

IL PROBLEMA DELL'IMPUTABILITÀ NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ¹

G. B. I. Polichetti²

Parole chiave: imputabilità, personalità, psicopatia, pericolosità, responsabilità.

“Sgraziatamente non vi è stata nuova setta filosofica, o antifilosofica (io direi pazzia) la quale non abbia avuto le sue influenze in Medicina. Ciò a mio credere è una chiara prova che la Medicina fino ad ora non ha mai avuti fondamenti stabili e inconcussi. Ella fu platonica, peripatetica, pitagorica, chimica e matematica; poscia divenne psicologica, elettrica, magnetica ed ora (il ciel nol permetta) dovrebbe kantizzarsi. In una parola tutti i capricci della moda, le sottigliezze fisiche e metafisiche sono state impiegate in ornamento della Medicina, sebbene essa non possa ricevere lustro da altro fonte, se non da quello della semplicità e della verità” (Weikard, 1773).

Abstract Il presente lavoro parte dall'attenta definizione della personalità, normale e patologica: dalle origini del riconoscimento, attraverso la classificazione ed il concetto di gravità, alle interazioni con la dottrina giuridica; analizza dettagliatamente proprio la Letteratura giuridica relativa alle Sentenze emesse sulla questione dell'imputabilità e ne ricerca il senso corrente; valuta poi la coesione delle conoscenze acquisite e la coerenza dei concetti formulati per concludere con una proposta di lettura critica ed equilibrata delle moderne concezioni.

¹ Intervento effettuato al Terzo Convegno Nazionale di Psicologia Giuridica.

² Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Via Umberto Brunelli n. 540 - 47522 - Cesena (FC) giovanbattista.polichetti@auslromagna.it

TERMINI ed ETIMI Il termine “*personalità*”, in psicologia - s’intende -, si fa derivare dal termine latino “*persōna*”: la “*persona*”, nel teatro romano, era la “*maschera*” che gli attori adoperavano durante le rappresentazioni spettacolari; tale “*maschera*” aveva sempre un foro tipico, posto più o meno in prossimità della bocca così che, quando gli attori parlavano, proprio la “*maschera*” ne rappresentava il linguaggio tramite le parole (“*per*” “*sona*”, appunto, attraverso il foro e mediante i suoni). Tuttavia la “*maschera*”, propriamente detta, quella che ancor oggi tale s’intenda, ha una sua precisa e distinta etimologia: vale a dire che “*masca*”, dalla quale deriverebbe “*mascam*”, è una fonte preindoeuropea con la quale si arriva ad indicare la “*fuliggine*”, per estensione un “*fantasma nero*”. Infatti una variante, antica e/o dialettale, di maschera è proprio “*màscara*”. Ad ogni modo assumerà presto il significato di un “*finto volto*”, di qualsivoglia materiale, o di qualunque cosa riproduca o, addirittura, semplicemente ricordi i lineamenti umani, tant’è vero che nella Medicina più colta finisce per essere utilizzato quale sinonimo, appunto, di *facies*. Si può anche arrivare, per ulteriore estensione, a considerare maschera qualunque cosa richiami i lineamenti dell’intero corpo e non soltanto della faccia, e si pensi allora allo “*Stregone*” di *Trois Frères*. Molto prossimo al fantasma nero è l’“*angelo nero*”, cui Tommaso Garzoni (1588) attribuisce la prima maschera nella storia dell’umanità, il quale, “*sotto il uolto di malizioso serpe, suase alla prima madre l’horrido eccesso*” conducendo direttamente al peccato originale: ma la cosa più interessante è che, ci avverte ancora Garzoni, “*Da esso hanno apparato gli Hippocriti e simulatori d’immascherarsi anch’essi*”. Con la dicitura “*dramatis personae*” si indica, nel Teatro, quella corrispondenza che ai giorni nostri viene resa più semplicemente con “*personaggi ed interpreti*”: così le “*maschere*” del “*dramma*” altro non sarebbero se non gli “*attori*” e i “*personaggi*”, mantenendo però inalterato il compito della “*persona*” e finendo per rappresentare, e sancire definitivamente, il paradosso della “*personalità*”: nasconde o rivela l’identità? Eccoci giunti, ben presto, al punto: sappiamo, oramai, cosa sia la “*personalità*”, ma non siamo altrettanto sicuri di quanto rappresenti, “*veramente*”, chi ne è portatore, a maggior ragione se di una personalità “*disturbata*” e poi “*gravemente*” disturbata.

CLASSIFICAZIONE Il capitolo sui “*Disturbi di personalità*” del DSM-V “*inizia con una definizione generale di disturbo di personalità*”: “*è un pattern costante*

di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione". Poco più avanti, inoltre, incontriamo i "tratti di personalità", e la relativa definizione: "sono pattern costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali. Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e disadattivi, e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano disturbi di personalità". Sempre nel DSM-V, là dove si parla ancora molto, sia pure in termini diversi dalle precedenti edizioni, dei disturbi di personalità, non si parla mai di "carattere" e si ricorre al "temperamento" quasi esclusivamente in termini di "predisposizione", "rischio", "prognosi" e concetti collegati. "Temperamento", "carattere" e "personalità" appaiono invece imprescindibilmente collegati in un'ottica maturazionale ed evolutiva, giammai progressiva.

I PILASTRI della PERSONALITÀ Il termine "temperamento" si fa derivare dal verbo latino "temperare", che significherebbe "mescolare": ciò sintetizza mirabilmente, ancora, le teorie sull'origine del "temperamento" umano, cioè geneticamente determinato e trasmesso "mescolando", appunto, proprio le caratteristiche genetiche e, se vogliamo, epigenetiche, dai due genitori. Con un dato "temperamento", in sostanza, "si nasce". Tale condizione, tuttavia, non è mai assolutamente determinante, anzi, è soltanto una base sulla quale s'avvicinano ben presto una miriade di situazioni ambientali, culturali, educative ed esperienziali che, d'altra parte, vanno gradualmente ma inesorabilmente a formare il "carattere" dell'individuo adattandolo, in ultima analisi, a ciò che il suo (già dato) "temperamento" permette. È proprio come se il "carattere" fosse l'abito che indossiamo, e che viene adattato man mano crescendo, con la stoffa che ci proviene dall'ambiente sulla costituzione che ci è data geneticamente. Più precisamente possiamo dire che il "temperamento" rappresenti la "materia" della quale siamo fatti alla nascita, ed il "carattere" l'impronta, la scultura, la manipolazione, la lavorazione che dall'esterno "plasma" la materia medesima: il termine "carattere", infatti, si fa derivare dal greco "χαρασσω" (che significherebbe proprio "do l'impronta") e da qui il termine

“*χαρακτήρ*” come “*impronta*” stessa. Ma, una volta cresciuti, stabilizzati, maturati, come ci starà quell’*habitus*? Ebbene questa metafora sembra in grado di presentarci proprio la “*personalità*”, che deriva dall’interazione complessiva del “*carattere*” con il “*temperamento*” non già come risultanza obbligata, bensì come risultato possibile, permesso, in un certo senso. Immaginiamo pure, a questo punto, che la materia non si modifichi oltre, l’abito non veda diversamente ed il nostro aspetto non cambi affatto: se questa è la nostra “*personalità*”, già sufficientemente fissa ed immutabile, proviamo ad immaginare ancora quanto “*rigida*” possa essere la nostra posizione nel mondo se siamo portatori di un “*disturbo*” della “*personalità*”. Ciò detto proviamo anche a leggere con la massima consapevolezza una delle più autorevoli e “*rappresentative*” definizioni di “*personalità*”: “*un complesso sistema gerarchico che può essere naturalmente suddiviso nelle due distinte dimensioni psicobiologiche del temperamento e del carattere*” (Cloninger et al., 1993). Soltanto un anno prima l’Organizzazione Mondiale della Sanità ne aveva pubblicato la seguente definizione: “*una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori temperamentali, dello sviluppo e dell’esperienza sociale*” (WHO, 1992); anche qui il “*temperamento*” trova subito il suo posto, mentre il carattere è sostituito da una modalità generale che “*caratterizza*”, eppure il senso ultimo non cambia.

QUANTI e QUALI Attualmente la comunità scientifica internazionale riconosce alla personalità una decina di disturbi distinti sistemabili in tre gruppi: i gruppi sono meglio conosciuti come *clusters*, ed oltre i dieci disturbi propriamente detti ve ne sarebbero altri tre, come in una sorta di categoria residua. Il primo gruppo, o *Cluster A*, comprende i disturbi di personalità “*paranoide*”, “*schizoide*” e “*schizotipico*”; il secondo gruppo, o *Cluster B*, quelli “*antisociale*”, “*borderline*”, “*istrionico*” e “*narcisistico*”; il terzo gruppo, o *Cluster C*, “*evitante*”, “*dipendente*” ed “*ossessivo-compulsivo*”; nella categoria degli “*altri disturbi di personalità*” rientra la “*modificazione della personalità dovuta a un’altra condizione medica*”, a sua volta con otto tipi (“*labile*”, “*disinibito*”, “*aggressivo*”, “*apatico*”, “*paranoide*”, “*diverso*”, “*combinato*”, “*non specificato*”) e vari sottotipi (“*indicando i sintomi predominanti nel*

quadro clinico”); completano il capitolo i “*disturbi di personalità*” “*con*” e “*senza*” “*altra specificazione*”.

II CONCETTO di GRAVITÀ Esiste però anche una specie di “*stratificazione*” dei “*disturbi di personalità*”, in grado di separare quelli comuni da quelli così detti “*gravi*”: proprio la Regione Emilia-Romagna, in misura particolare, ha costituito un gruppo di lavoro nel “*Servizio di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri*” e pubblicato delle “*Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*” (2013) all’interno delle quali si trova un’esauriente definizione dei “*Disturbi Gravi di Personalità*” (DGP). “*Condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da una alterazione del funzionamento mentale nell’area della formazione e della stabilità dell’Identità e del Sé, con espressione nelle dimensioni dell’impulsività e dell’antagonismo. Sono disturbi che si manifestano con prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, determinando una significativa riduzione delle capacità di adattamento al ruolo sociale*”. “*Per contenere il fenomeno dei falsi positivi*”, tuttavia, “*o misdiagnosi*” (si legge nello stesso documento) “*l’ambito dei Disturbi Gravi di Personalità viene limitato alle categorie diagnostiche del cluster B del DSM-IV-TR, o gruppo dell’impulsività con esclusione del Disturbo Antisociale*”: così facendo restano ascrivibili alla stratificazione di “*disturbi gravi di personalità*” soltanto quelli “*borderline*”, “*istrionico*” e “*narcisistico*”. Altri e prestigiosi Autori hanno allargato il concetto al così detto “*funzionamento*” *borderline* (cfr., ad esempio, Fornari).

La QUESTIONE dell’IMPUTABILITÀ “*Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla Legge come reato se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere*” (art. 85 c.p.). Leggendo queste righe non si può non concludere, ed alquanto agevolmente, che ciascuno è imputabile per definizione a meno che non si provi che non lo sia: ciò può avvenire accertando e dimostrando che le capacità di intendere e di volere non siano, entrambe, integre e successivamente almeno una di queste esclusa (per la vera e propria “*non imputabilità*”) o grandemente scemata (per la diminuzione della pena). “*Non è imputabile*”, infatti, “*chi, nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in*

tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere” (art. 88 c.p.). “*Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita*” (art. 89 c.p.). Per tutto il Medio Evo, e dunque fino al Rinascimento, prevalse ancora l’atteggiamento repulsivo: anzi, è proprio nei cinquecento anni del Diritto Statutario che si assisté alla più grande mescolanza di interpretazioni e rimedi. L’imputabilità, così come le cause di esclusione, avevano già una fisionomia giuridica alquanto precisa fin dalla romana antichità, eppure si poteva assistere ad emanazioni in grado di ritenere in qualche misura “*responsabili*” e dunque “*punibili*” anche gli animali e perfino le “*cose*”, tutto non senza fulgidi esempi di modernità nei quali l’insania rappresentava causa di inimputabilità ed escludeva la colpevolezza. Certamente anche l’organizzazione del sistema punitivo era altrettanto variabile, dalla custodia semplice al ricorso carcerario indistinto, dalla improbabile “*nave dei folli*” alla paradossale pena “*esemplare*”.

II PROBLEMA della PERICOLOSITÀ SOCIALE La Legge “*psichiatrica*” del **1904**, prima Legge italiana “*sui manicomi e sugli alienati*” o, se si vuole, Legge “*Giolitti*”, definiva il “*malato di mente*” non soltanto “*pericoloso a sé ed agli altri*” ma anche “*di pubblico scandalo*”: ribadiva intorno a questi concetti la necessità e l’irrinunciabilità della soluzione manicomiale in nome di una sorta di protezione collettiva oltre che del malato, ma di fatto esponeva la diretta concatenazione tra malattia mentale e pericolosità sociale con la relativa preoccupazione che un certo tipo di proscioglimento lasciasse “*impunito*” un soggetto non imputabile. Ancora negli anni trenta del secolo scorso quasi nessuno scorgeva contraddizioni tra il pensiero “*scientifico*” e quello “*giuridico*” in materia ed all’interno della normativa vigente. Sebbene la Legge n. 354 del **26 luglio 1975**, pur occupandosi di pericolosità sociale in genere e senza far riferimento alcuno al vizio di mente, cominciasse a dedicare una serie di riferimenti all’art. 27, 3° comma della Costituzione, in tal modo insinuando nel dibattito congiunto, psichiatrico e giuridico, il tema del trattamento degno e riabilitativo, si finiva sempre per adeguare continuamente le Leggi alla Legge e le conoscenze scientifiche al riduzionismo automatico. Finché la Sentenza n. 139 del **1982** (Corte Costituzionale), rapidamente seguita dall’analoga Sentenza n. 249 del **1983** minò la

solidità all'Istituto della *“pericolosità sociale”*: la prima dichiarando illegittima la parte in cui gli artt. del C.P. discussi *“non subordinano il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell'imputato prosciolto per infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della cognizione o della esecuzione della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura”*; la seconda, similmente, per una pena diminuita a causa d'infermità psichica in Casa di Cura e Custodia. La Legge n. 663 del **10 ottobre 1986**, maggiormente nota come Legge *“Gozzini”* della Riforma Penitenziaria, in sostanza abolisce le precedenti Sezioni di Sorveglianza istituendone, in alternativa, i Tribunali presso le Corti d'Appello (nasce così il Tribunale di Sorveglianza): più precisamente l'art. 31 della suddetta Legge intende abrogare l'art. 204 del Codice Penale, in osservanza del quale una volta accertata l'incapacità di intendere e volere del soggetto in conseguenza d'un'infermità psichica si *“presume”* la sua pericolosità sociale. Si legge che *“tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa”*: si elimina, così, la pericolosità sociale *“presunta”* a favore di un'analogia definizione che però vada accertata e dimostrata, caso per caso. Ci si rendeva conto, rapidamente, che se il comportamento delittuoso poteva essere previsto allora doveva anche poter essere prevenuto: si organizzarono molti studi ed altrettanti approfondimenti dai quali emersero delle considerazioni molto significative. Si passava dalla *“Tavola dell'Esperienza”* alla clinica *“intuitiva”* degli esperti, passando attraverso autentiche scuole di pensiero, anche molto prestigiose, in grado di sostenere la validità predittiva sul rischio di recidiva sovrapponibile con quella puramente casuale derivante dal *“lancio di una moneta”*. Anche attraverso l'elaborazione di numerose variabili predittive, comunque, si giunse alla formulazione dei concetti *“chiave”*, lungamente utilizzati nel corso dei decenni: i concetti di *“vero”* e *“falso”* si aggettivarono di *“positivi”* e *“negativi”*, così poteva assistersi ad una condizione di aspettativa nella recidiva che si verificava o non si verificava e ad un'analogia condizione di recidiva inattesa che poteva verificarsi o meno. D'altronde perfino l'art. 203 del Codice Penale ritiene che *“la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati ... è probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla Legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze*

indicate nell'art. 133". L'art. 133 sostiene la "discrezionalità del Giudice" e la così detta "capacità a delinquere". Questa riflessione, ad ogni modo, conduce alla considerazione ulteriore sulla fattispecie di pericolosità sociale "psichiatrica": "il perito si pronuncia sulla pericolosità sociale derivata e correlata all'infermità mentale e non ad altri tipi di pericolosità sociale", da cui "l'aver escluso l'esistenza di patologia di mente pregressa o attuale rilevante ai fini forensi lo esonera dal rispondere al quesito circa la pericolosità sociale del periziando". Secondo il Codice Penale classico, il famoso Codice "Rocco", "la pericolosità sociale comporta l'applicazione delle misure di sicurezza, detentive o non detentive": la prime, a loro volta, includono misure psichiatriche (Casa di Cura per vizio parziale di mente, Ospedale Psichiatrico Giudiziario per il vizio totale) e non psichiatriche (Colonia Agraria, Casa di Lavoro, Riformatorio *et c.*). È, al limite, possibile appellarsi ad un limite minimo di permanenza dell'applicazione ma non già ad un limite massimo: il provvedimento rispecchia la gravità del reato e non della malattia. La celeberrima Legge n. 180 del **13 maggio 1978**, altrimenti indicata come Legge "Basaglia", non aveva modificato, almeno non direttamente, il ruolo né le funzioni degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. La Sentenza n. 253 del **18 luglio 2003** (Corte Costituzionale) aveva già definito l'illegittimità dell'art. 222 del Codice Penale nella parte in cui contemplava l'automatismo tra l'accertamento della pericolosità sociale da vizio di mente e l'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, superandone dunque l'obbligatorietà a favore della gradazione ed ampliando, così, sensibilmente i margini discrezionali (ancora una volta) del Giudice. Così pure, e ben presto, l'analoga Sentenza n. 367 del **29 novembre 2004** riteneva "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 a contenere la sua pericolosità sociale". Proprio com'era accaduto con i concetti "chiave" più sopra esposti, ora si assisteva alla classificazione tetrapartita del destino giuridico per i prosciolti o non imputabili: il vizio di mente, che già poteva esser distinto in "parziale" e "totale", si era pure arricchito di una duplice attribuzione; ciascuno dunque poteva essere accompagnato o non dal riconoscimento di pericolosità sociale ma, soprattutto, si cominciava a profilare una "gradazione" della pericolosità sociale (ad es. "attenuata" piuttosto che "elevata"). Il

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) dell' **1 aprile 2008** ha sancito il passaggio definitivo delle competenze sanitarie negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e negli altri Istituti di Pena alle Regioni ed alle Az. Uu.Ss.Ll. La Legge n. 9 del **17 febbraio 2012** prevedeva il “*superamento*” dei così detti Oo.Pp.Gg. entro il **31 marzo 2013** attraverso un passaggio di responsabilità alle singole Regioni. Il successivo D.L. dell' **1 ottobre 2012** contemplava i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle così dette REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza). Il **7 febbraio 2013** veniva pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Decreto del Ministro della Salute - richiamando quello analogo del Ministro dell'Economia (**28 dicembre 2012**) - richiedente dalle Regioni un Programma per la realizzazione delle REMS entro 60 giorni dall'approvazione dello stesso. Il D.L. n. 24 del **25 marzo 2013** prorogò di un anno il termine ultimo per il “*superamento*” degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Il D.L. n. 52 del **31 marzo 2014** ha stabilito le “*disposizioni*” urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. La Legge n. 81 del **30 maggio 2014** converte definitivamente, sia pure con modificazioni, il precedente Decreto: le misure adottate, inoltre, non potranno superare il massimo della corrispondente pena edittale. Al **31 marzo 2015** va considerata “*conclusa*” la vicenda riguardante gli Oo.Pp.Gg. con il superamento “*veramente*” definitivo degli stessi e la garanzia di più degne alternative da parte delle Regioni anche, e soprattutto, per mezzo dei Dipartimenti di Salute Mentale. Non sembrano esser stati ancora compiuti, tuttavia, molti passi avanti nella tecnica della “*predizione*” per i relativi comportamenti, eppure sta sempre più affermandosi il metodo induttivo, magari descrittivo, a discapito di quello deduttivo: tipicamente “*descritti i concetti, accertati gli elementi ... quindi ... non può essere considerato socialmente pericoloso*” invece che “*allora è socialmente pericoloso dal momento che ... i Servizi ... la rete familiare ... la posizione economica et c.*”. In tale clima culturale ed in questo fervore, per certi versi positivista, si è imposta la “*nuova*” Legge n. 81/2014. Ciononostante, soltanto pochi mesi dopo, al **3 novembre 2014**, i Ministri Lorenzin ed Orlando giudicheranno “*non realistica*” l'imposta riconversione delle Strutture prevista invece entro e non oltre il **31 marzo 2015**, finanche auspicando una “*proroga*” ulteriore. Il Comitato “*Stop OPG*”, d'altra parte, replicherà al Parlamento che “*gran parte degli internati è dimissibile, non servono né proroghe né REMS ma più assistenza sul territorio*”. La cittadinanza, intanto, mediamente, non esprime se non

diffidenza, pregiudizio e timore. I Dipartimenti di Salute Mentale, al tempo stesso, sottolineano sempre più la chiara distinzione fra “cura” e “controllo”. La Magistratura, dal proprio canto, esplicita continuamente il limite imposto dal rispetto delle Leggi e l'impossibilità di arginare situazioni non inquadrabili giuridicamente.

PSICHIATRIA e MAGISTRATURA Il tema della violenza nell'ambito della Psichiatria impone alcune limitazioni, siano anche arbitrarie ed insoddisfacenti. Tali limitazioni sono sostanzialmente dovute ad un gruppo di domande che lo Psichiatra, prima, ed il “*Giudice*”, poi, debbano porsi; in fine anche la società tutta sembra interrogarsi circa questo alone di competenza. In pratica le domande che si pone più frequentemente la Psichiatria sono le seguenti: quand'è che l'individuo violento diventa di sua competenza? e fino a quando la violenza resta di sua competenza? Stando così le cose la risposta appare poter essere fornita soltanto in termini medico-legali: lo Psichiatra è chiamato a formulare un giudizio circa la “responsabilità”, la “imputabilità” e la “punibilità” del criminale e/o del violento (Furlan, 1994). È, prima di tutto, condizione di grande ambiguità ed incertezza ciò che si configuri quale “*intervento*” di urgenza ed *in* urgenza: può dirsi infatti “*del tutto convenzionale, per non dire casuale, la demarcazione di fino a che punto la violenza del paziente [psichiatrico] sia di competenza dello Psichiatra ed a qual punto diventi un problema di competenza giudiziaria*”. Il primo, fondamentale, problema appare dunque il collegamento quanto mai stretto che si verifica nell'immaginario collettivo tra pazzia e violenza: quindi comprendere quanto questa *pars pro toto* generi contesti in grado di accentuare l'espressione della violenza e la sua repressione. D'altronde il quesito su quando la violenza sia di competenza psichiatrica è rovesciabile con il quesito opposto: “*quando non è di competenza della Psichiatria?*”. Secondo le considerazioni “classiche” in ambito italiano ed internazionale «*il problema della definizione di attribuzione della violenza alla Psichiatria piuttosto che alla Magistratura è evidente se assumiamo che la violenza e gli individui violenti, occasionali o “costituzionali”, sono parte della vita quotidiana della società urbana così come noi la conosciamo. Che non sia agevole rispondere lo si evince dai Disturbi di Personalità; infatti questi non costituiscono causa di non punibilità per il Codice Penale (!)* [alcune eccezioni sono state tuttavia previste, soprattutto più recentemente, dalla Suprema Corte di Cassazione - cfr. la

discussa Sentenza “Raso”, n. 9163 dell’8 marzo 2005 delle Sezioni Penali Unite] ... ed anche qui: sino a dove un comportamento violento abituale in una condizione sociale ove la violenza è dato sub-culturale è inseribile tra le Sindromi Psichiatriche? E la stessa aggressività e violenza in quelle situazioni considerate dai sociologi frutto della sopravvivenza, quindi reazioni pressoché istintuali non dovrebbero essere avulse dall’ambito psichiatrico? Di fondo riecheggia appieno il problema della etiologia e della colpa» (Furlan e Pieia, 1995). In tempi pure molto recenti “si è compreso che **chi è affetto da disturbo mentale non è persona sempre e completamente alienata, e che pertanto, caso per caso, può residuare un margine di libertà di scelta**. Venuti così meno gli stereotipi dell’obbligatoria equivalenza fra malattia e irresponsabilità, vi è stato addirittura chi ha propugnato l’abolizione del sistema della non imputabilità”. Questa revisione operata nel modo di concepire il paziente psichiatrico, “restituendo dignità e responsabilità all’infermo, obbliga a rivedere i criteri secondo i quali si valuta la responsabilità dei sofferenti di disturbi psichici”. Dalla lettura degli articoli 88 ed 89 del Codice Penale si evince, indirettamente, che “l’unica condizione idonea a interferire sulla capacità di intendere e di volere è l’infermità. Ne consegue innanzi tutto una presunzione di imputabilità, cioè il fatto che **ogni persona è considerata capace di intendere e di volere, salvo la prova dell’intervento abolitivo o limitativo di fattori di natura morbosa; e in secondo luogo ne consegue che altri fattori - le passioni, le emozioni, peculiari circostanze, l’abuso di alcool o di stupefacenti - pur idonei a interferire negativamente sull’autodeterminismo e sulla possibilità di rettamente comprendere, di per sé soli non hanno rilievo sull’imputabilità**”. “In tema di imputabilità è dunque principio basilare del nostro codice che **solo le cause patologiche giustificano la non punibilità del reo e solo qualora possa provarsi che esse abbiano compromesso la capacità di intendere e di volere nel momento stesso in cui è stato compiuto un determinato reato**”. In caso di “vizio totale di mente” il reo non appare imputabile, qualora invece l’infermità sia di grado minore e la capacità di intendere o di volere sia gravemente scemata ma non abolita, e quindi si possa parlare di “vizio parziale di mente”, il reo già appare imputabile, anche se la pena è ridotta: “**quando il grado di interferenza dell’infermità sulla capacità di intendere e di volere è ancora più modesto, l’imputabilità rimane piena**” [è ancora recente la pronuncia d’illegittimità da parte della Corte Costituzionale in ordine all’impossibilità di

considerare automatico ed obbligatorio il percorso verso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario del paziente reo non imputabile e socialmente pericoloso (Sentenza n. 253 del 18 luglio 2003)]. **“Quantitativamente dunque un’infermità per essere significativa ai fini dell’imputabilità, deve avere una certa rilevanza clinica ed essere idonea a compromettere in modo rimarchevole le funzioni psichiche del colpevole; le infermità lievi sono irrilevanti”**. Sarà bene ricordare da subito che, **“sia che si tratti di infermità vere e proprie, sia di altri disturbi psichici o di condizioni altrimenti abnormi, non possono mai valere, in tema di imputabilità, indicazioni a carattere generale, dovendosi invece, caso per caso, con criterio clinico, indagare sulla personalità e sui meccanismi psichici e psicopatologici messi in atto al momento del commesso reato, oltre che sui dati situazionali nel cui ambito è maturato il delitto. Anche in tema di imputabilità pertanto non sono lecite generalizzazioni, ma ogni fattispecie va valutata secondo il criterio dell’individualizzazione”**. **Non è superfluo ripetere che “la legge penale ritiene in tema di imputabilità ogni persona come responsabile, ove non sia compromessa nella efficienza psichica da condizioni morbose: gli stati affettivi pertanto, proprio perché non patologici ma rientranti nell’ambito delle comuni funzioni della psiche e verificabili anche in ogni individuo sano, non vengono ritenuti idonei a incidere sull’imputabilità”**. **“Per quanto concerne il concetto di pericolosità ... si è potuto dimostrare, attraverso ricerche empiriche, che il malato di mente pone in atto il più delle volte reati di modesta gravità, e non - come si ritiene di solito - prevalentemente reati contro la persona”**. **«Questa precisazione consente di non cadere nell’errore, ancora frequente in certi stereotipi, di considerare gli autori dei delitti più gravi come un gruppo biologicamente tarato od obbligatoriamente gravato da infermità di natura mentale. Molte ricerche avrebbero anzi dimostrato una percentuale modesta di malati mentali autori di reato, e anche che i reati commessi da costoro sono solitamente tra i meno gravi e, in particolare, raramente si tratta di reati contro la persona. Va chiarito anche che non necessariamente, per essere una persona sofferente di disturbo psichico, le motivazioni del delitto debbano solo ricondursi al disturbo stesso: va evitata la comune generalizzazione secondo la quale la malattia è “causa” di ogni comportamento del malato psichico, posto che anche in lui può residuare un’area - più o meno ampia - di libertà e responsabilità per il proprio agire»** (Ponti, 1990). Inoltre sarebbe da prendere in seria considerazione l’abbattimento del

pregiudizio, tanto diffuso quanto frutto d'ignoranza, che **il solo fatto di essersi recato da uno Psichiatra** significhi per il paziente essere necessariamente malato, e che certamente questo **non lo esonera dall'assumersi le proprie responsabilità**, anche e **soprattutto perché**, in caso di efferatezza, il discontrollo degli impulsi **non implica necessariamente l'ignoranza di ciò che si stia compiendo**. **Da un punto di vista strettamente specialistico** le definizioni e/o le elaborazioni più complesse del concetto di violenza e/o di aggressività sono state fornite dalla Scuola Psicoanalitica: certamente non è possibile semplificarle a mo' di accenno, ma basterà precisare che **la visione dinamica** della eventuale sofferenza psichica (tra l'altro avallata anche dalla più moderna Psichiatria internazionale) **non ammette esclusioni od inclusioni basate su una sola osservazione, specie se questa è posteriore all'evenienza criminosa**. **In tal senso un giudizio** di merito od anche di valore e, in fine, **di punibilità, non può essere espresso** basandosi su una comune osservazione clinica **senza** ricostruire dettagliatamente una evoluzione (od anche involuzione) tipicamente diacronica, volta perlopiù ad **accertare le condizioni mentali** in cui l'esaminato versava **al momento del delitto, non già al momento dell'esame**. **Ogni giudizio che possa dirsi sereno deve rispettare tutte le attuali conoscenze in merito ed esprimersi con la cautela necessaria alla stabilizzazione di una situazione non priva di risvolti e, soprattutto, nel più ampio rispetto della dignità scientifica ed umana**. *«È infatti da evitare il diffuso equivoco secondo il quale dall'anormalità di certe condotte si debbano trarre immediate conclusioni di anormalità dell'autore anche dal punto di vista psichiatrico. La prima può essere un indizio, ma non prova della seconda: un efferato omicidio può far sospettare un'anormalità psichica dell'autore, ma non ne sarà di per sé la dimostrazione. Molto spesso si è indotti a pensare che solo un "folle" può compiere delitti di particolare gravità, crudeltà o aberranza: ciò talora può essere vero, ma va tenuto presente che anche la persona del tutto priva di connotazioni psicopatologiche è capace di commettere azioni efferate e che parrebbero incompatibili con la "normalità"»*. Dal punto di vista tipologico **"vi è, innanzi tutto, una criminalità come progetto, conseguenza cioè di una decisione di vita o di situazione, di un programma o di una preordinazione"**. In tali casi la ricerca va effettuata a proposito della sproporzione vigente tra una volizione e la norma giuridica, della quale il reo può e deve essere al corrente, *«così potrà trattarsi, o non, di delinquenza come programma sia che*

abbia agito nel soggetto un desiderio di vendetta, o un intento appropriativo, o la soddisfazione di un impulso sessuale, o qualsivoglia altra motivazione. Comunque, e per riassumere, tutti questi tipi di crimini possono essere intesi come frutto di una scelta antecedente, e in questa criminalità come progetto rientra la gran parte della delinquenza. Un secondo tipo di delitti, che possiamo definire quale **criminalità come scelta subitanea**, pur sempre comporta un'opzione, ma l'atto volitivo appare maggiormente inquinato, e talora quasi travolto, da spinte emotive e pulsionali del momento, talché potrà ancora parlarsi di "scelta", ma non di "programma". Quel che manca, insomma è un bilancio preventivo della condotta delittuosa - che è molto spesso violenza sulla persona ma è configurabile anche in altre fattispecie -: essa appare piuttosto frutto di ciò che è stato variamente definito "reato d'impeto", "discontrollo", o, per usare il nostro termine legale, reato commesso in "stato emotivo". La scelta delittuosa in questi casi è fatta, diremmo così, "a caldo", non è programmata in una fase precedente al fatto, ma **certamente il soggetto ne conosce l'illiceità**». «**Quantitativamente**, questo tipo di criminalità non è infrequente, e può anche coesistere con una criminalità di programma: si pensi al caso - banale, quanto ricorrente - di chi nel commettere una rapina (delitto programmato), uccida solo perché impaurito dalla reazione della vittima. Già **si è detto dell'irrilevanza degli stati emotivi a proposito dell'imputabilità: gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità** (art. 90 c.p.)». «Meccanismo reattivo illustrato dalla psicoanalisi e tipicamente collegato alla immaturità affettiva è quello dell'**acting out** (passaggio all'atto), che rappresenta una modalità impulsiva di comportamento mirante a risolvere l'ansia, e particolarmente l'ansia derivante da eccesso di frustrazione, con una condotta anomala: molti comportamenti criminali, specie nei giovani, assumono il significato di azioni realizzate come compenso di gravi carenze affettive o materiali. Si tratta cioè di reazioni a situazioni conflittuali psichiche, tipiche di certi soggetti con bassa soglia di tolleranza alla tensione interiore. Essi tendono a scaricare la propria ansietà, almeno transitoriamente, con un tipo di azioni reattive, organizzate in condotte di carattere disturbante o antisociale. L'**acting out criminoso** si caratterizza per il fatto che il reato non appare in relazione a motivi o scopi abituali e coscienti (lucro, vendetta, ecc.), ma rappresenta una "scarica" o un "sollievo" da una tensione emotiva riferibile a conflittualità o frustrazione. Questo meccanismo non è

solo all'origine di reati di tipo aggressivo, ma può concretarsi anche, ad esempio, in furti commessi per liberarsi da tensioni interiori». «A meccanismi conflittuali intrapsichici si ricollega anche l'**acting out nevrotico**, che esprime una particolare modalità di reagire a disagi interiori con il "passaggio all'atto": esso non è altro che un tentativo effettuato da soggetti con bassa soglia di tolleranza all'ansia mediante la traduzione immediata e impulsiva di quest'ansia in comportamenti disturbanti e antisociali. Il delitto, in questi casi, non appare tanto motivato da finalità razionalmente intelligibili (lucro, vendetta, aggressività), ma rappresenta piuttosto una scarica e un sollievo dalla tensione emotiva provocata dalla conflittualità nevrotica». I disturbi mentali cosiddetti "transitori", invece, "vengono variamente denominati con dizioni che non sempre hanno un riscontro nella nosografia psichiatrica; viene usato frequentemente il termine di **discontrollo episodico**, ovvero di **raptus** o ancora di **reazione a corto circuito**, intendendosi con tali termini un turbamento repentino ed episodico che si traduce in una azione violenta sotto la spinta di una sorta di bisogno imperioso e incoercibile, ingenerato da una interrelazione fortemente emotigena. Ancora, si usa il termine di **disturbo esplosivo isolato** [e talora anche **intermittente!**] o **reazione esplosiva** per descrivere situazioni del tutto sovrapponibili a quelle precedenti, che si tratti cioè di un episodio singolo, estrinsecatesi in un atto di grave violenza, con incapacità di resistere a un impulso distruttivo e - come s'è già detto - sproporzione fra grado di aggressività e fattore scatenante; e, ancora, assenza di impulsività o aggressività (oltre che **assenza**, per definizione, di **patologia mentale**) antecedentemente all'episodio". Tralasciando naturalmente per **competenza, conoscenza ed opportunità** la trattazione anche sommaria degli aspetti riguardanti la **premeditazione**, le **misure penitenziarie** e la **vittimologia**, ci avviamo verso la conclusione del discorso, in base al quale appare possibile sottolineare un gruppo di aspetti dalla chiarezza oramai estrema: 1) quando il soggetto non ha una storia clinica rilevante né alcun dato anamnestico positivo per patologia mentale **non appare possibile porre una diagnosi di certezza** sulla base di un singolo episodio; 2) pur essendo indispensabile formulare un giudizio clinico fondato su un regime peritale **non è certamente possibile esprimersi in termini di pericolosità**, poiché infatti in assenza di una diagnosi precisa (e dimostrabile) non ci si potrà avvalere di alcuna esperienza clinica, né di alcuna storia naturale, neanche di dati rilevati statisticamente, né tampoco

di previsioni plausibili su base catamnestica; 3) qualunque sia il meccanismo proposto per la spiegazione del fatto delittuoso, alla luce delle considerazioni esposte e dei risvolti clinici del soggetto, **non sembra accettabile alcuna diagnosi precisa, e comunque ben al di fuori della cosiddetta non imputabilità**, riconoscendone la piena **responsabilità** ed omettendo, tuttavia, inutili giudizi circa la **punibilità**; 4) la certificazione di un atto violento e delittuoso di estrema gravità, considerato in **maniera sincronica e trasversale, piuttosto che in maniera diacronica e longitudinale, non consente di esprimere alcun giudizio sereno circa la reale previsione di pericolosità**; 5) **la stima del comportamento** possibile di un soggetto autore di un delitto **può essere abbozzata** soltanto **attraverso** una analisi approfondita e **la conoscenza globale del funzionamento psichico precedente** ed al limite **contemporaneo** al delitto, **non** già di quello **successivo**, per ogni motivo e per il suo opposto; 6) dal punto di vista rigorosamente clinico, nella assoluta conoscenza dei diritti, del rispetto e della dignità del soggetto affetto da patologia, in ottemperanza di tutta la comprensione, la solidarietà e la inclinazione all'aiuto totalmente disinteressato dei cosiddetti *“malati mentali”*, **è opportuno tenere chiaramente distinti i sofferenti dai criminali**. Tutto ciò, insistendo sui concetti espressi, deve necessariamente fare da base al concetto di *“pericolosità sociale”*: tale scomodo concetto, **dal** Diritto Romano al così detto **Codice “Zanardelli”**, giunge prepotentemente **ai giorni nostri** così fissato nell'**art. 203 del Codice Penale vigente**. *“Agli effetti della Legge Penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla Legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133”*. La Giurisprudenza ha pure interpretato in maniera maggiormente estensiva tali definizioni, allargando l'orizzonte d'interesse ai parametri di valutazione, oltre quelli relativi alla gravità del fatto/reato, anche per i fatti a questo successivi fino al comportamento durante l'espiazione della pena inflitta. La sintesi estrema ed il riferimento normativo più oggettivo si ritrovano nella famosa **Legge n. 81 del 2014** là dove, apportando le ben note modificazioni, **in sede di conversione al Decreto Legge del 31 marzo 2014 n. 52, all'articolo 1, comma 1, lettera b): “Il Giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del semi-infermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in**

via provvisoria, diversa dal ricovero in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario o in una Casa di Cura e Custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del Codice Penale. Allo stesso modo provvede il Magistrato di Sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del Codice di Procedura Penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali".

L'INFLUENZA del PRECEDENTE ed il RUOLO della NOMOFILACHIA
Kathleen O'BRIEN (♀ - 35 anni), accusata d'aver truffato una Società di beneficenza con una menzogna circa la propria indigenza, fu difesa da un avvocato che ne sostenne la "doppia personalità", certificata da uno Specialista come "una condizione rarissima nella quale esiste una seconda personalità interamente estranea, distinta e fuori del cosciente": il Magistrato rinviò a Giudizio l'imputata ma le concedette la libertà provvisoria (da "Il Corriere della Sera" del **29 maggio 1929**). Ma fino a pochi anni fa, comunque, i Disturbi di Personalità non soltanto venivano sistematicamente ignorati nel novero delle patologie degne d'attenzione per l'esclusione dell'imputabilità, quanto addirittura fungevano da paradigma per illustrare i limiti dell'influenza psicopatologica sulla capacità di intendere e di volere; al tempo stesso, tuttavia, era possibile imbattersi in considerazioni possibiliste, in misura particolare, sulle così dette personalità psicopatiche. Cos'è successo, quindi? Probabilmente si è quasi ... ribaltato il paradigma! La moderna Criminologia annovera, tra i casi più discussi ed emblematici, sicuramente quello del così detto "mostro di Foligno", o "serial killer pedofilo": ebbene la vicenda giudiziaria che lo ha riguardato, accompagnandolo fino alla Corte Suprema, ha collezionato discordie addirittura imbarazzanti proprio nel giudizio di valutazione della sua imputabilità (e quindi punibilità). Nella Sentenza del Giudizio di primo grado si legge che, al fine escludere o grandemente scemare la sua capacità di intendere e 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 d’Assise in Perugia, **27 febbraio 1995**). Vi fu però un ricorso in Corte d’Appello, nella medesima città, che poco più d’un anno dopo pubblicò la Sentenza nella quale possiamo leggere che, invece, *“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”* (**11 aprile 1996**). Ancora un anno, circa, e la Prima Sezione della Corte di Cassazione sancisce un inatteso *“allargamento”* delle condizioni psichiche in grado di *“rilevare”* ai fini dell’imputabilità: *“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 di 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”* (Roma, **4 marzo 1997**). Il punto è che la stessa Corte di Cassazione, già molto prima, aveva affermato cose che poi hanno trovato rinforzo progressivo ma anche, e soprattutto, contraddizioni frequenti, ossimori logici e tautologie lampanti. Ad esempio, già il **17 febbraio 1978**, si può leggere che il *“giudizio sullo stato mentale dello psicopatico è affidato al perito e varia secondo le infinite particolarità del caso concreto. Non merita, pertanto, censura la sentenza che nel delitto commesso da uno psicopatico ravvisa la risoluzione di un conflitto edipico non superato, e in tale ragione occulta individua il vero movente dell’azione criminosa con cui il reo mira a placare il profondo senso di colpa da cui si sente afflitto”*. Si legge, poi, in una Sentenza del **13 gennaio 1986**: *“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”. Il **10 febbraio** dello stesso anno, sempre la Corte Suprema: “*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*”. Al **29 settembre**, ancora del **1986**, leggiamo che la “*nozione giuridica di infermità rilevante ai fini della 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 assimilata), 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. In questi casi compito del Giudice è, anzitutto, chiarire - tenuto conto dell’effettivo rapporto tra il tipo di abnormità psichica effettivamente riscontrata in quel soggetto ed il determinismo dell’azione delittuosa da lui commessa - se l’anomalia abbia avuto un rapporto motivante con il fatto delittuoso commesso e quindi stabilire, in caso di risposta affermativa a tale quesito, se l’anomalia stessa sia tale da far fondatamente ritenere che quel soggetto, in relazione al fatto commesso, o non fosse proprio in grado di rendersi conto della illiceità del fatto e di comportarsi in conformità a questa consapevolezza (ipotesi che non può essere esclusa a priori, anche se statisticamente rara), ovvero avesse al riguardo una capacità grandemente scemata, ovvero fosse pienamente imputabile*”. “*In tema di imputabilità in mancanza di un’infermità o malattia mentale, o comunque di un’alterazione anatomico funzionale della sfera psichica, le alterazioni di tipo caratteriale e i connessi disturbi di personalità non acquistano rilievo per escludere o ridurre l’imputabilità: l’eventuale difetto di capacità intellettuale e/o volitiva che ne deriva rimane priva di rilevanza giuridica*” (Cassazione, **27 gennaio 1988**). “*Se certe psicopatie non sono di per sé stesse indicative di uno stato patologico, esse tuttavia possono avere influenza sulla imputabilità allorché sulle anomalie del carattere e dell’affettività si innesti o si*

sovrapponga uno stato patologico che, pur insieme alla qualità ed alla gravità della stessa psicopatia, alteri la capacità di intendere e di volere” (Cassazione, 2 luglio 1990). “Tutte le anomalie del carattere, pur se caratteriali e che indubbiamente incidono sul comportamento, non sono idonee ad alterare nel soggetto le capacità di rappresentazione e di autodeterminazione, e non diminuiscono né escludono la imputabilità perché non hanno un substrato patologico. Del pari e per lo stesso motivo non sono sufficienti a legittimare il riconoscimento di infermità mentale, neppure parziale, le manifestazioni di tipo nevrotico, le ‘personalità psicotiche o psicopatiche’, le alterazioni comportamentali prive di substrato organico, ancor più se a carattere episodico o sporadico” (Cassazione, 5 ottobre 1990). “Alla stregua degli statuti psichiatrici scientifici ormai consolidati si deve distinguere tra psicosi e psicopatia, l’una considerata vera e propria patologia mentale, tale da alterare i processi intellettivi o volitivi; l’altra da valutarsi alla stregua di una mera caratteriopatìa, cioè come anomalia del carattere, non incidente sulla sfera intellettuale o della volontà, e quindi non tale da annullare o da scemare grandemente la capacità d’intendere o di volere” (Cassazione, 15 gennaio 1992). “Le manifestazioni di tipo nevrotico, le personalità psicotiche o psicopatiche, le alterazioni comportamentali prive di substrato organico, ancor più se a carattere episodico o sporadico, non diminuiscono né eliminano la capacità di rappresentazione né quella di autodeterminazione, e quindi non incidono sulla imputabilità. Ed è per tale motivo che le cosiddette ‘reazioni a corto circuito’, siccome ricollegate a situazioni di turbamento psichico transitorio non dipendente da causa patologica, bensì emotiva o passionale, non sono da ricomprendere fra quelle che diminuiscono od eliminano l’imputabilità” (Cassazione, 8 ottobre 1992). La Corte di Assise d’Appello di Venezia ha già pure ritenuto (ed arrivato a sentenziare) che “quando” “ci si trova di fronte a un gruppo di correi, tutti portatori in varia misura di disturbi psichici, è compito del Giudice” “non limitarsi alla mera disamina statica delle singole patologie, ma valutare le dette disarmonie psichiche in modo correlato tra loro” “al fine di verificare se le sindromi individuali abbiano trovato o meno amplificazione, esaltazione oppure viraggio qualitativo, nella sommatoria dei disturbi del gruppo stesso”; e 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” (30 aprile 1993). Ma torna a pronunciarsi la Corte Suprema, nuovamente aggiornata, il 20 ottobre 1997: adesso 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”. La Quinta Sezione Penale della Suprema Corte affermò, in una Sentenza del 9 febbraio 2006, che perfino il disturbo di personalità antisociale può rientrare nella nozione d’infermità e può dunque incidere, escludendola o scemandola grandemente, sulla capacità d’intendere e di volere. Addirittura, il 27 ottobre 2009 (con deposito al 12 novembre 2009), la Sesta Sezione Penale presso la Corte di Cassazione sostiene che “per riassumere: i disturbi della personalità (nevrosi e psicopatie) possono essere apprezzati alla luce delle norme degli artt. 88 ed 89 c.p., con conseguente pronuncia di totale o parziale infermità di mente dell’imputato, a condizione che essi abbiano - riferiti alla capacità di intendere e volere - le seguenti qualità, globalmente in grado di incidere sulla capacità di autodeterminazione dell’autore del fatto illecito: a) consistenza e intensità (intese come valore concreto e forte); b) rilevanza e gravità (intese come valore importante); c) rapporto motivante con il fatto commesso (apprezzato come correlazione psico-emotiva rispetto al fatto illecito)”. La Terza Sezione Penale, sempre presso la Corte di Cassazione, ha confermato anche una precedente Sentenza emessa in Corte d’Appello la quale, sia pure non priva di solite incongruenze cliniche, ha “ridimensionato” una caratteristica comportamentale facendo riferimento più “alto” alla personalità: «i disturbi della personalità possono rientrare nel concetto di “infermità”, purché siano di consistenza, intensità e gravità tali da incidere concretamente sulla capacità di intendere e 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 (nella specie, si è escluso che la nevrosi depressiva “Internet Addiction Disorder” da cui era affetto l’imputato incidesse sulla capacità di intendere e di volere, in quanto priva del carattere di gravità)» (Reggio di Calabria, 16 febbraio 2012). Ai fini del «riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, acquistano rilievo solo quei “disturbi della personalità” che 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. (Fattispecie in cui la Corte ha ritenuto corretta la decisione del giudice di merito di escludere il vizio parziale di mente in presenza di una forma di “dipendenza da internet” di cui l'imputato si era liberato con il cambio di abitudini e l'inizio di una relazione sentimentale)» (Roma, 20 novembre 2013). Nel frattempo, però, è stata pubblicata una Sentenza particolarmente interessante, al di là del merito e della pronuncia, perché in essa possono ravvedersi molto chiaramente i lineamenti dell'interpretazione che il mondo giuridico può fare, e proprio fa, circa le argomentazioni psicopatologiche (addirittura citando, questa volta esplicitamente, la ben nota Sentenza “Raso”) in tema di imputabilità (Corte di Cassazione): *«la capacità di controllo delle proprie azioni va distinta dalla capacità di intendere e di volere, in quanto capacità del soggetto di modulare e calibrare la sua condotta in funzione di elementi condizionanti di ordine etico, religioso ed educativo che, afferendo e integrandosi nel nucleo della personalità del soggetto, lo dotano sia del senso critico che di quello autocritico, e che agiscono come modulatori dell'istintualità e dell'impulsività. Ne consegue che l'indebolimento dei freni inibitori non incide sulla capacità di intendere e di volere e quindi sull'imputabilità, laddove esso non dipenda da un vero e proprio stato patologico ovvero da “disturbi della personalità” che, pur non propriamente inquadrabili nel novero delle malattie mentali, integrino comunque una situazione di “infermità”, perché idonei, per consistenza, intensità e gravità, di incidere concretamente sulla capacità di intendere o di volere (Sezioni Unite, 25 gennaio 2005, Raso). Ciò perché gli stati emotivi o passionali, per loro stessa natura, sono tali da incidere, in modo più o meno massiccio, sulla lucidità mentale del soggetto agente senza che ciò, tuttavia, per espressa disposizione di Legge, possa escludere o diminuire l'imputabilità, occorrendo a tal fine un “quid pluris” che, associato allo stato emotivo o passionale, si traduca in un fattore determinante un vero e proprio stato patologico, sia pure di natura transeunte e non inquadrabile nell'ambito di una precisa classificazione nosografica. (Da queste premesse, è stato rigettato il ricorso avverso la sentenza di condanna per il reato di resistenza e lesioni aggravate in danno di pubblico ufficiale con cui si*

sosteneva che l'intensa situazione di "stress emotivo, agitazione e paura" in cui si sarebbe trovato l'imputato avrebbe fatto venire meno la consapevolezza della condotta aggressiva» (**26 giugno 2013**). E già il **17 aprile 2013**, ancora una volta la Suprema Corte, s'era pronunciata analogamente sull'argomento; non si può affermare "in termini assolutistici che il disturbo di personalità ex se sia inidoneo ad integrare l'ipotesi della incapacità di intendere e di volere: l'esclusione di tale status, se non accompagnata da una vera e propria patologia o infermità, abbisogna di una specificazione in merito alla portata di quella infermità che non necessariamente deve consistere in una patologia di tipo mentale o intellettivo-cognitivo, potendo discendere anche da altre forme morbose che possono incidere sul piano della capacità di intendere e di volere. Ne deriva la necessità, per il giudice di merito, laddove investito di una questione che involge comunque un disturbo caratteriale o relazionale di una determinata persona imputata (o imputabile) di accertare funditus se tale anomalia abbia un qualche collegamento con una situazione di malattia tale da compromettere la capacità intellettuale e volitiva del soggetto, esigenza tanto più insopprimibile, se riscontrata da dati clinici ricavabili ex actis o, comunque, da elementi tali da determinare una necessità di approfondimento specifico". La Corte di Cassazione ha pure ribadito che ai fini del riconoscimento di "vizio parziale o totale di mente, anche i disturbi della personalità, che non sempre sono inquadrabili nel 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 tale condizione che esista un nesso eziologico con la specifica condotta criminosa, per effetto del quale il fatto di reato sia ritenuto causalmente determinato dal disturbo mentale" (**4 marzo 2014**). Particolare è poi una Sentenza del Tribunale di Napoli, comunque recente, nella quale si può leggere che qualora l'imputato "risulti affetto da disturbo della personalità border-line a carattere schizofrenico a sfondo paranoideo in fase di cronicità di livello psicotico, detto stato è inconciliabile con la capacità di intendere e di volere" (**7 aprile 2014**). È sempre la Corte di Cassazione che, sia pure molti anni dopo ma in epoca ben successiva alle rivoluzioni delle quali oramai sappiamo, continua sulla linea "dura": non determinano infatti "un difetto di imputabilità, né compromettono la capacità di partecipazione cosciente al processo, le anomalie caratteriali o le alterazioni o disarmonie della

personalità che non siano accompagnate da una storia clinica che permetta di inquadrarle quanto meno nel più ristretto concetto di disturbo mentale. Con la conseguenza che, ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, acquistano rilievo soltanto quei disturbi della personalità aventi consistenza, intensità e gravità tali da menomare in concreto la capacità di intendere o di volere (escludendola o scemandola grandemente) e sempre sia individuabile un nesso eziologico diretto con la specifica condotta criminosa, in base al quale il reato possa essere ritenuto causalmente provocato dal disturbo mentale o psicologico dell'imputato" (9 maggio 2014). In tempi ancor più recenti, invece, troviamo una Sentenza del Tribunale ordinario particolarmente "benevola" per l'imputato: qui il "disturbo della personalità borderline di gravità tale da determinare un'assoluta incapacità d'intendere e di volere all'epoca della commissione del fatto, comporta, ex art. 85 c.p., l'assoluzione dell'imputato dal reato ascrittogli per mancanza d'imputabilità per vizio totale di mente" (Napoli, 3 dicembre 2014).

II CONCETTO d'IMPUTABILITÀ ... "RASO" al suolo La Sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005, depositata l'8 marzo 2005 dalle Sezioni Penali Unite presso la Suprema Corte di Cassazione in Roma, altrimenti nota come Sentenza "Raso", non è dunque la prima né l'ultima Sentenza a pronunciarsi sull'invece annosa questione, e non è nemmeno la prima (ma neppure l'ultima) a pronunciarsi sulla non imputabilità ascrivibile ai disturbi di personalità: è soltanto la più famosa, la più citata e la più "pesante", ma non la più "coerente" né, come vedremo, la più "influyente"; in altre parole è tutt'altro che "definitiva". Vediamone, però, il nucleo centrale: «*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" e gli "stati emotivi e passionali", che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo*». È capace di intendere chi ha

la «idoneità a rendersi conto del valore delle proprie azioni, ad “orientarsi nel mondo esterno secondo una percezione non distorta della realtà”, e quindi ha la capacità di rendersi conto del significato del proprio comportamento e di valutarne conseguenze e ripercussioni, ovvero di proporsi “una corretta rappresentazione del mondo esterno e della propria condotta”»; è invece capace di volere chi ha la «idoneità “ad autodeterminarsi, in relazione ai normali impulsi che ne motivano l’azione, in modo coerente ai valori di cui è portatore”, ha il “potere di controllare gli impulsi ad agire e di determinarsi secondo il motivo che appare più ragionevole o preferibile in base ad una concezione di valore”, nella attitudine a gestire “una efficiente regolamentazione della propria, libera autodeterminazione”, in sostanza ha le capacità di intendere i propri atti “in una accezione meno pretenziosa e più realistica, nella misura in cui il soggetto non soccomba passivamente agli impulsi psicologici che lo spingono ad agire in un determinato modo, ma riesca ad esercitare poteri di inibizione e di controllo idonei a consentirgli scelte consapevoli tra motivi antagonisti”».

Un PROBLEMA di COESIONE ... Una QUESTIONE di COERENZA “La personalità descrive le caratteristiche innate e durature di un individuo e forma le sue attitudini, i suoi pensieri ed i suoi comportamenti in risposta alle situazioni. [...] Il disturbo di personalità è separato dalla malattia mentale, sebbene interagiscano. [...] Una criticità frequentemente ripetuta del presente concetto clinico è la tautologia”. Tali argomentazioni, che includono una definizione, una precisazione ed una vera e propria criticità, e che sembrano proprio sintetizzare mirabilmente il discorso fin qui approntato, sono tratte dal Manuale “Oxford” di Psichiatria. La capacità d’intendere e di volere è sempre esclusa nel soggetto infraquattordicenne, è valutata singolarmente nella fascia d’età compresa fra i quattordici e i diciott’anni, è sempre attribuita dopo il compimento della maggior età: soltanto per grave infermità, in grado di configurare un vizio - parziale o totale - di mente, può grandemente scemare od escludersi addirittura. Nel soggetto adulto, quindi, è scontata fino a prova contraria: questa prova contraria dovrebbe essere la dimostrazione dell’infermità e del suo intrinseco ed estrinseco grado d’interferenza con il funzionamento - altrimenti normale - dell’individuo. Ne consegue direttamente, rileggendo la clinica psicopatologica attraverso la griglia del Codice Penale, che ciascuno resta imputabile a meno che non si dimostri che non lo sia,

sostanzialmente per infermità psichica con rare e definite eccezioni. Addirittura, l'art. 27 nel D.P.R. n. 230 dell'anno 2000, regola la così detta "*osservazione scientifica della personalità*" e ne stabilisce il "*trattamento*": questo è ambito particolarmente spinoso, ma quasi si deduce che sia più opportuno trattare determinate condizioni in ambiente rieducativo che non sanitario. L'art. 222 del Codice Penale, al comma 2, dispone che, fatto salvo "*quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine 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*". Un disturbo di personalità si struttura nel tempo, interagendo e stratificandosi, ma non si configura quasi mai e non si manifesta se non all'inizio della prima vita adulta (o, al massimo, poco prima), quando cioè "*in ogni caso*" la capacità di intendere e volere diventa scontata *a priori*. E da quel momento in poi rimane grossolanamente stabile per tutta la vita o quasi. Qualora assumessimo, idealmente, che tale disturbo infici la completezza della capacità d'intendere e di volere, allora questo pregiudizio diverrebbe sufficientemente fisso ed immutabile al pari delle caratteristiche personologiche stesse. Qualora, invece, assumessimo che tale processo "*non*" comprometta la capacità d'intendere e di volere, allora ciò non avverrebbe per il resto della vita, o quasi. Non è però ragionevole, né clinicamente sensato, assumere che un disturbo, quale che sia, possa ritenersi in grado - *ipso facto* - di pregiudicare la capacità d'intendere e di volere, ed in fatti ciò non accade neppure per le malattie mentali vere e proprie, quelle che fino all'altro ieri venivano definite di Asse I. Molto più logico e scientifico, al contrario, è assumere che nessuna patologia psichiatrica in sé e per sé possa implicitamente compromettere la capacità d'intendere e di volere e quindi anche in caso di gravissimo disturbo così detto di Asse I bisogna sempre accertare e dimostrare la pregiudicante ingerenza dell'infermità sullo stato mentale attraverso il vizio e verso l'insulto alla capacità stessa. Un disturbo cronico, stabile e duraturo, non può improvvisamente invadere un luogo mentale che comprenda determinate facoltà se queste non hanno nulla a che vedere con il disturbo stesso, ancor più se fino a poco prima lo stesso disturbo non le coinvolgeva. Occorre quindi, ma sempre una volta che si sia stabilita l'eventuale compromissione a vario titolo della capacità stessa, trovare il meccanismo psicopatologico intrusivo, impreveduto e per giunta incompatibile fino a quel punto con il

disturbo medesimo, ed inquadrarlo a parte come vero e proprio responsabile della compromissione accertata: ne deriva che il disturbo in sé può soltanto “consentire” o “non” consentire che un altro e più grave disturbo, più o meno transitorio, invada un dominio psichico fin lì preservato. In quest’ottica dire che un disturbo di personalità spieghi e giustifichi una sopraggiunta incapacità sarebbe un po’ come dire che un disturbo bipolare dell’umore lo consenta in fase eutimica od una schizofrenia in fase di remissione. Nel disturbo bipolare dell’umore accade, ma in fase di scompenso che connota la storia naturale del disturbo stesso, così nella schizofrenia. Al limite perfino un comune attacco di panico potrebbe essere studiato in relazione alla pervasività improvvisa: ma il parossismo è una caratteristica stessa del disturbo d’attacchi di panico. Tutto ciò non vale per i disturbi di personalità, se non per il tipo *borderline* in fase “psicotica”, ma questo è l’altro discorso (si pensi al criterio diagnostico n. 9 sec. il DSM-V). Ed infatti nessuno dei criteri utili alla diagnosi del disturbo di personalità ammicca a questa dimensione compromissoria: anche se uno avesse “tutti” i sintomi, di “tutti” i disturbi di personalità non potrebbe ascriverne alla base di una diminuita capacità, a meno che ... non subentri qualcosa di più che a prescindere dal disturbo di base fosse in grado di compromettere la capacità. È totalmente improprio associare una categoria diagnostica ad una facoltà mentale, ma è auspicabile ricondurre una facoltà mentale, in questo caso la “perdita” di una facoltà mentale, ad un disturbo che la comprenda, del tutto indipendente dalla presenza di un disturbo di personalità così come dell’ipertensione arteriosa e/o dell’insufficienza mitralica. Se un perito conclude sull’incapacità d’intendere e di volere, concludendo pure su una diagnosi di disturbo bipolare dell’umore, ma al momento della commissione del fatto illecito il soggetto era in fase di quiescenza eutimica, ciò risulta totalmente illogico. Qualora il soggetto, nella medesima situazione, fosse stato giudicato versare in una condizione di alterazione psicotica, ciò potrebbe ricondursi o meno al disturbo dell’umore, così come potrebbe anche configurare *ex novo* una complicazione diagnostica verso un disturbo schizoafettivo, oppure un episodio psicotico breve od ancora schizofreniforme comorbido: ma è questo che sostiene ed argomenta l’incapacità, non già l’“etichetta” del paziente. E ritroviamo infatti l’altro discorso: un paziente affetto da un disturbo di personalità del tipo *borderline*, in fase melancolica, è più facilmente un soggetto con un episodio depressivo maggiore comorbido che non con un tipo *borderline*

particolarmente grave; l'esperienza distimica in un disturbo di personalità è completamente differente dall'esperienza depressiva. Se costui si suicidasse in quella fase il comportamento anticonservativo andrebbe ascritto alla grave esperienza depressiva e non all'impulsività caratteriale del soggetto *borderline*, che pure spesso ci prova e talora ci riesce ma indipendentemente dal vissuto depressivo. E poi la psicosi breve o la depressione maggiore abitualmente regrediscono, rispondono alle terapie farmacologiche, per esempio; i sintomi personologici non regrediscono e non rispondono altrettanto. Le prime variano, i secondi meno: qui si può osservare, più precisamente, instabilità affettiva generalmente dovuta ad una marcata reattività dell'umore (presentandosi per lo più come ansia, disforia e franca irritabilità), ma tipicamente non dura che poche ore od al massimo qualche giorno; l'umore disforico di base, d'altro canto, è accompagnato anche da rabbia, panico, disperazione ma soltanto raramente appare alleviato da fugaci momenti di benessere e/o soddisfazione. Nel primo caso possiamo immaginare un andamento fluttuante, dinamico e variabile sia della capacità che della pericolosità; nonpropriamente nel secondo caso. Nei primi esempi lo è "e" non lo è, negli altri lo è "o" non lo è: *et/et versus aut/aut*. Ma ... un disturbo di personalità del tipo *borderline* che oscilla diventa (diagnosticamente parlando), se oscilla troppo, un disturbo ciclotimico e poi bipolare del tipo II ed infine bipolare di tipo I (in ordine alla crescente gravità delle oscillazioni); se no resta *borderline*, e le oscillazioni dell'umore osservate in questo caso sono diverse da quelle che sostengono un disturbo affettivo: nel disturbo di personalità si fondano sulla disregolazione emotiva; nel disturbo affettivo, invece, sulla disregolazione dell'umore. Questa distinzione consente, a questo punto, di considerare un'ulteriore analogia rispetto all'ipotesi maturazionale della capacità: il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, propriamente detto, pone infatti, ed a questo deve la sua stessa inclusione all'interno della nosografia internazionale, al disturbo bipolare il problema della diagnostica differenziale, giammai al disturbo di personalità. E proprio come si diceva al proposito dell'intervallo adolescenziale tale diagnosi non dovrebbe essere posta oltre i diciotto anni d'età, come se ci fosse un *continuum* ma al tempo stesso una netta distinzione fra questa disregolazione dell'umore e l'instabilità affettiva che pure si riconduce, nel disturbo di personalità *borderline*, in ultima analisi proprio alla marcata reattività dell'umore. I due non possono assimilarsi prima della maturità, né può

assimilarsi al disturbo di personalità *borderline* il naturale corrispondente adulto del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (cioè il disturbo bipolare dell'umore). Inoltre il concetto che qui si vuole esprimere di *borderline* come “*caso limite*”, che entra ed esce dal mondo infermo, non trova accoglimento al contrario, vale a dire che nessuna esperienza psicotica entra ed esce dalla normalità: è un po' come il confine italiano con l'Austria, dove in Italia c'è chi parla “*già*” in tedesco, ma in Austria non c'è chi parla “*ancora*” in italiano. Finanche nelle forme più gravi della manifestazione sintomatologica paranoide o dissociativa gli elementi non sono generalmente di gravità o durata tali da giustificare una diagnosi addizionale. La psicodinamica classica chiarisce come i meccanismi psicotici siano sempre stati fundamentalmente diversi dai meccanismi nevrotici, e nega l'assunto in base al quale si vorrebbe che le psicosi rappresentassero nient'altro che nevrosi più acute; anzi, sottolinea come nella stessa persona possano verificarsi ambedue i tipi di meccanismi: di solito «*un'estrema tensione interna si fa sentire tramite l'ipermobilità o la rigidità ipertonica dietro ad una “maschera” di tranquillità esteriore; altre volte ha luogo l'opposto*». “*I resti delle emozioni o dei sostituti di queste, si riferiscono di solito alla rabbia e all'aggressività*” (Fenichel). Lo stesso Freud capì già che il giudizio critico, almeno nelle fasi iniziali, può controllare la paranoia. Nella concezione psicoanalitica il “*carattere, come modo abituale di armonizzare i compiti presentati da richieste interne e dal mondo esterno, è necessariamente una funzione di quella parte costante, organizzata e integratrice della personalità*”; lo stesso termine “*carattere sottolinea la forma abituale di una data reazione, la sua relativa costanza*” (524, 525). Già, oramai, una cinquantina d'anni fa, Gustavo Gamma, definendone la voce enciclopedica, sottolineò mirabilmente concetti che oggi ancora faticano ad essere accettati, proprio al proposito delle “*personalità psicopatiche*”, raccogliendo “*sotto questo termine un vasto gruppo di forme di soggetti presentanti una deviazione in vario senso dallo psichismo del tipo medio normale. Carattere comune di questi soggetti è una inadattabilità alla vita che spesso sfocia in condotte antisociali per una disarmonia e incoordinazione degli elementi integratori del carattere, del temperamento o degli istinti; su questi elementi si fondano le numerose classificazioni proposte. Sono soggetti che «soffrono o fanno soffrire»*” (citando Schneider) “*e che presentano una intolleranza psicofisica con reazioni sproporzionate agli stimoli*”. “*Dal punto di vista medico-legale*”, aggiunge, “*dove*

spesso si presenta l'occasione di esprimere un giudizio, tali pazienti, costituendo appunto alcuni tipi fra i più comuni" (riferendosi qui alla criminologia lombrosiana) *"non rientrano nelle forme che beneficiano della inimputabilità"* (concetto al quale pure rimanda), *"perché non sono delle vere e proprie «infermità» secondo la terminologia e il concetto di Legge; tuttavia spesso sulla base di una personalità psicopatica si producono strutture neurotiche o psicotiche che possono pertanto ridurre o annullare la capacità di intendere e di volere"* (1970). Ci torna allora in aiuto il DSM-V che, a pag. 750 della versione italiana, ci ricorda: *"la comparsa di una modificazione della personalità nell'età adulta, o più tardi nel corso della vita, giustifica un'attenta valutazione per determinare la possibile presenza di una modifica della personalità dovuta ad un'altra condizione"*.

CONCLUSIONI Questa proposta, a guardarla bene, sembra mettere d'accordo anche le Sentenze disparate, contraddittorie e tautologiche fin qui illustrate: se le consideriamo come in una sorta di meta-analisi, con spartiacque proprio alla Sentenza *"Raso"*, allora l'orientamento giuridico propendeva prima più che ora al riconoscimento di non imputabilità per i disturbi di personalità: da quella Sentenza in poi pare che l'orientamento abbia soltanto subito una sorta di legittimazione alla *"conclusione obbligata"* (travestitasi nomofilattica, sebbene non manchino affatto, come abbiám visto, Sentenze di parere opposto). E l'errore sull'*"orientamento obbligato"*, se tale consideriamo quello che prima sembrava vigere, è stato già fatto: non è consigliabile commetterne un altro. Nessun disturbo di personalità, a prescindere dal tipo e dalla gravità, può configurare di per sé stesso una causa idonea a pregiudicare significativamente la capacità d'intendere e di volere, e quindi l'imputabilità: una personalità gravemente disturbata potrebbe, invece, consentire l'interazione con altro disturbo, ma soltanto la variazione personologica identificata e dimostrata all'origine del comportamento, e sostenuta dall'interazione discussa, potrebbe interessare sensibilmente l'imputabilità. Unicamente il grave disturbo di personalità del tipo *borderline* potrebbe risultare autonomamente idoneo a scemare grandemente la capacità d'intendere o di volere, relativamente ad una prolungata o ripetuta *"ideazione paranoide"* di fronte a *stress* importante (con ciò intendendo esattamente quella spiccata sensibilità dei soggetti portatori alle circostanze ambientali, dunque alla fattispecie

giuridica di “*rapporto motivante*”, oppure agli episodi riflettenti la reattività dell’individuo allo *stress* interpersonale, quindi alludendo al concetto analogo di “*nesso eziologico*”) ed in misura particolare, se “*estremo*”, alla seconda parte del nono criterio diagnostico (“*gravi sintomi dissociativi*”).

“I «propositi deliranti» di chi è in stato «febbrile» sono una malattia fisica e hanno bisogno di cure mediche. Soltanto quel delirante, in cui il medico non riscontra casi simili di malattia, è un folle che si può dire, con espressione mitigata, «sconvolto». Se qualcuno ha di proposito causato una disgrazia, e ora si discute se gli incomba per questo una colpa e quale, e se quindi si deve anzitutto decidere se egli era allora fuori di sé o no, in tal senso il Tribunale lo dovrebbe consegnare non alla Facoltà di Medicina, ma (causa l’incompetenza del Giudice) alla Facoltà di Filosofia. Infatti la questione, se l’imputato fosse nella sua azione in possesso delle sue facoltà naturali di intendere e di giudicare, è interamente psicologica, e quantunque un’alterazione fisica degli organi della vita psichica abbia potuto essere la causa di una violazione innaturale della legge del dovere (insita in ogni uomo), tuttavia i medici e i fisiologi non sono generalmente così in alto da vedere profondamente nel meccanismo dell’uomo e da poter spiegare con esso l’impulso che spinse a una tale azione abominevole, o da prevederlo (senza procedere all’anatomia del corpo)” (Kant, 1798).

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE (*Vide infra etiam*).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Arlington (United States of America); Traduzione Italiana (2014), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5), Cortina, Milano: 747, 749.

CLONINGER, C.R., SKRAVIC, D.M., PRZYBEC, T.R. (1993), A psychobiological model of temperament and character, *Archives of General Psychiatry*, (50), 975-990.

Codice Penale, Libro I, Titolo IV. Del reo e della persona offesa dal reato. Capo I. Della imputabilità. Art. 85. Capacità di intendere e di volere. Art. 88. Vizio totale di mente. Art. 89. Vizio parziale di mente.

- FENICHEL, O. (1946), *The psychoanalytic theory of neurosis*. W. W. Norton & Co., New York; Traduzione Italiana (1951), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma: 501.
- FORNARI, U. (2011), *Paranoia. Dal disturbo di personalità alla psicosi delirante*, Espress.
- FORNARI, U. (2015), *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, Torino.
- FREUD, S. (1940-1952), *Gesammelte Werke*, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main; Traduzione Italiana (1967-1981), *Opere Complete*, Boringhieri, Torino.
- FURLAN, P. M. (1994), Urgenza nella Psichiatria di Comunità, Atti del Convegno “*Le Urgenze in Psichiatria*”, Avezzano (AQ).
- FURLAN, P.M., PIEIA, A. (1995), La violenza, Società Italiana di Psichiatria, *Bollettino scientifico di Informazione*, (2/3): 13-23.
- GAMNA, G. (1970), Grande Dizionario Enciclopedico, UTET, Torino (voce: *Personalità Psicopatiche*).
- GARZONI, O.T. (1588), *La piazza uniuersale di tutte le professioni del mondo*, Venetia: 645.
- KANT, I. (1798), *Anthropologie in Pragmatischer Hinsicht*, Königsberg; Traduzione Italiana (1969), *Antropologia Pragmatica*, Bari.
- PONTI, G.L. (1990), *Compendio di Criminologia*, Cortina, Terza Edizione, Milano: 126, 127, 128, 129, 130, 142, 175, 176, 178, 179, 246, 247, 338, 346, 418, 430, 482, 483.
- SCHNEIDER, K. (1949), *Psychopathic Personalities*, Heidelberg.
- SEMPLE, D., SMYTH, R. (2009), *Oxford Handbook of Psychiatry*, 2nd Edition, Oxford University Press: 438, 439.
- Servizio di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri (29 maggio 2013), Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità, 9(2.1.1): 9-10.
- WEIKARD, M.A. (1773), *Der Philosopher Arzt*, Frankfurt am Main.