

# ATTUALITÀ IN TEMA DI PERICOLOSITÀ SOCIALE PSICHIATRICA <sup>(1)</sup>

di Ugo FORNARI <sup>(2)</sup>

Il tema antico e attuale della pericolosità sociale è tanto affascinante, quanto irto di difficoltà definitorie e applicative non eludibili, anche quando l'approccio ad esso sia svolto in buona fede, in scienza e coscienza, con caratteristiche di obiettività e di imparzialità da persone conosciute come serie, preparate, accreditate.

Per quanto riguarda i compiti peritali in tale ambito (ma non solo in questo), i prerequisiti sui quali impostare e sviluppare tutto un ragionamento clinico e valutativo non presume atti di fede, ma esige un rigoroso controllo, caso per caso, situazione per situazione.

Non è possibile infatti dimenticare o sottostimare il fatto che il cosiddetto tecnico della psiche si muove in un settore estremamente complesso, variegato, suscettibile di interpretazioni le più disparate, in continua evoluzione, in cui il connubio tra scienza e diritto è costellato da una serie di difficoltà, da un lato legate alla formazione scientifica del perito, dall'altro al contesto specifico del processo.

Il fondamentale problema che nessun perito giudiziario deve mai dimenticare è il seguente: *qualsiasi tipo di scienza*, e la nostra in particolare, in generale e nelle sue diverse articolazioni, è *tutt'altro che neutrale e certa*. E' un modello di approssimazione alla realtà, di avvicinamento a verità umane che, come tali, rimangono sconosciute nella loro intima essenza. Di per sé, essa è fatta di incertezze, è provvisoria e mutevole. Le ipotesi scientifiche sono assunte *come se* fossero vere o false, dal momento che nulla ci dice che siano tali (o vere o false). Le leggi scientifiche sono pure ipotesi, sono fallibili, devono essere continuamente falsificate; l'errore nella ricerca è un male di per se stesso *necessario e inevitabile* ("sbagliando si impara"); il suo margine può essere ridotto al minimo, ma non può (e non deve) essere eliminato e *la clinica ancora una volta rimane sovrana nell'interpretazione, nell'integrazione e nella valutazione dei dati offerti dalle neuroscienze, dalle tecniche psicodiagnostiche e neuropsicologiche* <sup>(3)</sup>. La cosiddetta *Evidence-base Medicine* (EBM), che vuole mettere da parte nell'attività diagnostica e terapeutica l'intuizione, l'arte sanitaria, l'esperienza clinica per enfatizzare un'impostazione razionale che tragga la sua forza dalle prove

---

<sup>1</sup> Relazione tenuta al Congresso su "Pericolosità sociale e società pericolosa", Aversa 6-8 novembre 2008.

<sup>2</sup> Direttore Unità Operativa di Psichiatria Forense, Psicologia Giudiziaria e Criminologia Clinica, Università degli Studi di Torino, C.so Montevicchio, 38 - 10129 Torino.

<sup>3</sup> La *neuropsicologia*, nelle sue attuali versioni, è una branca abbastanza recente della psicologia. Essa abbraccia un campo vastissimo che va dalla valutazione delle funzioni cognitive nei sospetti di demenza alla riabilitazione cognitiva di pazienti con lesioni vascolari, alla valutazione degli effetti di tossici quali alcool o piombo, agli esiti di un trauma cranico. La *neuropsicologia clinica*, pertanto, ha come oggetto lo studio dei disordini delle funzioni nervose superiori provocati da una sofferenza organica del cervello. Le encefalopatie (focali o diffuse) di vario genere possono provocare danni che si esprimono come disturbi di tipo cognitivo-comportamentale. I disturbi pertanto riguardano: la cognitività (aree associative corticali retro-rolandiche dell'emisfero dx, sn e di entrambi); l'emotività (sentimenti, motivazioni, affettività), le funzioni esecutive e di controllo (aree associative e organizzative pre-frontali). Le demenze (declino cognitivo, disturbi del comportamento, compromissione funzionale) costituiscono il capitolo principale di questo settore di studio. La *neuropsicologia forense* ha come obiettivo la valutazione di quelle lesioni del cervello che possono costituire infermità di mente.

L'*esame neuropsicologico* si avvale di test singoli, batterie standardizzate, indagini neuroradiologiche per esaminare funzioni specifiche (es. memoria) o alterazioni cognitive o comportamentali, a prescindere dalla eventuale o reale presenza di una lesione organica cerebrale. Nessun test di nessun tipo ci dice con sicurezza che il paziente è affetto da demenza. Dalla TAC e dalla RM non si ricavano dati così significativi e precoci come dalla valutazione neuropsicologica (per i disturbi cognitivi). La valutazione degli effetti di un danno cerebrale di qualsiasi natura e tipo è clinica, non neuropsicologica.

I *falsi positivi*, i *simulatori* e i *dissimulanti* costituiscono alcune delle aree problematiche in cui le tecniche neuropsicologiche, di per se sole utilizzate, non offrono elementi di conoscenza e di discriminazione qualitativamente paragonabili a quelli ricavabili attraverso un'indagine clinica corretta e completa.

sperimentali a disposizione del generico e dello specialista è di notevole interesse nell'ambito della medicina generale e di alcune branche specialistiche, ma è di discutibile applicazione nel settore delle scienze umane, nel quale si collocano tradizionalmente le discipline psichiatriche e psicologiche. A complicare la situazione si aggiunge il problema della correttezza da parte del consulente giudiziario nell'uso delle ricerche e delle teorie scientifiche. E ancora: il ruolo coperto dal perito in quel contesto processuale è tutt'altro che indifferente nel conferirgli credibilità e affidabilità. Nel nostro sistema, infatti, il perito viene identificato e si identifica nel ruolo del tecnico *super partes*, che ha l'obbligo di dire la verità; mentre in capo al consulente tecnico, assimilato al testimone, tale obbligo non sussiste. Dalla posizione di perito o di consulente tecnico d'ufficio viene fatto discendere, in maniera quasi assiomatica, il contenuto veritiero delle tesi da lui presentate e sostenute; i consulenti di parte, nella misura in cui vengono identificati e si identificano nel ruolo dell'accusatore e del difensore e sono esonerati dall'obbligo di dire la verità sono gravati della pregiudiziale della loro relativa o assoluta inaffidabilità.

*Da tutto ciò consegue che non esistono teorie e valutazioni scientifiche oggettive ed è un'illusione pensare che gli esperti giungano ad esse in maniera universalmente valida e secondo metodi obiettivi.*

Nel settore specifico qui in discussione, possiamo dire che la scienza della psiche è quel *corpus* di assunti teorici e di applicazioni pratiche ricavate attraverso il metodo induttivo da osservazioni cliniche e da dati sperimentali, strumentali e di laboratorio accettati e condivisi dalla comunità scientifica in quel momento e in quel contesto storico-culturale.

Il relativismo scientifico costituisce un aspetto fondamentale cui si deve fare costante e preliminare riferimento per articolare ogni successivo ragionamento.

Venendo ora allo specifico ed evitando di riproporre all'uditorio la mia posizione oggetto di un precedente Convegno qui tenuto nel 1998 <sup>(4)</sup> e ribadita nell'ultima edizione del mio Trattato di Psichiatria Forense <sup>(5)</sup>, mi chiedo quali strumenti "scientifici" siano in grado di offrirci dati attendibili di fronte a una realtà composita e complessa, in cui la componente "persona umana" con la sua storia di vita, le sue esperienze, la sua soggettività, le sue imprevedibilità, è tutt'altro che una variabile di secondo piano?

Resto convinto che l'approccio clinico al problema non possa –allo stato- essere superato o sostituito: *semmai, cautamente integrato e arricchito, ma non sostituito per ora attraverso apporti di altre discipline*, purché non si dimentichi mai che l'assistenza al malato di mente autore di reato deve andare al di là della prognosi comportamentale, del suo eventuale semplicistico proscioglimento e del suo internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario o del suo ritorno (che spesso si identifica con l'abbandono) sul territorio, con affidamenti più o meno efficaci ai vari Dipartimenti di Salute Mentale.

Il reato del malato di mente quasi sempre rappresenta un momento della sua storia psichiatrica, che ha degli antecedenti e che avrà una sua inevitabile prosecuzione sia nel corso del processo penale, sia dopo la sentenza. Anche se il reato spezza l'esistenza di colui che lo compie, quando si

---

<sup>4</sup> FORNARI U., CODA S., *Dal socialmente pericoloso al bisognoso di cure*, In: *Pericolosità sociale e società pericolosa*, Aversa, 1998, Atti in: *Interazioni*, I/1, 1999, p. 5-24

<sup>5</sup> FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, IV edizione; Utet Giuridica, Torino, 2008.

tratta di malato di mente il cui passaggio all'atto è sintomatico della patologia di cui è portatore, non è possibile pensare che ci si trovi di fronte ad un paziente "altro".

**E' sulla sua storia di malato e non sulla sua vicenda giudiziaria che devono essere collocati il fuoco e la continuità dell'intervento socio-sanitario e socio-riabilitativo.**

Inoltre periti e consulenti devono aver ben presente che

-una cosa è la nozione di **pericolosità sociale psichiatrica** che si identifica con quella di necessità *attuale* di cure e di assistenza specialistica, in regime di coazione (*trattamento sanitario obbligatorio giudiziario*) <sup>(6)</sup> o di libertà vigilata (trattamento in strutture comunitarie);

-e cosa ben diversa è la **pericolosità sociale giuridica** (o criminologica) il cui accertamento, nella sua dimensione *prognostica*, deve rimanere compito di esclusiva spettanza del magistrato (art. 203 c.p.).

Inoltre che:

la pericolosità sociale psichiatrica deve essere dal perito psichiatra e non dal giudice graduata in **elevata e attenuata**, con conseguenti provvedimenti diversificati <sup>(7)</sup>.

L'individuazione di quegli indicatori «interni» in più sedi da me elencati riveste importanza fondamentale nel ritenere *elevata* la pericolosità sociale e nel proporre un internamento in ospedale psichiatrico giudiziario. In presenza di smorzamento o compensazione degli indicatori «interni» assumono notevole importanza quelli «esterni» nel giudizio di pericolosità sociale *attenuata* o *assente* e per proporre, rispettivamente, la trasformazione della misura di sicurezza dell'internamento in o.p.g. in libertà vigilata e per proporre la revoca di quest'ultima misura di sicurezza.

Sotto il profilo applicativo della norma, le sentenze della Corte Costituzionale, il nuovo codice di procedura penale <sup>(8)</sup>, l'ordinamento penitenziario e l'ultima versione del relativo regolamento di attuazione (D.P.R. n. 230/2000) hanno introdotto una serie di *misure c.d. terapeutiche* che consentono di muoversi al di fuori del semplice proscioglimento con fuoriuscita dal circuito

---

<sup>6</sup> Si vedano le seguenti sentenze della Corte Costituzionale n. 110/1974 (illegittimità costituzionale dell'impossibilità di revoca anticipata della misura di sicurezza); n. 139/1982 (obbligo di accertamento della *presenza* e della *persistenza* della pericolosità sociale nel momento in cui viene disposto l'internamento in O.P.G. dell'imputato prosciolti per infermità psichica); e n. 249/1983 (idem come per il precedente, solo che il riferimento è al provvedimento di ricovero in una casa di cura e di custodia dell'imputato condannato con pena diminuita per cagione di infermità psichica).

<sup>7</sup> La sentenza della Corte cost. (sent. 2-18.7.2003, n. 253) ha stabilito che, *anche se questa è presente e persiste*, la soluzione *non può essere una sola*.

Con il disposto di questa sentenza, che elimina il denunciato automatismo, *l'autore di reato malato di mente prosciolto e socialmente pericoloso* non può più solo essere internato in un manicomio criminale, in applicazione di un principio positivista che mantiene una visione ormai superata della malattia mentale, ma può godere di un altro provvedimento più «morbido»: *la libertà vigilata, definita «misura più efficace terapeuticamente» per garantire al malato di mente prosciolto il diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost.*

L'infermo di mente prosciolto con sentenza definitiva e socialmente pericoloso, dunque, non deve più essere necessariamente internato in ospedale psichiatrico giudiziario. Con altra pronuncia, la Consulta ha esteso la facoltà di disporre, anche in fase cautelare e in via provvisoria, misure di sicurezza non detentive nei riguardi di persona inferma di mente e socialmente pericolosa.

E inoltre Corte cost., 17-29.11.2004, n. 367; «È costituzionalmente illegittimo l'articolo 206 c.p. ("Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza") 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».

Anche in questo caso l'unica misura di sicurezza personale non detentiva rilevante nel caso di specie è quella della libertà vigilata con prescrizioni accessorie (art. 228, 2° co., c.p.) che il giudice ritiene opportune e necessarie per consentire, nello stesso tempo, di attuare gli interventi terapeutici più idonei per la cura del malato mentale e di disporre le opportune cautele di controllo e di contenimento della sua pericolosità sociale.

Le strutture alternative – allo stato – sono *le Comunità terapeutiche funzionanti sul territorio, cui già si accede in regime di arresti o di detenzione domiciliare o la custodia cautelare in luogo di cura* (S.P.D.C. e O.P.G.).

<sup>8</sup> Il nuovo codice di Procedura Penale (c.p.p.) emanato con DPR 22 settembre 1988 ed entrato in vigore il 24 ottobre 1989 ha radicalmente innovato l'assistenza all'autore di reato affetto da disturbi patologici psichici, sia in fase di cognizione (artt. 70-73, 284 e 286 c.p.p.), sia in fase di esecuzione (art. 47 ter legge n. 354/75, art. 212 c.p., art. 84 DPR n. 431/1976, art. 53 legge n. 354/75), pur restando in vigore la possibilità dell'internamento provvisorio o definitivo in O.P.G. del malato di mente autore di reato socialmente pericoloso.

giudiziario (vizio totale di mente non socialmente pericoloso) o del proscioglimento più applicazione della misura di sicurezza dell'internamento in O.P.G. (vizio totale di mente e socialmente pericoloso, con elevata pericolosità sociale). Arresti domiciliari, detenzione domiciliare e libertà vigilata sono tre strumenti importantissimi che consentono la cura dell'autore di reato infermo di mente al di fuori dell'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario, perché è possibile –come è già stato fatto- organizzare sul territorio strutture a forte connotazione riabilitativa per questi soggetti.

Nell'art. 113 del D.P.R. n. 230/2000 si prevede esplicitamente la possibilità di operare delle convenzioni tra Amministrazione Penitenziaria e Servizi di Cura e di Riabilitazione a carattere regionale per organizzare strutture che, nella fase della cognizione e in quella della esecuzione, possano accogliere pazienti psichiatrici autori di reato e non socialmente pericolosi, al fine di mettere in atto tempestive misure terapeutiche e garantire quell'assistenza al dimettendo e al dimesso dall'O.P.G. o dalla struttura ospedaliera che non possieda risorse adeguate e sufficienti per proseguire il percorso riabilitativo intrapreso.

Ne consegue che il diritto alla salute, costituzionalmente garantito a tutti i cittadini, non può più vedere esclusi quei malati di mente per i quali, l'aver commesso un reato, comporta una subordinazione delle istanze terapeutiche a quelle prognostiche. A noi il compito di attrezzarci con tutti gli strumenti utili e necessari: il primo dei quali, a mio modo di vedere, è rappresentato dalla possibilità di sostituire nel nostro bagaglio nozionistico e operativo la nozione di pericolosità sociale psichiatrica con quella di necessità di cure e di assistenza specialistica.

In tal modo, l'O.P.G. da luogo di prevalente neutralizzazione e di custodia può trasformarsi in una struttura organizzata in senso fondamentalmente terapeutico-riabilitativo che si integra nella rete assistenziale già esistente sul territorio come Centro Psichiatrico Giudiziario per osservazione e cura degli autori di reato affetti da disturbi psichici (art. 11, legge n. 354/75 e art. 7, legge n. 296/93). In questo senso si è già mossa la legge nel riconoscere al personale sanitario penitenziario il solo ruolo sanitario con passaggio alla relativa organizzazione dipartimentale (il Dipartimento di Salute Mentale).

L'uso dell'O.P.G. nell'ottica dell'ideologia positivista poteva essere giustificato in un tempo in cui gli strumenti terapeutici erano pressoché nulli. Ma le moderne conquiste della psichiatria e della psicologia e il ricco e variato bagaglio che oggi possiedono gli operatori della salute mentale è in grado di garantire una serie di interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi e socio assistenziali che già sono messi a disposizione di tutti i portatori di disturbi psichici. Pertanto il diritto alla salute, costituzionalmente garantito a tutti i cittadini, non può più vedere esclusi quei malati in cui il reato comporta una subordinazione delle istanze terapeutiche a quelle prognostiche.

E' vero, si tratta di un'operazione culturale che richiede tempi lunghi, ma se non si ha il coraggio, la voglia e la disponibilità deontologica e clinica di tradurla in pratica fin da oggi, è inutile che si continui a inseguire futuri radiosi e riforme auspicate, invece di cercare di offrire, già qui e ora, un presente meno indecente alle persone di cui vogliamo e dobbiamo occuparci. Forse da loro converrebbe prendere le mosse, invece di teorizzare su organigrammi che rischiano di tradursi in una più o meno complessa, ma poco efficace distribuzione di un potere senza interlocutore.