

## **Interventi**

*Pubblichiamo qui di seguito il saggio di Mario Novello a proposito della Diagnosi in psichiatria ("aut aut", 357, 2013). Di scuola basagliana, già dirigente dei servizi di salute mentale a Udine, Novello svolge da molti anni per il tribunale di Trieste anche un'attività di consulente sulle perizie psichiatriche.*

# Diagnosi psichiatrica e giustizia

**MARIO NOVELLO**

## **Il problema**

Nel *Trattato italiano di psichiatria*, nel capitolo “Il medico come strumento diagnostico” (di L. Pavan),<sup>1</sup> viene premesso che il “momento diagnostico [...] è sempre finalizzato non solo, o non tanto, al riconoscere e al dare un nome a una malattia, per denotarla e classificarla, bensì a cosa fare di fronte a una malattia, restando così inscindibilmente legato all’ambito del comprendere e aiutare l’individuo che soffre”. E prosegue: “Lo psichiatra non è nel suo compito diagnostico un testimone distaccato e passivo che registra dati ma è anche un soggetto attivo. Secondo Pao, una diagnosi psichiatrica dovrebbe sempre cominciare dallo studio da parte dell’intervistatore delle proprie reazioni emotive nell’interazione tra sé e il paziente”.

In un altro capitolo (V. Volterra, P. Migone), senza alcuna connessione con il primo, vengono presentati i primi tre DSM,<sup>2</sup> come “strumenti che hanno influenzato profondamente la psichiatria internazionale divenendo un inevitabile punto di riferimento [...]”. La principale novità del DSM-III è la presenza di criteri diagnostici, i quali conferiscono al manuale una maggiore attendibilità [...]. Un’altra importante caratteristica [...] è quella di adottare un approccio non etiologico, ma descrittivo e il più possibile ateoretico nei confronti del disturbo mentale [...]. In realtà l’approccio

---

1. G.B. Cassano (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano 1992, p. 637 sgg.

2. *Diagnostic and Statistical Manuals*, di cui in seguito sono stati pubblicati il IV e il IV-TR, e nel 2013 è uscito il DSM-5.

‘ateoretico’ del manuale da alcuni è stato criticato [...] in quanto è impossibile non avere una posizione teorica”.

Nella rete, riprendendo analisi più ampie, si può leggere:

*Overdiagnosis*, la faccia oscura del progresso tecnologico? [...] Oggi si parla di *overdiagnosis* quando in soggetti asintomatici viene diagnosticata una malattia che non sarà mai sintomatica, né causa di mortalità precoce. [...] Include tutte quelle situazioni che contribuiscono a etichettare come malate le persone sane, con problemi lievi e/o a basso rischio: eccesso di medicalizzazione, interventi terapeutici non necessari (*overtreatment*), modifica delle soglie diagnostiche di malattie, invenzioni di nuove entità patologiche (*disease mongering*). [...] Driver dell'*overdiagnosis*: evoluzione delle tecnologie diagnostiche che consentono di identificare “anomalie” anche minime, interessi commerciali e professionali, gruppi di esperti in conflitto di interessi che espandono continuamente le definizioni di malattia e definiscono nuove entità patologiche, orientamento dell’autorità giudiziaria a condannare l'*underdiagnosis* ma non l'*overdiagnosis*, sistemi sanitari che incentivano la medicalizzazione, percezione socio-culturale che “more is better” e che la diagnosi precoce non comporta alcun rischio.<sup>3</sup>

Molti trattati degli ultimi due decenni non hanno affrontato tali complesse problematiche, mentre in *Fondamenti di psichiatria*, a cura di R.M. Murray e altri,<sup>4</sup> il capitolo “Attuali approcci alla classificazione” (di A.E. Farmer, A. Jablensky) inizia così:

Pressapoco una volta ogni dieci anni, la nuova generazione di ricercatori e medici riconosce i difetti dei metodi in uso per la classificazione dei disturbi mentali [...]. Fanno seguito revisioni sistematiche, tentativi di comparare e confrontare o validare dif-

---

3. A. Cartabellotta, *Overdiagnosis: la faccia oscura del progresso tecnologico?*, “evidence”, <[www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/359/leggi/articolo](http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/359/leggi/articolo)>.

4. R.M. Murray *et al.* (a cura di), *Fondamenti di psichiatria*, CG edizioni medicoscientifiche, Torino 2011 (edizione italiana di *Essential Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge 2008).

ferenti definizioni di disturbi o tentativi di utilizzare la statistica multivariata per arrivare a nuove definizioni. A ogni modo, ciò che risulta avvilente per quanti di noi hanno partecipato a tali ricerche è che i trascorsi quarant'anni sono stati pieni di tali tentativi. Benché i maggiori avanzamenti tecnologici abbiano portato a considerevoli progressi in altri ambiti della ricerca psichiatrica, le questioni relative alle diagnosi psichiatriche rimangono tuttora quasi del tutto invariate. Ai medici o agli specializzandi è necessario considerare un po' di storia della classificazione degli ultimi cinquant'anni e *tutta una letteratura che precede i motori di ricerca on-line*, per capire perché le malattie mentali sono definite in questo modo.<sup>5</sup>

E più avanti:

Le malattie mentali sono definite in base al raggruppamento (*clustering*) di elementi soggettivi indicati dal paziente (sintomi) e anomalie osservabili di comportamento, cognizione, linguaggio (segni) che sono considerate patologiche. Di conseguenza, quello che viene descritto nelle varie categorie di diagnosi sono *sindromi* e non “vere” malattie. Questo perché la definizione di malattia richiede la presenza di una patologia dimostrabile, cosa che non è ancora possibile per la maggior parte delle condizioni psichiatriche. A causa di ciò, il termine *disturbo* (*disorder*) è da preferirsi al termine *sindrome* (*disease*), e il DSM-IV e l'ICD-10 [classificazione dell'OMS, N.d.R.] sono classificazioni di malattie psichiatriche che sono essenzialmente sindromi.<sup>6</sup>

Nell'evoluzione dei servizi di salute mentale successiva alla legge 180 del 1978, i saperi che sottendono le diagnosi e le loro epistemologie non possono non interrogarsi costantemente, o quantomeno dovrebbero farlo:

---

5. A.E. Farmer, A. Jablensky, “Attuali approcci alla classificazione”, in R.M. Murray *et al.* (a cura di), *Fondamenti di psichiatria*, cit., p. 39.

6. Ivi, p. 44.

Avevamo una struttura esterna molto agile, nella quale era affrontata la malattia fuori dal manicomio. Vedevamo che i problemi riferiti alla pericolosità del malato cominciavano a diminuire: cominciavamo ad avere di fronte a noi non più una “malattia” ma una “crisi”. Noi oggi mettiamo in evidenza che ogni situazione che ci viene portata è una “crisi vitale” e non una “schizofrenia”, ovvero una situazione istituzionalizzata, una diagnosi. Allora noi vedevamo che quella “schizofrenia” era espressione di una crisi, esistenziale, sociale, familiare, non importa, era comunque una “crisi”. Una cosa è considerare il problema una crisi, una cosa è considerarlo una diagnosi, perché la diagnosi è un oggetto mentre la crisi è una soggettività, soggettività che pone in crisi il medico, creando quella tensione di cui abbiamo parlato prima.<sup>7</sup>

### **Una storia particolare, ai margini**

Alla fine del 1978, pochi mesi dopo l’approvazione della legge 180, Leonardo Grassi, giudice presso l’Ufficio istruzione del Tribunale penale di Trieste aveva voluto incontrare il gruppo di psichiatri che stava lavorando con Franco Basaglia per il superamento dell’Ospedale psichiatrico provinciale di Trieste e delle culture e delle pratiche duramente manicomiali che lo sottendevano e lo riproducevano, e aveva proposto loro di accettare la sfida di affrontare il nodo storico psichiatria-justizia nel nuovo contesto legislativo e istituzionale che si era determinato. La proposta fu accettata e alcuni psichiatri del gruppo cominciarono a ricevere incarichi peritali nel corso di procedimenti penali.

In quel periodo le valutazioni di totale incapacità di intendere e di volere e di pericolosità sociale da parte dei periti “storici” erano state numerose e gli invii in Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) – chiamato manicomio criminale fino al 1975 – erano frequenti anche per reati minori (per esempio, una persona era stata internata per due anni perché, dopo aver attraversato la strada con

---

7. F. Basaglia, *Conferenze brasiliane* (1979), Raffaello Cortina, Milano 2000, p. 13.

il semaforo rosso in condizioni di intossicazione alcolica modesta ma cronica, aveva avuto una discussione con un vigile).

Si era verificato un particolare evento che aveva sollevato perplessità in alcuni addetti ai lavori e indignazione in altri, ed era noto perché aveva riguardato anche una persona coinvolta positivamente nel lavoro di deistituzionalizzazione e riabilitazione psico-sociale che stava appunto avvenendo nell'OPP di Trieste. Era accaduto che uno psichiatra aveva effettuato sei perizie psichiatriche in circa un'ora, che avevano determinato proscioglimenti per incapacità di intendere e di volere e la conseguente applicazione delle misura di sicurezza in OPG. Probabilmente poteva anche esserci una componente di disturbo, disconferma e delegittimazione del lavoro di smantellamento dell'istituzione psichiatrica manicomiale che alcuni apparati osteggiavano in diversi modi, ma il reale significato dell'evento era un altro.

Il Codice Rocco non prevedeva che ci fossero margini di valutazione soggettiva perché l'indirizzo politico e ideologico era chiaro, come ha molto opportunamente ricordato la Corte di Cassazione nella sentenza del 2005, citata qui in appendice, e si declinava attraverso *automatismi* e *presunzioni*. Era sufficiente che ci fosse una cartella con una diagnosi di una qualche rilevanza, secondo le categorie e le visioni psichiatriche dell'epoca o delle epoche precedenti, e automaticamente ne conseguiva una valutazione di non imputabilità per incapacità di intendere e di volere conseguente a infermità (è bene ricordare che il decreto di internamento in manicomio implicava automaticamente l'interdizione, ovvero l'incapacità di avere cura dei propri interessi e di agire civilmente). In pratica, non era nemmeno necessario incontrare la persona da sottoporre a perizia.

La persona prosciolta per infermità, e quindi ritenuta incapace di rispondere delle proprie azioni, veniva considerata socialmente pericolosa in quanto tale, perché per legge vi era la presunzione che l'infermità/incapacità/irresponsabilità comportasse *sempre* la pericolosità sociale. Era la norma stessa a riflettere un diffuso e tuttora non sempre superato pregiudizio. La pericolosità sociale prevedeva obbligatoriamente l'applicazione della misura di sicu-

rezza in manicomio criminale, con una durata diversa in rapporto al reato, ma dilatabile all'infinito in caso di persistenza di tale pericolosità – sempre all'interno del contesto “terapeutico” del manicomio criminale e senza riferimenti esterni capaci di accogliere e sostenere. Era la traduzione pratica dell'impostazione ideologica del Codice Rocco, messa bene in evidenza dalla Corte di Cassazione nel 2005, ma era anche il complemento e completamento dell'ordinamento manicomiale “civile”: era un sistema bloccato e a suo modo perfetto, anche se inefficace da varie prospettive, se solo si ricordano le doglianze del professor Bianchi nel 1922, citate in appendice.

Sembra di rievocare epoche storiche lontanissime, sia temporalmente che concettualmente, ma alla fine degli anni settanta era questo l'assetto normativo, istituzionale e culturale che regolava la società e polarizzava il sentire comune, costituendo una visione monolitica e apodittica della “realtà”, come se fosse naturale e non potesse essere se non così. Tra l'altro, si riproduceva una visione e una concezione della sofferenza umana e del disturbo psichico, della follia e della malattia, come un evento esterno ed estraneo alla soggettività e alla storia, di carattere eminentemente naturalistico, se non genetico. La diagnosi costituiva allora soltanto una sorta di formalità idonea e utile esclusivamente al funzionamento del sistema di controllo della società e alla collocazione nel “giusto” spazio istituzionale della persona malcapitata, deviante dalla norma. Era soltanto il riflesso della confusione, dell'impotenza e della neutralizzazione/rinuncia terapeutica della psichiatria e della sua falsa coscienza, se non anche della sua malafede.

Accettare di fare perizie psichiatriche in quel periodo e in quel preciso contesto istituzionale, rigido e bloccato, offriva poche ma significative opportunità di intervento. La concezione di “malattia mentale” del manicomio e più in generale del sistema istituzionale civile e penale era arcaica e obsoleta, pietrificata nel tempo, e appariva inaccettabile sul piano culturale e professionale in una fase in cui vi erano alcuni fermenti di rinnovamento e di ricerca. Basta pensare alla psicoanalisi e ad alcuni suoi sviluppi e ramificazioni, alla fenomenologia, all'analisi dei sistemi e delle interrelazioni

personali, alla comprensione dei meccanismi istituzionali, e contemporaneamente alle critiche nei loro confronti nate all'interno e all'esterno, alle diverse epistemologie e così via. Ma anche alle relazioni tra le condizioni delle persone e gli assetti socio-economici e politici, tra la Storia e le storie personali e familiari. Fare perizie psichiatriche offriva l'opportunità, da un lato, di decodificare la concezione manicomiale della "malattia mentale", cercare e sperimentare nuove chiavi di lettura, e dall'altro, di approfondire il rapporto tra "malattia" e reato, prefigurandone ipotesi criminogenetiche e prospettandone la comprensione al di là degli schemi opachi delle consuetudini manicomiali e criminologiche.

Nel percorso di formazione della diagnosi era dunque possibile mettere in gioco tutti i saperi o, meglio, i tentativi di comprensione della sofferenza umana e psichica che da non molti anni erano potuti emergere o stavano emergendo, dopo la stagione dei totalitarismi, delle loro istituzioni, delle loro censure. Cercare di evitare di definire nuove "verità" e di attuare facili sincretismi, ma soprattutto con la volontà di sostituire con l'accoglienza e con l'ascolto, nello scenario del "praticamente vero", lo sguardo esclusivamente medico, oggettivante e distante, incapace di vedere e destoricizzante, pietrificante, intrinsecamente istituzionalizzato.

Trieste era stata ed era una città sospesa su molteplici confini (terra/mare, mondo latino/mondo slavo, cultura italiana/cultura mitteleuropea, Risorgimento-Regno d'Italia-fascismo/Impero asburgico-nazionalismi, nazismo/lotta di liberazione, capitalismo/comunismo/cortina di ferro, crisi postbellica dell'economia). Era stata attraversata da molteplici incroci di razze, religioni, culture che avevano a lungo convissuto pacificamente e poi era stata lacerata da molti drammi. Le profondissime ferite della storia del XIX e XX secolo con due guerre mondiali erano ancora attuali e sanguinanti nelle storie delle persone, delle famiglie, delle comunità (a Trieste funzionava l'unico campo di sterminio nazista in Italia, la Risiera, la città era stata annessa alla Germania e poi per quarantacinque giorni alla Jugoslavia, in seguito suddivisa in zona A e zona B, e aveva conosciuto il dramma dell'esodo dall'Istria e dalla Dalmazia) e tutti questi eventi avevano riflessi straordinariamente potenti e

visibili nella “malattia”. Diagnosi come capacità di comprendere per aiutare a vivere e non più diagnosi come individuazione di un’anomalia incomprensibile e inguaribile e nella sua incomprensibilità intrinsecamente pericolosa, da cui doversi difendere con l’internamento a vita.

Anche il fatto-reato, se non è espressione di scelte criminali ma di sofferenza/sofferenze, può diventare più o meno comprensibile all’interno di un più complesso quadro di “malattia” come sofferenza umana, non aliena né riconducibile a un’oscura diversità originaria “lemurina”. La diagnosi non era più il momento in cui viene riconosciuta un’anomalia opaca, una pericolosa diversità, che impone forzatamente una risposta istituzionale altrettanto opaca e violentemente annichilente, perfino paranoica, ma un processo di conoscenza che apre la strada alla soggettività e ai suoi percorsi di sofferenza ed eventualmente alla partecipazione della persona al fatto che ha commesso.

La diagnosi di una “infermità” non può più corrispondere a un’“incapacità di intendere e di volere”, perché ora “si vede” che non è sostenibile sul piano logico e culturale. Il cambiamento dei paradigmi fondamentali permetteva di “vedere” quello che prima era occultato, e qualche rara singola voce cominciava a manifestarlo. Nel 1972, con una prospettiva fenomenologica, era stato scritto: “Non è da ritenersi sufficiente nemmeno la diagnosi di psicosi al fine di escludere la capacità”. E ancora: “Necessita accertare se il fatto illecito, considerato dal punto di vista della sua motivazione, risulta intimamente connesso con la malattia”.<sup>8</sup> In un altro contesto culturale e istituzionale, ma ben dieci anni dopo, nel 1982 Gianluigi Ponti<sup>9</sup> aveva pubblicato un articolo che prevedeva la compatibilità della diagnosi di psicosi con la piena imputabilità, dovendosi considerare il tipo di reato in rapporto alla “malattia” e alla partecipazione soggettiva dell’autore.<sup>10</sup>

---

8. G. De Vincentiis, B. Callieri, A. Castellani, *Trattato di psicopatologia e psichiatria forense*, Il pensiero scientifico, Roma 1972.

9. Già ordinario di psichiatria forense presso l’Università di Milano.

10. Si consideri che accade tuttora di leggere nelle relazioni peritali: “Siccome è psicotico è incapace di intendere e di volere”.

Diagnosi quindi come tentativo di avvicinarsi e comprendere la sofferenza della persona anche attraverso l'ascolto, con le possibili chiavi di lettura a disposizione e fruibili nel "caso concreto e specifico" e non, al contrario, l'applicazione dall'alto di un sapere apodittico e a priori alla vita e all'esistenza di una persona. Parallelamente alla decodificazione della sofferenza, anche "tentare" di cogliere il rapporto tra la soggettività e il fatto, nonché il ruolo, eventuale e non automatico o assoluto, dell'"infermità".

La comprensione del fatto-reato, almeno parziale, metteva (adesso) in gioco la responsabilità soggettiva dell'autore, il suo riconoscimento come soggetto giuridico. Si affermava a poco a poco il diritto all'imputabilità come uno dei diritti fondamentali di cittadinanza, senza cancellare il ruolo dell'infermità, ruolo eventualmente parziale e non assoluto. È accaduto che, superata la crisi, persone reclamassero l'imputabilità nonostante avessero commesso un fatto anche grave in condizioni di grandissima alterazione psichica.

Sulla questione della capacità di intendere e di volere nella nuova prospettiva aperta dalla legge 180, nel 1984 a Trieste era stato organizzato un convegno dal Dipartimento di salute mentale e dall'Istituto di diritto privato diretto da Paolo Cendon.<sup>11</sup> In seguito egli ha sviluppato la tematica anche in campo civilistico elaborando la dottrina e predisponendo il progetto di legge che, molti anni dopo, ha istituito la figura dell'amministratore di sostegno rovesciando le premesse e le prospettive proprie dell'interdizione e dell'inabilitazione.<sup>12</sup>

Nel 1982 la Corte costituzionale (con sentenza n. 139) riconosceva l'insussistenza della *presunzione di pericolosità sociale*. Veniva ammesso – in estrema sintesi – che le condizioni psichiche al momento del fatto potevano migliorare in tempi anche brevi

---

11. Ordinario di Diritto privato della Facoltà di economia dell'Università di Trieste.

12. I temi della capacità/incapacità, della pericolosità sociale, anche in relazione agli OPG, sono stati ripresi in sessioni apposite in molti convegni nazionali e internazionali successivi. Per ricordarne alcuni: a Trieste "Un altro diritto per il malato mentale" (1986), "Franco Basaglia, la comunità possibile" (1998), "Che cos'è salute mentale" (2010), a Genova "Follia e diritto" (2002), a Stoccolma un convegno di tre giorni su Trieste (1988), tutte le assemblee del Forum salute mentale, e molti altri.

e si imponeva la necessità della verifica in concreto, e non per presunzione, della sussistenza o meno della pericolosità sociale connessa alla infermità.

A Trieste è stato quindi possibile affrontare il nodo, concettuale e pratico, della cosiddetta pericolosità sociale con gli stessi strumenti con i quali era stato affrontato nel superamento dell'ospedale psichiatrico, in cui l'internamento avveniva fondamentalmente proprio in forza di una "diagnosi" di pericolosità sociale. La domanda era ancora una volta se la pericolosità sociale fosse un attributo intrinseco, esclusivo e totalizzante della persona, geneticamente diversa, del "pazzo criminale" come figura diversa perfino dal "pazzo non criminale". Non essendo più una presunzione automatica per legge l'associazione infermità/pericolosità, per la prima volta diventava possibile avviare un processo di "diagnosi" della pericolosità nella situazione concreta di ogni specifica persona, nella sua singolarità e nel suo contesto di vita e istituzionale.

La diagnosi cominciava a diventare un processo in cui potevano essere riconosciute ed esaminate le diverse componenti che costituivano l'eventuale cosiddetta pericolosità sociale di una determinata persona.<sup>13</sup> Se una quota poteva essere ascrivibile all'infermità/sofferenza, diventava fondamentale comprendere quanto l'infermità fosse modificabile con le cure e altri tipi di intervento, e se pertanto, con il miglioramento delle condizioni psichiche, venisse meno l'eventuale pericolosità stessa. Ma molte altre variabili, influenti nel provocare o facilitare fatti-reato, non dipendenti dalla persona e/o dall'infermità, potevano essere riconosciute, e anche su quelle i servizi di salute mentale potevano lavorare, fermo restando che la presa in carico della persona avveniva con finalità terapeutiche. Per esempio, le condizioni familiari e relazionali, le condizioni socio-economiche, la miseria o la povertà, la solitudine e l'abbandono sociale, la mancanza di una rete di supporto, la perdita di socializzazione, la qualità della vita e delle relazioni, ma

---

13. Il concetto giuridico di pericolosità consiste nella possibilità che una persona possa commettere fatti-reato, la cui valutazione compete al giudice. Nel contesto delle perizie psichiatriche si riferisce a fatti-reato causalmente collegabili all'infermità e la valutazione di primo livello viene chiesta allo psichiatra, e poi accolta o meno dal giudice.

anche la qualità globale dei servizi in una determinata area, i loro profili teorici, valoriali e organizzativi, la loro attenzione e sensibilità, la loro flessibilità e tempestività di intervento. Non è stato un processo semplice né lineare, ma è avvenuto superando i legittimi dubbi sulla possibile contaminazione di una funzione di controllo sociale. Con prudenza e con senso del limite, senza trionfalismi, il lavoro è proseguito negli anni divenendo progressivamente sempre di più cultura quotidiana, fino ad azzerare a Trieste gli invii in OPG da parte della magistratura.<sup>14</sup>

Nel 1986 il Dipartimento di salute mentale di Trieste venne invitato a illustrare pratiche e orientamenti teorici da parte della Società italiana di psichiatria forense nel congresso di Gargnano, e nel resoconto finale, pubblicato sulla “Rivista italiana di medicina legale”, l’esperienza di Trieste venne indicata come una meravigliosa anticipazione del futuro.

Successivamente, dopo la chiusura dell’ospedale psichiatrico di Udine e con una nuova incisività nell’attività di programmazione e realizzazione, si è andato configurando un sistema regionale organico nel quale, seppure con differenze di intensità e di fasi maturative, si è diffuso l’orientamento operativo e culturale sviluppatosi a Trieste relativamente al nodo psichiatria-giustizia. La legge regionale n. 6 del 2006, recependo una legge nazionale sull’integrazione sociale e sanitaria, aveva previsto alcuni interventi specifici per la promozione della salute mentale finanziando, inoltre, progetti di salute esplicitamente a favore anche di autori di reato, internati in OPG o a rischio di invio (Fondo per l’autonomia possibile). È così diventata consuetudine un’operatività condivisa tra servizi diversi, i Dipartimenti di salute mentale, i Servizi sociali, l’Ufficio esecuzione penale esterna, la cooperazione del privato sociale, le associazioni, le comunità locali, all’interno di un contesto complessivo in cui gli orientamenti della magistratura sono

---

14. Analoghe chiavi di lettura si dimostravano valide anche in riferimento alla popolazione carceraria più comune e sono tuttora di grande attualità dopo i cicli di nuovi internamenti che hanno portato l’Italia a ricevere richiami e sanzioni per la scandalosità e la pericolosità della condizione carceraria e degli OPG, evidenziandosi la fecondità degli strumenti di analisi delle istituzioni e della istituzionalizzazione dei saperi.

per lo più costanti e coerenti con tale “nuova realtà” operativa, organizzativa, culturale, valoriale, che vede affermarsi una nuova realtà giuridica e giudiziaria, esplicitata e rafforzata anche dalla sentenza n. 253 del 2003 della Corte costituzionale.

Si è evidenziato sempre più che il riconoscimento della responsabilità personale, di fronte a se stessi come di fronte alla legge, seppure graduata in rapporto alla “sofferenza” psichica, costituisce un potente fattore di crescita individuale e non può essere disgiunto dall’accesso ai diritti di cittadinanza, anzi ne costituisce uno dei pilastri (un aspetto di *recovery*). Da alcuni anni la programmazione regionale ha esplicitamente previsto anche interventi sulla riduzione/filtro della popolazione in OPG e intrinsecamente sul rapporto tra servizi di salute mentale e giustizia. Si è evidenziato, inoltre, evitando facili semplificazioni, che la categoria della pericolosità sociale come attributo intrinseco della persona è concettualmente errata, espressione di un pregiudizio storico razzista, e gravemente nociva per il cittadino e per la società, di fatto intrinsecamente pericolosa.

Si è sviluppato, in definitiva, un sistema sostanzialmente organico e complessivamente efficace a livello regionale, anche se migliorabile e suscettibile di evoluzione, con il più basso numero di persone in OPG e tutte con possibile rientro e pertanto azzerabile con assoluta facilità, prefigurando così una situazione in cui, sulla base dei fatti concreti, viene dimostrato che non sono necessarie né opportune strutture come quelle previste dalla recente legge del 2012.<sup>15</sup>

### **Parole vecchie e realtà nuove**

Negli ultimi decenni nella regione Friuli Venezia Giulia si è strutturata e consolidata una “nuova realtà” che ha avuto origine a Trieste all’interno del complesso processo di superamento pratico e teorico dell’ospedale psichiatrico avviato da Franco Basaglia, sviluppato dai suoi collaboratori e divenuto patrimonio comune a diversi livelli istituzionali e culturali nella regione.

---

15. La legge 9 del 2012 prevedeva la chiusura degli OPG entro il 31 marzo 2013 e l’allestimento di strutture regionali con un elevato rischio di creare mini OPG regionali.

Come si evince anche dai documenti citati in appendice, le categorie “storiche” di infermità in relazione alla capacità o incapacità di intendere e di volere e le categorie di pericolosità sociale sono arcaiche, obsolete e superate, espressione di un mondo politico, culturale e giuridico totalitario, non più idonee a rappresentare l’attuale realtà del diritto, delle istituzioni e della cultura giuridica e civile, e dovrebbero essere drasticamente abbandonate ed eventualmente, se ritenuto non evitabile nonostante le molte contraddizioni, sostituite con altre nuove categorie idonee a rappresentare le nuove realtà e le sensibilità attuali. La loro persistenza continua a riprodurre confusione, ambiguità, equivoci, si è dimostrata “pericolosa” per il cittadino e per la società ed è in insanabile conflitto con la Costituzione. L’istituto delle misure di sicurezza non può non essere cancellato parallelamente alla chiusura degli OPG.

La rimozione delle cause che impediscono l’accesso ai diritti fondamentali di cittadinanza attribuisce ai percorsi conoscitivi un valore di progettualità di promozione di tale accesso, mentre la ratio che informava il Codice penale, tuttora vigente seppure corretto dalla Corte costituzionale, perseguiva esplicitamente l’internamento/annientamento di categorie “speciali” di persone ritenute geneticamente pericolose per la società e per la purezza della razza.

## **Appendice**

*Diagnosi e giustizia: un breve excursus.* La prima legge promulgata in Italia sulla questione psichiatrica, dopo dibattiti trascinati per decenni, è stata la n. 36 del 1904, “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”, il cui lavoro di preparazione aveva messo in luce

la polarizzazione del Parlamento sui problemi delle competenze economiche e amministrative di *una istituzione, il manicomio, concepita unicamente come luogo di sequestro di individui pericolosi, e, per giunta, alienati* [...]. Quando, nel 1904, letteralmente fiaccato da questa vetusta e insolubile questione legislativa, il Senato approvò la proposta Giolitti [...], *il rapporto tra società*

*civile e istituzione psichiatrica veniva in esso definitivamente stabilito, senza mediazione alcuna, in termini di frattura e di esclusione [...]. Leonardo Bianchi, direttore della clinica psichiatrica napoletana, che era stato uno dei presentatori del progetto, si era spinto oltre [...]. Nella sua ineffabile relazione, infatti, anche l'assunzione della pericolosità sociale a parametro classificatore della istituzione psichiatrica poteva sembrargli un ulteriore passo verso la "realizzazione del concetto tutto affatto recente del manicomio moderno, nel quale si vorrebbe raccogliere i folli veramente pericolosi, e quelli acuti".*

E più avanti:

Lo stesso Bianchi [...] al Senato nel 1922 inviterà il Ministro dell'interno a riesaminare "la portata e gli effetti della legge del 1904", per proporre modifiche suffragate da un diverso principio informatore [...]. Le modalità di ammissione nei manicomi, stabilite da una legge "imperniata sopra il criterio di pubblica sicurezza, quello della pericolosità del malato", contribuiva indubbiamente all'"aumento dei folli" e quindi "alla degenerazione della razza, il cui indice [era] l'enorme aumento della follia nel nostro Paese". Le sue ragioni [...] chiamavano in causa "il gran numero di degenerati, [...] il grandissimo numero di nevrastenici, di psicastenici, di imbecilli, ecc.". [...] Questa "massa di fiacchi", di "deboli nella vita della nazione" [...] poteva rimanere libera, dando quindi "l'impronta, il carattere della fiacchezza ai gruppi sociali dei quali [facevano] parte", incrinando in tale modo "il valore di una razza... strettamente collegato con la salute fisica e mentale e soprattutto con la vigoria del carattere". La "Nazione" [...] doveva essere salvaguardata da tutte le condizioni capaci di favorire la riproduzione di nuovi esseri predisposti alla follia.<sup>16</sup>

---

16. F. De Peri, "Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento", in F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina*, in *Storia d'Italia*, Einaudi, Torino 1984, Annali 7, pp. 1132-1133 (corsivo mio).

La diagnosi del medico ovvero la “formula” diagnostica che portava all’internamento in manicomio attraverso la questura era “pericoloso a sé e agli altri” (e di pubblico scandalo). Il tribunale interveniva dopo trenta giorni con il “decreto di internamento definitivo”, che stabiliva anche l’interdizione dell’internato che diventava “corpo” da custodire fino alla morte, come rivelava la progettazione urbanistica dei manicomi. Nel Codice Rocco del 1930 veniva formalizzata a livello giuridico e istituzionale la concezione della cosiddetta *scuola positiva* di diritto penale, nel cui filone si collocava Cesare Lombroso.

Nel *Trattato di psichiatria forense* di Ugo Fornari si legge:

Lombroso volle spostare lo studio del delitto *dal fatto all’individuo* che lo commetteva, elaborando una *dottrina bioantropologica deresponsabilizzante, deterministica e riduttiva*, che tanta fama riscosse e ancora riscuote nel mondo intero. Essa nacque da un’osservazione casuale circa l’esistenza, là dove avrebbe dovuto esservi una cresta ossea, di un’anomalia morfologica congenita [...] nel cranio di un delinquente [...]. Racconta Lombroso [...]: “Ma il singolare si è che *questa particolarità* manca nelle scimmie superiori (antropomorfe) [...] *ben distinta nelle più infime specie di lemurini*. [...] Ben è importante, però, per la filosofia naturale che questa anomalia più che pitecoide si sia notata in quella specie d’uomo come è il criminale che più si allontana dal tipo nostro di quello dei Gialli e dei Negri [...]”. *Il cranio di quest’uomo costituisce convenzionalmente l’atto di nascita dell’antropologia criminale*. [...] Sorse così lo stereotipo del *delinquente nato* [...]. [Nel 1884] egli propose una classificazione dei delinquenti, formulando in maniera più compiuta la sua *teoria dell’identità tra criminale nato, pazzo morale ed epilettico* [...]. Per effetto del biodeterminismo lombrosiano, nel campo giuridico, al principio della responsabilità morale si sostituì quello della responsabilità sociale: al principio della punizione, quello del controllo e della difesa sociale.<sup>17</sup>

---

17. U. Fornari, *Trattato di psichiatria forense*, UTET, Torino 2008<sup>4</sup>, pp. 55-58 (corsivo mio). Ugo Fornari, ordinario di psicopatologia forense presso l’Università di Torino, ha ricoperto la cattedra che fu già di Cesare Lombroso.

In estrema sintesi si evidenzia che il Codice penale del 1930, tuttora vigente anche se con importanti modifiche, prevede che possa essere imputabile e quindi responsabile, ovvero chiamato a rispondere delle proprie azioni, chi ha la *capacità di intendere e di volere*. Mentre chi *per infermità* non la possiede, non può essere ritenuto imputabile e, non rispondendo delle proprie azioni in ragione di un supposto determinismo biopsichico, viene sottoposto a una *misura di sicurezza* consistente nell'internamento in Ospedale psichiatrico giudiziario (già manicomio criminale), per un tempo definito nel minimo ma non nel massimo perché è determinato dalla *pericolosità sociale* (i cosiddetti ergastoli bianchi).<sup>18</sup> Nel citato *Trattato*, si legge che Lombroso nel 1871 scriveva che dovevano essere accolti nei manicomi giudiziari sia coloro che “impazzivano” in carcere sia coloro “che furono spinti al delitto da una abituale, evidente infermità come: pellagra, alcoolismo, isterismo, malattie puerperali, epilessia, massime quando abbiano parentele con alienati e con epilettici e presentino una mala costruzione del cranio [...]. Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi e sottoposti a vari processi *non potranno essere dimessi mai*; gli alienati a follia istantanea, o intermittente, che offrono segni di perfetta guarigione, saranno segnalati per la dimissione dopo uno o due anni di osservazione”.<sup>19</sup> Al che Fornari osserva (nel 2008!) che “la struttura manicomiale giudiziaria [...] è stata ed è dunque una misura di sicurezza, deputata alla *neutralizzazione del socialmente pericoloso*. [...] *L'ideologia di fondo, però, è rimasta intatta e inattaccabile*, anche se dal 1974 a oggi si sono succeduti alcuni eventi molto importanti”.<sup>20</sup>

La legge 180 del 1978 ha abrogato quella del 1904 che, in quanto “legge speciale”, discriminava ed escludeva una larga fascia di popolazione definita e omologata con i criteri dell'*alienazione* e della *pericolosità sociale*. È stata così eliminata una discriminante che escludeva l'accesso ai diritti fondamentali di cittadinanza previsti

---

18. Tipologie e modalità di internamento sono diversificate e più articolate.

19. U. Fornari, *Trattato di psichiatria forense*, cit., p. 76 (corsivo mio).

20. Ivi, p. 79 (corsivo mio).

dalla Costituzione e si è aperta una fase, difficile e lungi dall'essere chiarita, in cui i saperi della psichiatria avrebbero dovuto ridefinirsi e interrogarsi sui loro fondamenti epistemologici in rapporto alle organizzazioni istituzionali e alle pratiche, molto di più e meglio di quanto non sia accaduto. Con la legge 180 la magistratura ha cessato di essere strumento di repressione e ha assunto il ruolo di garante dei diritti del cittadino, mentre la Corte costituzionale ha assunto un ruolo fondamentale pronunciando alcune sentenze "storiche", con le quali il sistema della psichiatria non si è sempre e ovunque confrontato a sufficienza. Su un altro piano, la Corte di cassazione nel 2005 ha riconosciuto anche ai cosiddetti disturbi di personalità gravi lo status di *infermità* andando oltre il paradigma strettamente medico, e ha confermato la necessità che tra il disturbo mentale e il fatto-reato sussista un nesso etiologico e che le più recenti acquisizioni della psichiatria riconoscono "spazi sempre più ampi di responsabilità al malato mentale".

In questa sentenza si dice con estrema chiarezza a proposito del tuttora vigente Codice penale:

È appena il caso di ricordare che quel testo normativo veniva emanato sotto l'egida condizionante dell'ideologia dell'epoca che, nel contesto del sistema del cosiddetto doppio binario (la pena tradizionale, inflitta sul presupposto della colpevolezza dell'imputato, e le misure di sicurezza, fondate sulla pericolosità sociale del reo [...]), risentiva del preminente intento generalpreventivo [...], rifiutava il principio di presunzione di innocenza dell'imputato (ritenuto il portato "delle dottrine demo-liberali, per cui l'individuo è posto contro lo Stato, l'autorità è considerata come insidiosa e sopraffattrice del singolo") e faceva dire ad altre autorevoli espressioni della dottrina dell'epoca che "lo Stato fascista, a differenza dello Stato democratico liberale, non considera la libertà individuale come un diritto preminente, bensì come una concessione dello Stato accordata nell'interesse della collettività", riaffermandosi "l'interesse repressivo" come suo "elemento specifico", e giungendosi, come ricorda autorevole dottrina, alla richiesta estrema di sostituire la regola *in dubio pro*

reo con quella *in dubio pro republica*. Ma i tempi sono cambiati. La Costituzione, l'affermarsi di un'ermeneutica giuridico-penale orientata ai suoi principi informativi e il proporsi di paradigmi alternativi a quello medico hanno comportato un adeguamento delle soluzioni, sul tema dell'imputabilità.

Ugo Fornari così ha commentato la sentenza:

*La nozione di infermità viene così a comprendere due aspetti: quello categoriale (la diagnosi, il “che cosa ha” il soggetto in esame, da quale tipo di patologia mentale è affetto) e quello dinamico funzionale (come ha “funzionato” la psiche del soggetto in esame in riferimento a un fatto agito o subito). In questo modo si va oltre l'inquadramento [...] per esaminare quale e quanta compromissione funzionale ha comportato quel disturbo comunque diagnosticato in riferimento e al momento del fatto reato. Diagnosi categoriale e funzionale sono due aspetti complementari, ma distinti, che non debbono essere confusi l'uno con l'altro o riassorbiti uno nell'altro.*

Più avanti:

Senza questo passaggio dalla nosografia alla dinamica, dal modello descrittivo a quello comprensivo, dalla rilevazione di sintomi e comportamenti all'analisi del funzionamento e dell'organizzazione non è possibile cogliere la rilevanza psichiatrico-forense di questo discorso che non dà per scontata l'esistenza di un parallelismo obbligato tra diagnosi e valore di malattia [...]. In psichiatria forense la diagnosi rappresenta una tappa imprescindibile, ma non terminale del ragionamento medico-legale. Essa rappresenta il momento statico della perizia [...] in cui però il soggetto viene pietrificato e cristallizzato in una dimensione non dialettica, privato com'è della complessa drammaticità esistenziale che caratterizza ogni percorso di vita.<sup>21</sup>

---

21. “Cassazione penale”, 1, 2006, p. 274 (corsivo mio).

In *“Normalità” del male e patologia mentale* di Marta Bertolino,<sup>22</sup> tra molto altro di rilevante, si legge:

Lo sgomento che investe tutti noi alla notizia di gravissimi fatti di sangue [...] è una miscela di riprovazione nei confronti di chi ne è l'autore e di incredula commiserazione per l'umanità che in essi viene tradita. Esso apre degli interrogativi [...]. Al perché del male non solo è difficile dare una risposta, ma soprattutto è difficile trovarne una che sia tale da tranquillizzare la collettività. Impossibile negare che questi gravissimi fatti siano il prodotto dell'essere umano, del lato oscuro dell'essere umano. Se però si riuscisse a dimostrare che questo lato oscuro annienta il carattere irripetibile dell'esistenza umana solamente negli individui cosiddetti “anormali”, allora, forse, avremmo trovato una risposta che spiega la diversità di chi nel delitto manifesta il lato oscuro dell'umanità. Non per niente – come ricorda Foucault a proposito degli alienisti del XIX secolo – essi sono stati “semmai specialisti di un certo pericolo generale che attraversa l'intero corpo sociale, minacciando tutto e tutti, dato che niente è al riparo dalla follia o dalla minaccia di un folle. L'alienista è stato innanzitutto l'addetto a un pericolo; si è piazzato come la sentinella di un ordine che è quello della società nel suo insieme”. Sin da allora il diritto si rivolge alla psichiatria per ottenerne l'interpretazione scientifica, funzionale alla qualificazione giuridica di fatti. Tanto più quando questi fatti siano inspiegabili per gravità e natura [...]. Ma lo psichiatra [...] e in particolare lo psichiatra forense [...] sono in grado di sopperire a questo bisogno? Sono cioè in grado di dare sostegno a “decisioni giudiziarie esenti da dubbi ragionevoli” come esige una giustizia basata sui diritti? Decisioni che sono indispensabili nella materia dell'imputabilità e dell'infermità mentale, ove è facile cadere nella tentazione di un uso di teorie psicopatologiche, come unico possibile antidoto alla intollerabilità sociale del male.<sup>23</sup>

---

22. Professore ordinario di diritto penale presso l'Università cattolica di Milano.

23. M. Bertolino, *“Normalità” del male e patologia mentale*, “Diritto penale e processo”, 3, 2007, p. 285.

E sempre in riferimento alla sentenza del 2005:

Come la stessa sentenza riconosce – “è proprio sul versante dei sicuri ancoraggi scientifici che la proposta questione presenta i più rilevanti aspetti di problematicità” – [...] le ultime acquisizioni della scienza psicopatologica che legittimano interpretazioni ampliative del concetto di infermità mentale non sono poi così sicure. A tale proposito basti richiamare a titolo esemplificativo i DSM, i manuali diagnostici ai quali la scienza psicopatologica oggi quasi unanimemente si affida per formulare le diagnosi. [...] Ma anche il modello del DSM attualmente è al centro di un acceso dibattito critico che ne ha evidenziato i limiti, tanto che la psicopatologia si sta preparando al suo superamento grazie a un nuovo e rivoluzionario sistema diagnostico, il DSM-5. Non solo oggi il paradigma diagnostico-sintomatologico non raccoglie più un diffuso consenso, ma a metterlo in crisi è, tra l'altro, l'emergere di un nuovo paradigma, quello scientifico-tecnologico delle neuroscienze [...]. Sarebbe oggi possibile identificare, attraverso neuroimmagini, le zone del cervello che in presenza di diverse neuropatologie funzionano in maniera anomala. A questo punto sorge legittimo l'interrogativo su quali siano veramente le acquisizioni scientifiche più aggiornate e più generalmente accolte, alle quali il giudice può richiamarsi. [...] Non rimane allora che chiedersi se il giudice fra i diversi orientamenti psicopatologici possa sceglierne uno sul quale fare affidamento, perché risponde a un criterio di scientificità o di maggiore scientificità rispetto ad altri [...]. Almeno per una parte della filosofia della scienza, una scelta in base al criterio della scientificità non sarebbe praticabile. [...] Un'analisi epistemologica [...] arriva infatti a dimostrare che è impossibile risolvere la “crisi” della psichiatria attraverso l'individuazione di un concetto di malattia mentale scientificamente valido.<sup>24</sup>

---

24. Ivi, pp. 285-286.

E ancora:

Ma, in primo luogo, le ipotesi da ricondurre al modello medico-organicistico rappresentano una categoria marginale per la prassi, la quale è sempre di più costretta a confrontarsi con valutazioni di infermità di natura sfuggente e indefinita, come i disturbi della personalità. [...] Con riferimento a essi l'unica certezza della psicopatologia sembra essere quella dell'incertezza della loro natura, nel senso che non sarebbe possibile dimostrare né parimenti escludere la loro natura di disturbo mentale. [...] In secondo luogo, occorre ricordare come anche nella psicopatologia si vada affermando un modello circolare di spiegazione causale, a fianco o in sostituzione del tradizionale paradigma lineare, che appare del tutto insufficiente a chiarire situazioni patologiche particolarmente complesse. Questa visione della causalità ha portato alla elaborazione di una nozione cosiddetta integrata di malattia mentale [...] a favore di una spiegazione plurifattoriale integrata. Spiegazione che dovrebbe comunque svolgersi secondo le regole imposte dal metodo scientifico. Ma alla psicologia e alla psichiatria ancora da ultimo si rimprovera proprio la mancanza di metodo scientifico, non solo perché i disturbi e i sintomi non potrebbero essere sottoposti a una obiettiva misurazione, ma anche perché i dati di natura soggettiva rimangono comunque non falsificabili e le interpretazioni di essi hanno natura metafisica.<sup>25</sup>

Più avanti:

Ma i requisiti di scientificità possono essere realisticamente applicati anche alle teorie e alle tecniche metagiuridiche di natura sociale, relative cioè all'uomo e al suo comportamento, affinché anche la spiegazione del comportamento umano risulti scientificamente affidabile e, in quanto tale, in grado di vincere il ragionevole dubbio?<sup>26</sup>

---

25. Ivi, p. 287.

26. Ivi, p. 289.

Pertanto:

L'accertamento dell'imputabilità penale in caso di infermità sembrerebbe dunque destinato alla incertezza scientifica. [...] Da questo punto di partenza si finisce però in un'incertezza circolare sistemica. [...] La particolare incertezza scientifica che caratterizza il giudizio di imputabilità inevitabilmente si riflette sul grado di certezza della prova [...]. La domanda che si pone riguarda la soglia massima di incertezza tollerabile, oltre la quale cioè l'interpretazione e l'applicazione perdono la necessaria razionalità.<sup>27</sup>

Non è possibile per la loro complessità proseguire nel richiamare le successive articolazioni di pensiero, le problematiche e le domande critiche contenute nell'articolo, tuttavia riporto un ultimo passaggio:

Il giudizio di scientificità in realtà dovrebbe consistere in una valutazione alla luce del "compito da svolgere", in ragione della particolarità del caso concreto. Un giudizio di tipo operativo dunque, che ha per oggetto non la psicopatologia come scienza in sé, ma la singola teoria esplicativa o la singola tecnica interpretativo-diagnostica del concreto comportamento umano. [...] Spetterà poi ancora al giudice, sempre con riferimento al caso concreto, valutare la forza probatoria di quella teoria o tecnica che risulta accreditata, corroborata cioè scientificamente, in relazione al caso concreto da decidere, avvalendosi del suo potere discrezionale di valutazione delle prove.<sup>28</sup>

---

27. Ivi, p. 288.

28. Ivi, p. 289.