturale di provenienza. [...] Il fattore precipitante appare essere stato, come emerso nel corso dell'ultimo, toccante colloquio con il periziando, la potenziale autonomia finanziaria della vittima, che finalmente aveva ottenuto un rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Nella cultura dell'onore la donna autonoma sul piano finanziario lo è anche sul piano sessuale e riproduttivo".

Altri comportamenti sono esplicitamente connessi alla cultura di origine, come nel caso di un minore nomade accusato di reati contro il patrimonio: "All'età di sette anni il minore è stato avviato, secondo i costumi Rom, al furto, apprendendo tale 'mestiere' da una cugina: cominciò in tal modo a plasmare la sua identità personale introiettando modelli propostigli dal gruppo di appartenenza, acquisendo valori sottoculturali e identificandosi con le tradizioni e le usanze delle famiglie nomadi. In tal senso egli ha sempre sentito l'importanza dell'essere capace a procacciare denaro per il mantenimento della famiglia, dedicandosi per alcuni anni alla commissione regolare di reati contro il patrimonio e rafforzando sempre di più la propria identità di giovane nomade ben inserito nei valori del suo gruppo originario ('nella mia famiglia diversi parenti rubano per vivere')".

Ancora più sconcertante è il fatto che, pur in presenza di soggetti con diversità culturali e linguistiche, in cui il cui problema di una effettiva ed approfondita comunicazione è reso talora ancor più arduo dalla presenza di malattie mentali, non ci si esima dalla somministrazione di test, e di test, come per esempio il Rorschach, che esigono una certa condivisione culturale, o come altri che misurano il livello intellettuale avvalendosi anche di conoscenze legate alla specifica provenienza culturale. Saggiamente, nel campione di 42 perizie analizzato da De Pasquali in un solo caso di somministra un Rorschach, perché: "La carente conoscenza linguistica, associata al divario culturale, rendono adeguatamente ragione della mancata applicazione di test psicodiagnostici" (De Pasquali, 2016, p. 212).

Orbene, i test sono senza dubbio un utile complemento nell'indagine peritale (Fornari, 2015), ma nelle nostre perizie siamo al cospetto di un autentico *juror testandi*: 36 sono le perizie in cui vengono utilizzati (superano il 70% dei casi), con più test per ogni soggetto o magari per i diversi momenti dell'accertamento (consulenze del Pubblico Ministero, perizie, etc.), per un totale di 33 Rorschach, 15 test di Raven, 5 MMPI-2, 3 test di livello Wais, 7 Thematic Apperception Test, solo per citare quelli che ricorrono con maggiore frequenza.

I risultati non sempre sono tra i più brillanti, anche se spesso la scarsa produttività alle prove, al Rorschach soprattutto, è attribuita ad ostinato rifiuto o a patologia. Un Marocchino per il quale è stato necessario l'intervento dell'interprete anche per il colloquio peritale viene sottoposto al test di Rorschach dalla consulente della difesa che scrive: "l'imprecisa conoscenza della lingua italiana costituisce comunque un grosso ostacolo ad una puntuale estrinsecazione dei suoi vissuti e del suo mondo emozionale", ma non demorde. Non bastasse, gli viene somministrato un successivo Rorschach in fase di perizia e un test di livello, commentando: "Non si ritiene che eventuali difficoltà di lingua, con riferimento specificamente al test di Rorschach, possano avere influito in modo significativo sulla produzione, stante l'ampia libertà di consegna e di espressione caratteristica di questo test". Il poverino fornisce poche risposte, che sono attribuite alla scarsa motivazione e alla "attivazione di dinamiche difensive", cosicché "non è possibile sondare in maniera esaustiva e completa la struttura personologica del soggetto, di esplorarne in modo proficuo le eventuali aree profonde conflittuali" (tutto ciò con l'interprete, e non è l'unico caso: un setting un po' atipico). Al test di intelligenza si rilevano "discontinuità attentiva" e

“lentezza esecutiva”, pertanto il risultato è un’intelligenza “Medio-Inferiore” (sarebbe da fare la prova al testista in arabo, quindi valutare il livello intellettuale raggiunto).

Si fa il Rorschach ad un Serbo che praticamente non parla l’italiano, sostenendo che: “I rifiuti alle tavv. II, VI e VII, non rari nei soggetti psicotici, testimoniano l’incapacità del soggetto nell’affrontare al meglio la realtà”; ad una donna del Burkina Faso che non fornisce le c.d. “Risposte Popolari”, cioè quelle che di solito forniscono tutti gli Occidentali. Ma, appunto ce lo siamo già chiesto, quanti pipistrelli ci sono in Burkina Faso?

Per un Ucraino che “Afferma di aver imparato la lingua italiana leggendo i giornali” si riscontra che il punteggio ottenuto nel compito di generazione di parole su stimolo fonologico è “ai limiti inferiori di norma”.

Di un Avoriano schizofrenico si scrive: “La interferenza di ‘urla e voci’ è divenuta persistente nel corso della somministrazione del test di Rorschach. [...] La raccolta del protocollo è risultata pertanto difficoltosa e complessa da seguire, sia sul piano verbale che sul piano della elaborazione delle risposte, e in parte anche condizionata da limitazioni di competenza linguistica (non piena padronanza della lingua italiana)”. Straniero e allucinato: non proprio la condizione ideale per affrontare una prova psicodiagnostica di tale impegno.

In altri casi, invece, i test non si fanno: “posta anche la difficoltà di dover ricorrere all’interprete, il rischio sarebbe stato di suscitare solo inutile disagio nella perizianda e confusione nella valutazione”, e, finalmente: “a dispetto del continuo au-

mento di diversità razziale ed etnica della popolazione, e del conseguente continuo aumento di richiesta di valutare soggetti provenienti da culture e razze diverse, gli strumenti testistici che abbiamo a disposizione continuano ad essere quelli tarati su una popolazione non rappresentativa di componenti multirazziali, con l’evidente rischio di risultati non attendibili. L’analisi della letteratura riguardante la neuropsicologia crossculturale rivela che diverse possibilità sono state proposte per rendere ragione delle differenze rilevate nelle prestazioni ai test neuropsicologici in gruppi etnici diversi: reali differenze biologiche, diversità nei costrutti cognitivi, influenza di fattori socioambientali, esperienza e competenza dell’esaminatore nell’ambito crossculturale. Inoltre lo stato attuale della pratica neuropsicologica nei confronti di popolazioni culturalmente e linguisticamente diverse solleva importanti questioni etiche” (Albanese, uxoricida, con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore).

Questa, infatti, è la domanda: somministrare test anche emotivamente coinvolgenti ad uno straniero con grave patologia mentale in atto è coerente col principio *primum non nocere*?

2.2. La pericolosità sociale

Circa la pericolosità, nei nostri 34 soggetti dichiarati totalmente o parzialmente incapaci di intendere e di volere, 27 sono valutati socialmente pericolosi (in due casi di minori non viene espressa la valutazione di pericolosità) (Tab. 2).

Pericoloso	Non pericoloso	Non si esprime
27	5	2

Tab. 2. Valutazione di pericolosità.

Come già s’è detto, non si hanno statistiche riguardanti le conclusioni peritali in generale, né per l’imputabilità né, appunto, per la pericolosità⁴; in ogni caso, l’80% di socialmente pericolosi paiono tanti, il che però non stupisce, posto che fra i criteri per valutare la possibilità che il soggetto malato di mente commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reati vi sono la “prospettiva del rientro in famiglia o di assegnazione a strutture comunitarie”, il “reperimento di un’attività lavorativa e di altre attività socialmente utili per una positiva (re) integrazione” (Fornari, 2015), condizioni, come ognuno vede, non sempre a completa disposizione dello straniero.

Una delle perizie di cui qui ci occupiamo riguardava un pluriomicida già resosi responsabile di aggressioni, già

diagnosticato come schizofrenico durante una precedente detenzione e poi, una volta scarcerato, vissuto per alcuni mesi completamente “allo sbando”, solo, senza rete famigliare, amicale, sociale, senza riferimenti di alcun tipo; la valutazione è di una pericolosità “elevata”. Per un’altra perizianda, accusata di tentato fratricidio, il perito scrive: “M. non ha un lavoro, non ha una soluzione abitativa, economica e sociale che le garantisca un minimo di autonomia; non è pensabile che torni a vivere con il fratello, tra l’altro troppo ambivalente nei di lei confronti; non sappiamo quale affidamento si possa fare sui servizi psichiatrici del territorio o su quelli sociali in quel di XX; certamente il rientro del soggetto nell’ambiente in cui viveva prima del fatto reato è tutt’altro che facile; non siamo a conoscenza di opportunità alternative di sistemazione logistica. Allo stato, pertanto, non possiamo escludere la pericolosità sociale psichiatrica”.

Analogamente, in uno studio di 42 perizie su stranieri è stato osservato che: “La mancanza di una fissa dimora si rileva nel 50% circa dei soggetti e tale rilievo assume logicamente un maggior risalto nel momento in cui deve essere valutata la condizione di pericolosità sociale: vengono infatti a mancare adeguati contatti con le reti sociali del territorio e, soprattutto, non emerge la disponibilità dei servizi ad

4 L’unico confronto possibile è con la già citata ricerca su 42 perizie, in cui viceversa la dichiarazione dell’esistenza di pericolosità è fatta in meno di un terzo dei casi (Scarpa & Bonagura, 2015b, p. 354). Ciò potrebbe essere dovuto ad innumerevoli fattori, il primo dei quali la non rappresentatività statistica del nostro e di quel campione.

un'effettiva presa in carico dei pazienti" (Scarpa & Bonagura, 2015b, Scarpa & Bonagura, 2015a).

La domanda inquietante allora è: con l'abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la loro sostituzione con le REMS gestite dalla psichiatria del territorio, quale sarà la condizione degli stranieri?

2.3. La capacità di coscientemente partecipare al processo

Il quesito peritale può riguardare anche il punto se il soggetto sia capace di coscientemente partecipare al procedimento ex art. 70 del Codice di Procedura Penale. Non sempre questa domanda è posta; nelle nostre perizie lo è in 36 casi su 51. Di questi 36, se il periziando è reputato capace di intendere e di volere, com'è prevedibile lo è anche di partecipare al procedimento. Rimangono 28 casi, in 21 dei quali il soggetto è dichiarato capace di partecipare al procedimento (Tab. 3).

Capaci	Seminfermi	Totalmente infermi	Non si pronuncia
16	10	24	1

Tab. 3. Capacità di coscientemente partecipare al procedimento.

Ebbene, il 75% dei soggetti stranieri, non di rado con serie difficoltà linguistiche, magari affetti da psicosi, sarebbe in grado – come occorre per la cosciente partecipazione al processo – di comprendere il processo in generale e i ruoli dei diversi protagonisti, recepire i contenuti delle indagini, collaborare con il difensore nelle decisioni rilevanti dal punto di vista giudiziario, pianificare la linea difensiva e la strategia processuale, tollerare lo stress del processo e reggere il contraddittorio, e via discorrendo (Fornari, 2015).

Si aggiunge però: "In realtà, nella pratica quotidiana, ci si accenta di molto meno" (Fornari, 2015, p. 135), anche perché allo stato, ed in attesa di riforme, se l'imputato è dichiarato incapace di partecipare al processo, questo si rimanda e si comincia una serie di periodici accertamenti con continuo dispendio di denari ed energie peritali (oltre a tenere il soggetto fra color che son sospesi), col risultato che i periti cercano di abbondare nel dichiarare i soggetti capaci da questo punto di vista.

Però, qualche perplessità nasce di fronte alla dichiarazione fatta in talune perizie a proposito delle capacità strategiche e di pianificazione processuale di chi: "Nei primi due colloqui vi ha risposto con un eloquio rallentato e con aumentati tempi di latenza, qualche volta puntuale nelle informazioni, più spesso verbigerante e divagante – come attratto da un'ideazione rimuginativa" (Egiziano, tentato omicida con difficoltà linguistiche, periziato senza interprete); "A questo punto del resoconto di vita è comparsa, nel corso dei colloqui, la figura dello zio materno, che il periziando ha descritto quale persona dai poteri speciali, magici: uno 'stregone' [...]. Il pensiero di essere sotto l'influsso di forze sovrastanti, magiche, incontrollabili" (Avariano, omicida, periziato senza interprete); "Egli ha detto, altresì, di conoscere le persone dalle quali originò la maledizione che lo colpì, ma di non sapere dove esse persone si trovino" (Ghanese, con diagnosi di Disturbo Schizofreniforme, periziato con interprete); "Le funzioni discriminative e di giudizio dell'Io sono apparse assai precarie, infragilite dal costante sovraffollamento di suggestioni interne poco governabili, scarsamente flessibili, inclini ad arbitraria interpretatività, con capacità critiche così tenui e vacillanti da mantenere il soggetto in uno stato di incombente deraglia-

mento ideativo delirante ed in un esame di realtà instabile" (figlicida cinese, periziata con mediatore culturale).

Infine, qualora il reato sia culturalmente motivato, a stretto rigore il soggetto non dovrebbe avere neppure quella minima e basilare competenza che è la comprensione del disvalore dell'atto compiuto e dunque di cosa lo si stia accusando.

3. Conclusioni

In molti dei casi riportati i periti si sono resi conto delle particolari difficoltà che le perizie su soggetti stranieri incontrano, se ne sono dispiaciuti, hanno cercato di fare del loro meglio pur in assenza di ausili, primo fra i quali un mediatore culturale. Altre volte il problema è invece stato negletto.

Comunque, anche se è più facile criticare che proporre, cercheremo di cimentarci anche nella pars construens.

Per esempio ci piacerebbe poter consigliare ai periti di pretenderlo sempre non solo un interprete, ma un vero e proprio mediatore culturale. Sappiamo però quali venti economici soffiano; almeno nei casi più delicati, in cui la cultura del periziando è molto lontana dalla nostra, in cui il reato può avere connotazioni culturali si potrebbe però pretendere. Eventualmente attraverso il consolato o l'ambasciata del Paese di origine del soggetto.

Piacerebbe poi poter dire che occorrerebbe documentarsi sulla cultura di provenienza dei periziandi; se non che il sito comuni-italiani.it cita 194 paesi; alcuni proprio mai sentiti: dov'è, per esempio, Vanuatu? E Karibati? Speriamo che l'unico cittadino di questi Stati presente in Italia non commetta reati e non si debba disporre perizia. Però qualche volta ci si può informare, o, perlomeno, usare quelle pagine del DSM-5 e magari quelle 16 domande che possono servire come guida e che il Manuale definisce "Intervista per l'inquadramento culturale".

Si potrebbero così contenere alcuni errori, primo fra tutti quello di scambiare per sintomo di malattia mentale una credenza culturale: secondo un'inchiesta pubblicata dal settimanale L'Espresso, nel 2009 13 milioni di Italiani si sa-

rebbero rivolti a maghi e cartomanti; dunque non si vede perché debba essere necessariamente delirante chi crede negli stregoni.

Si potrebbe pure limitare un altro abbaglio, quello di reputare culturale un comportamento solo perché messo in atto da un soggetto straniero; per esempio, le mogli vengono maltrattate anche dagli Italiani, e quindi non è un comportamento culturalmente connotato (e se per questo neppure patologico).

Teniamo presente che l'esperienza migratoria e la condizione di emarginazione possono –mai “devono”– causare, esacerbare, slatentizzare una patologia. Una accurata raccolta anamnestica è, come sempre, doverosa. A quest'ultimo proposito teniamo presente anche che l'assenza o l'incomprensibilità di eventuale documentazione psichiatrica né deve giocare a sfavore del periziando né deve essere vista sempre con sospetto.

Infine, conteniamo l'accanimento testistico. Addirittura secondo alcuni (Tseng et al., 2012) ci saranno sempre problemi e limiti nell'applicazione transculturale degli strumenti psicodiagnostici; le soluzioni possono essere –a seconda dei test– quelle di “aggiustare” i cut off, di impegnarsi in traduzioni più accurate, di modificare o rifare ex novo gli items. Ma se non ci sono o non conosciamo test tarati sulla popolazione –magari diversissima culturalmente– da cui lo straniero proviene –magari da poco tempo–, rinunciando all'ausilio psicodiagnostico; meglio un dato in meno piuttosto che dei dati fuorvianti, con l'aggravante di avere mortificato e tormentato il periziando.

Non faremo un lavoro perfetto, ma forse un lavoro migliore.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2014), *DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (V Ed.). Milano: Raffaello Cortina.

Baubet, T. (2010a). Evoluzioni e prospettive della psichiatria culturale. In T. Baubet & M.R. Moro, *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta* (pp. 35-40). Roma: Koinè.

Baubet, T. (2010b). La valutazione clinica in situazione transculturale. In T. Baubet & M.R. Moro, *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta* (pp. 97-111). Roma: Koinè.

Beneduce, R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci.

Basile, F. (2010), *Immigrazione e reati culturalmente motivati – Il diritto penale nelle società multiculturali*. Milano: Giuffrè.

Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2014). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24.

Cardona, G.R. (1985). *La foresta di piume. Manuale di etnoscienza*. Roma-Bari: Laterza.

Coluccia, A. & Ferretti, F. & Fagiolini, A. & Pozza, A. (2015). Incidenza e fattori di rischio per disturbi psicotici nelle popolazioni migranti in Europa: una meta analisi di studi trasversali, *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, pp. 29-39.

Coppo, P. (2005). *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri.

Coppo, P. (2003). *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.

Couchard, F. (1990). Influences des variables socio-culturelles sur le TAT chez des femmes de culture musulmane. *Rorschachiana*, 17, pp. 40-44.

De Martino, E. (1959). *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli.

De Pasquali, P. (2016). *Criminologia transculturale ed Etnopsichiatria forense. Terrorismo, immigrazione, reati culturalmente motivati*. Roma: Alpes.

Devereux, G. (1978). *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma: Armando.

Fanon F. (2011). *Decolonizzare la follia*. Verona: Ombre Rosse.

Fanon, F. (1965). *Il negro e l'altro*. Milano: Il Saggiatore.

Fornari, U. (2015). *Trattato di Psichiatria Forense* (VI ed.). Torino: UTET.

Fredda, B. (2013). Neurolaw: come le neuroscienze potrebbero cambiare l'antropologia giuridica. In A. De Lauri (ed.), *Antropologia giuridica. Temi e prospettive di ricerca* (pp. 159-180). Milano: Mondadori.

Fullilove, M.T. (1996). Psychiatric implications of displacement: contributions from psychology of place. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1516-1523.

Gualco, B. & Rensi, R. & Piacenti, F. & Fusaro, N. (2014). L'omicidio volontario tra gli immigrati: autori e vittime. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 231-240.

Kleinman, A. & Good, B. (Eds) (1985). *Culture and Depression. Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Depression*. Berkeley-Los Angeles: University of California Press.

Le Du, C. (2009). Test psicologici e fattori culturali. In T. Baubet & M.R. Moro, *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta* (pp. 113-152). Roma: Koinè.

Leff, J. (2008). *Psichiatria e culture. Una prospettiva transculturale*. Casale Monferrato: Sonda.

Murphy, H.B.M. (1982). *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Berlin-New York: Springer.

Nathan, T. (1994). *Principi di etnopsicanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Nathan, T. (2003). *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Organizzazione Mondiale della Sanità (1992). *ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Milano: Masson.

Pollack, D. & Shore, J.H. (1980). Validity of the MMPI with Native Americans. *American Journal of Psychiatry*, 137(8), 946-950.

Ponti, G. & Merzagora, I. (1993). *Psichiatria e Giustizia*. Milano: Raffaello Cortina.

Quaranta, I. (1977). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina.

Quaranta, I. & Ricca, M. (2012). *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina.

Scarpa, F. & Bonagura, V. (2015). Gli stranieri e le misure di sicurezza. *Rassegna Italiana di Criminologia*, IX, 4, pp. 244-250.

Scarpa, F. & Bonagura, V. (2015). La perizia e le misure di sicurezza negli stranieri: aspetti critici e metodologici. In A.M. Casale, P. De Pasquali & M.S. Lembo, *La perizia psichiatrica nel processo penale. Aspetti giuridici e psicopatologico forensi* (pp. 3423-359). Santarcangelo di Romagna: Maggioli.

Simons, R. & Hughes C.C. (Eds) (1985). *The Culture-bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: Reitel Publ. Company.

Song, W.Z. (1985). A preliminary study of the character traits of the Chinese. In W.S. Tseng & D.Y.H. Wu, *Chinese culture and mental health* (pp. 47-55). Orlando: Academic Press.

Tseng, W-S, Matthews D., Elwin T.S. (2012). *Cultural Competence in Forensic Mental Health. A Guide for Psychiatrists, Psychologists, and Attorneys*. New York - London: Routledge.

Van de Vijver, F. & Tanzer, N.K. (1997). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: an overview. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 47(4), 263-270.