

**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali

Corso di Laurea Triennale in Servizio Sociale

Tesi di Laurea

Relazioni e implicazioni tra “devianza” psicopatologica e “devianza” criminale

Relatore: Giordano Padovan

Laureanda: Chiara Montecchi

N matricola: 2020078

Anno Accademico 2023/2024

A Lidia e a Rita

INDICE

Introduzione.....	5
CAPITOLO PRIMO	7
1. Le origini della Psichiatria moderna	7
2. Le origini della Psichiatria Forense,la nascita del concetto di “stato di demenza”nel diritto e la sua evoluzione	15
2.1 Il Codice Zanardelli.....	21
2.2 Il Codice Rocco.....	23
2.3 La Legge 180/1978.....	25
3. La Psichiatria Forense in Italia oggi.....	29
CAPITOLO SECONDO	37
1. Il ruolo dell’Antropologia Criminale alla Psichiatria Forense e la figura di Cesare Lombroso	37
2. Tra follia e crimine: la devianza criminale e quella psicopatologica	45
2.1 Comportamenti violenti e disturbi mentali	49
2.2 La pericolosità sociale	53
3. Lo Stigma	57
3.1 Conseguenze dello stigma sul paziente psichiatrico	61
4. Il movimento dell’ <i>Antipsichiatria</i>	63
CAPITOLO TERZO	67
1. “ <i>Il muro che separa il sano dall’insano</i> ”. Folli rei vs. Rei folli e misure di sicurezza psichiatriche	67
2. Le Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).....	71
2.1 Il modello terapeutico-riabilitativo <i>trauma-informed</i>	75
2.2 I rapporti tra le REMS e i Servizi territoriali	77
3. Il caso della pedofilia: tra psicopatologia e criminalità.....	79
4. Il trattamento dei sex offender negli istituti penitenziari italiani: le sezioni protette e prospettive di cambiamento.....	85
Conclusioni.....	91
Bibliografia.....	93

Introduzione

Questa tesi è volta a mettere in correlazione la devianza psicopatologia con quella criminale. Per fare questo, descritto nel primo capitolo, è necessaria una breve storia della Psichiatria moderna dalla fine del Settecento per capire l'evoluzione di questa disciplina medica e del pensiero scientifico. Particolare attenzione è stata rivolta verso i cambiamenti avvenuti dopo l'Unità d'Italia dal codice Zanardelli che risente degli influssi illuministici in contrasto con i principi classici dominanti. Le teorie del Lombroso, le cui idee in ambito medico-psichiatrico avevano trovato applicazione nelle teorie giuridiche, vengono messe in discussione. Con la legge Basaglia viene definita la moderna concezione di malattia mentale e la persona viene messa al centro della cura, ma l'integrazione sociale, caldeggiata da questa legge, ha trovato qualche difficoltà di applicazione pratica nell'ambito dei servizi territoriali. Si è analizzato anche lo sviluppo della Psichiatria Forense in Italia che non è molto all'avanguardia rispetto ad altre discipline per il radicamento delle teorie del Lombroso, al punto che sembra un paradosso avere un sistema psichiatrico forense di stampo tradizionale ottocentesco con un sistema di assistenza territoriale talvolta innovativo.

Il secondo capitolo descrive il ruolo dell'Antropologia Criminale per la Psichiatria Forense e ampia trattazione è stata rivolta alla figura e al lavoro di Cesare Lombroso e a tutte le implicazioni che hanno inciso per così tanto tempo, al punto tale da essere utilizzate perfino per giustificare distorsioni pseudoscientifiche dei regimi fascista e nazista. Viene analizzato il rapporto tra malattia mentale e violenza, presupposto per comprendere l'oggetto di questa tesi, da qui segue la definizione di pericolosità sociale e la sua evoluzione nel sistema penale italiano data dall'articolo 203 del codice penale. Infine si studia il pericoloso ruolo dello stigma, cioè l'attribuzione di qualità negative a una persona o a un gruppo, che condiziona il malato mentale al punto da farlo sentire ancora più emarginato dalla società, impoverendo la qualità della sua vita e ripercuotendosi negativamente sulla sua salute. La rivoluzione culturale del 1968 ha dato a tutti i movimenti una connotazione ideologica e politica e in questo campo ha messo in discussione il rigore scientifico. Si sono fatti passi indietro perché lo psichiatra veniva visto

come un carceriere e i manicomi come luoghi del potere per la repressione. Il movimento dell'Antipsichiatria tendeva a negare la malattia mentale.

La psichiatria forense si conforma ai tempi e, oltre a determinare l'imputazione, cerca anche di indicare i provvedimenti per gli individui pericolosi. Ma è sempre un processo di equilibrio tra la garanzia della sicurezza sociale e la cura e riabilitazione del malato. La legge Gozzini del 1986 permette di regolare la pena e di adeguarla durante la riabilitazione; dal 2019 c'è la possibilità di scontare la pena agli arresti domiciliari preferendo la cura rispetto alla detenzione in carcere, dal 2020 esiste l'attenuante del vizio parziale di mente per i recidivi. Queste ed altre misure, come la nascita delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, stanno a dimostrare l'equilibrio che ci deve essere tra cura, recupero e sicurezza sociale, ponendo al centro la persona. Bisogna anche tenere conto dei rischi dei professionisti che operano nelle strutture. Il modello attuale ancora non omogeneo in tutta la nazione è quello di suddividere i ruoli in base alle competenze e alle responsabilità. Tutto ciò è stato oggetto del terzo capitolo.

CAPITOLO PRIMO

SOMMARIO: 1. *Le origini della Psichiatria moderna* – 2. *Le origini della Psichiatria Forense, la nascita del concetto di “stato di demenza” nel diritto e la sua evoluzione* – 2.1 *Il Codice Zanardelli* – 2.2 *Il Codice Rocco* – 2.3 *La Legge 180/78* – 3. *La Psichiatria Forense in Italia oggi*

1. Le origini della Psichiatria moderna

La nascita della Psichiatria moderna viene fatta coincidere con la modificazione verificatasi in medicina alla fine del Settecento nei confronti della patologia mentale, comunemente chiamata follia, che ha inoltre contribuito a diventare uno degli strumenti di preparazione per lo studio psicologico del paziente psichiatrico.

Nel corso della storia e nella cultura occidentale, il concetto di follia, termine onomatopeico che deriva dal latino *folle* e che significa *mantice*, o in senso più ampio, *vuoto*, è stato soggetto a diverse connotazioni e interpretazioni. Le prime accezioni semantiche, relative alla classicità greca erano di tipo mistico, perciò la follia era associata ad uno stato di ispirazione e di contatto con il divino. Un esempio lo si ritrova nell’*Oracolo di Delfi*, dove la sacerdotessa di Apollo cadeva in delirio prima di pronunciare le sue profezie.¹

A partire dal Medioevo, invece, seppur l’accezione trascendente rimase, le manifestazioni di follia erano considerate come possessioni demoniache soprannaturali da affrontare con l’esorcismo o, in casi estremi, mediante l’eliminazione fisica, tanto che, verso la fine del secolo, nel 1487, venne pubblicato il *Malleus Maleficarum* ovvero il testo principale da cui l’Inquisizione traeva i suoi giudizi e le sue condanne.

Sarà a partire dal Rinascimento, epoca pervasa da uno spirito umanista, che il folle verrà per la prima volta considerato soggetto meritevole di rispetto e

¹ Il termine greco per designare l’oracolo era “*manteias*” (divinazione, responso, vaticinio) che suona molto simile a “*maneis*” (impazzito, furioso). Complessivamente si ottiene un significato che suona: “*Sono pieno di follia profetica*”. Palmacci, *Rivelazione sugli ultimi tempi*, 2019, pag 53

interesse. Il ritratto della concezione rinascimentale della follia è descritto da Erasmo da Rotterdam in *Elogio della Follia*, pubblicato nel 1511. Nonostante l'autore stesso si riferisca alla sua opera come nient'altro che “*uno scherzoso elogio*” (p 139), la grandezza di questa scrittura sta nella descrizione che egli ne fa della percezione della follia a quei tempi: con berretto e sonagli da matto del villaggio, bastone da giullare e orecchie da asino, si comprendono tutti senza fare differenze e non si discerne tra insensati, ritardati, sciocchi e alienati. Si mescolano irrazionale, comico e ridicolo senza fare distinzioni di categorie.²

Nell'opera, i folli, rappresentano più categorie astratte che persone reali, nascondendo alla società il peso del dramma umano, che nell'epoca moderna, una volta riconosciuto, li porterà a essere emarginati e stigmatizzati.

Tornando all'epoca rinascimentale, la nuova visione che si ha della follia si deve anche al superamento della teoria ventricolare³ avvenuta nella storia delle neuroscienze⁴, per cui i grandi anatomisti del Rinascimento iniziano a rendersi conto della reale complessità del cervello: l'interesse si sposta progressivamente dalle parti ventricolari alle parti solide e le funzioni del cervello vengono localizzate nelle strutture cerebrali, ben più complesse e articolate rispetto a quanto si pensasse prima.

In particolare, la rivoluzione anatomica si concretizza con l'approccio sistematico e oggettivo di Andrea Vesalio, autore di *De humani corporis fabrica*. Il testo,

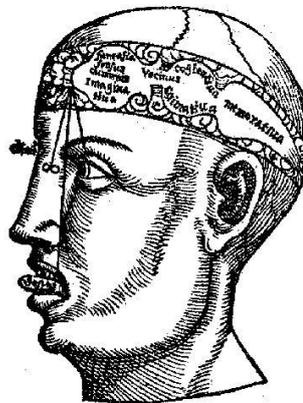
² Huizinga, *Erasmus*

³ La teoria delle celle (si veda ad esempio nel *Margarita Philosophica* di Gregor Reisch), che ebbe un impatto significativo sul pensiero medievale, è attribuita tradizionalmente a Nemesio, vescovo di Emesa in Siria nel IV secolo d.C. Egli collocava l'immaginazione nel ventricolo anteriore, la ragione al ventricolo mediano, e la memoria a quello posteriore. Nel X secolo Avicenna ampliò questa teoria attribuendo al ventricolo anteriore il senso comune e l'immaginazione, al ventricolo mediano, la ragione e il giudizio, e a quello posteriore la memoria. Bisogna considerare che fino agli studi anatomici di Leonardo Da Vinci, erano riconosciuti solo tre dei quattro ventricoli presenti nel cervello umano.

⁴ Termine recente, ma con esso si vuole intendere più in generale lo studio del sistema nervoso centrale e dei suoi rapporti con la mente e il comportamento. Lo si estende all'intera storia della scienza e della filosofia.

suddiviso in sette volumi che trattano l'anatomia umana (ossa e articolazioni, muscoli, sistema vascolare, sistema nervoso, addome, torace e cervello) segna una svolta nella storia della scienza. Vesalio enfatizza l'importanza della pratica dell'anatomia tramite la dissezione, ritenendola l'unico strumento di conoscenza medica e chirurgica.⁵⁶

Questa svolta epocale può essere osservata guardando il confronto dei disegni anatomici medievali di Reisch (figura 1) con quelli rinascimentali, disegnati da Vesalio, Varolio, Leonardo, Eustachio (figure 2, 3, 4).⁷



⁵Bernabeo R.F. et al; *La scuola medica bolognese - settecento anni di storia; vol I*, 1988; Ed. Firma Libri.

⁶ Un'ulteriore novità rappresentata da Vesalio sta in una delle correzioni che egli fece agli errori nei testi di Galeno, riguardante la rete mirabile. Galeno sosteneva che la carotide interna si separasse in una densa rete di vasi sanguigni alla base del cranio, trasformando lo spirito vitale, situato nel cuore, in spirito animale nel cervello, che controllava il movimento e la sensibilità. Secondo Galeno, l'anima aveva tre funzioni: lo spirito animale, lo spirito vitale e lo spirito naturale, che risiedeva nel fegato e regolava la produzione di sangue e l'alimentazione, diffondendosi nel corpo attraverso i nervi. In questo modo, la rete mirabile per Galeno collegava movimenti e processi mentali, unendo anima e corpo. In realtà, questo tipo di vasi sanguigni esiste solo negli ungulati come i cavalli e in misura minore nei carnivori, ma non negli esseri umani né nelle scimmie. Vesalio inizialmente aderì a questa teoria, ma poi, constatando la mancanza della struttura negli uomini, dichiarò che si trattava di un errore dovuto al metodo di dissezione, poiché la testa umana veniva sezionata insieme a quelle di mucche o agnelli per facilitare l'osservazione di strutture difficili da individuare nell'uomo. - Andrea Carlino, *La fabbrica del corpo*, Einaudi Editore, Torino, 1994

⁷ A. Civita, D. Cosenza, *La cura della malattia mentale: Vol. I. Storia ed epistemologia*

Figura 1. Seguendo l'antica teoria ventricolare, Gregor Reisch in questa incisione del 1501 posiziona le facoltà mentali nelle cavità cerebrali. (Immagine: storiadellamedicina.net, *Il cervello visto dalla civiltà rinascimentale*).

La rappresentazione appare molto approssimativa se confrontata con i disegni anatomici di Vesalio (figure 2, 3 e 4)

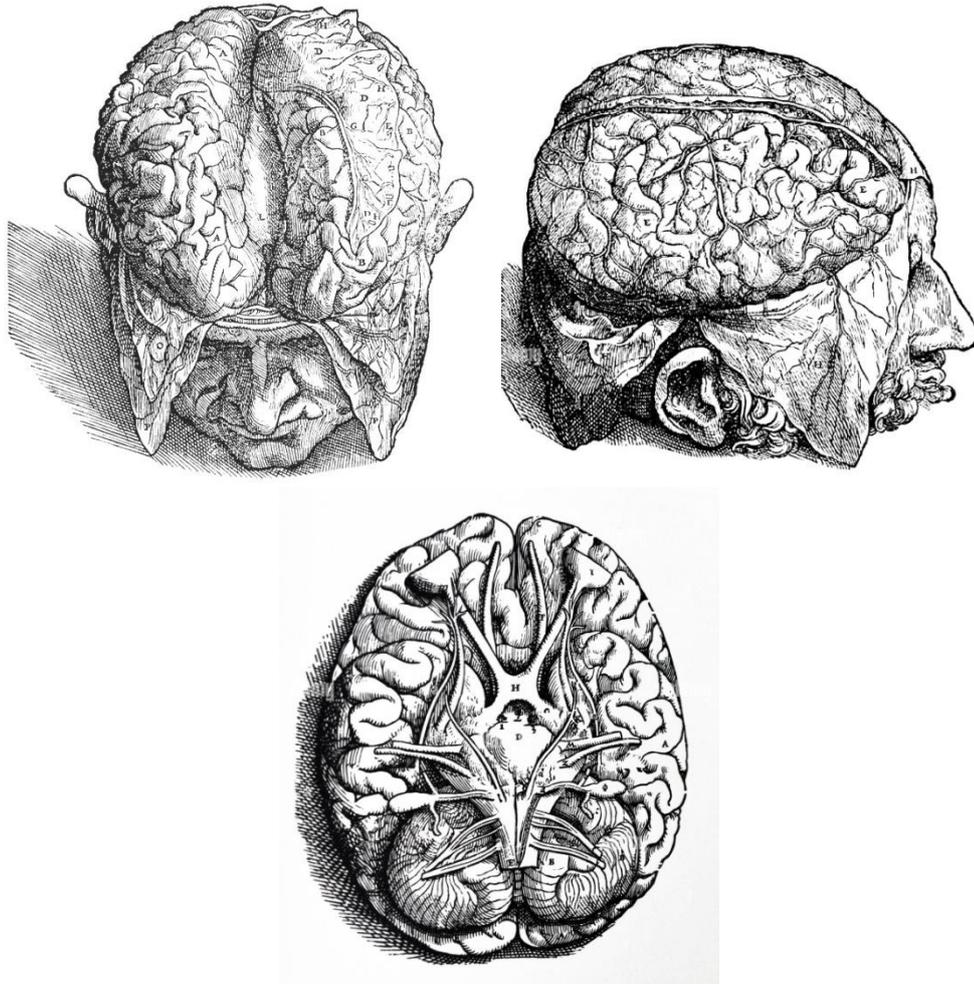


Figure 2, 3, 4. Nel settimo libro di *De humani corporis fabrica*, Vesalio esplora la testa umana. Analizza il cervello sezionandolo in senso longitudinale. Egli presenta una serie di disegni che ritraggono la testa di un uomo con la barba, sempre la stessa, per consentire all'osservatore di seguire il suo procedimento gradualmente, incisione dopo incisione. I disegni mostrano l'ombra della testa, come fosse appoggiata su una superficie piana. (Immagini: *La nascita dell'anatomia*, Storica National Geographic).

Nel corso dei secoli, le concezioni sulla follia nella cultura occidentale continuarono a subire notevoli trasformazioni. Nel Settecento, prima della nascita della psichiatria moderna, i primi segni della rivoluzione industriale iniziarono a influenzare le città e la vita quotidiana. La follia era spesso associata a concetti come devianza, criminalità e idiozia, e coloro che soffrivano di disturbi mentali venivano frequentemente emarginati, limitati nelle loro libertà o relegati ai margini della società. Tuttavia, alla fine del Settecento, nuove prospettive emersero in Francia, probabilmente influenzate dalle nuove idee portate dalla Rivoluzione francese. Il progresso delle tecniche di autopsia permise di scoprire alterazioni anatomico-patologiche nel cervello delle persone considerate folli, alimentando l'idea di trattare la follia come una malattia mentale.

Sebbene il concetto di malattia mentale fosse già noto, veniva per lo più trascurato nelle istituzioni preposte alla cura di individui con disturbi psichici. La gestione di queste strutture spesso mancava di un approccio scientifico e umano, trattando i pazienti come casi disperati piuttosto che come persone bisognose di cura e comprensione.

In Francia, i medici Jacques René Tenon e Pierre Jean George Cabanis iniziarono a considerare il trattamento dei malati psichiatrici in maniera più medica e compassionevole, apportando cambiamenti significativi nei manicomi. Cabanis, in particolare, redasse nel 1791 il primo regolamento per il funzionamento dei manicomi, eliminando pratiche estreme a favore di un maggiore rispetto per la dignità dei pazienti: le catene furono sostituite da sistemi di contenimento meno violenti, tra cui la nota camicia di forza, introdotta in quel periodo; vennero poi abolite le reclusioni forzate per i pazienti non considerati pericolosi per la società.

Anche la gestione amministrativa dei manicomi fu rivista, obbligando alla registrazione dei pazienti e alla compilazione di cartelle cliniche dettagliate. Nel frattempo, a York, in Inghilterra, il commerciante di spezie e filantropo quacchero William Tuke rivoluzionò il manicomio locale introducendo cambiamenti significativi nell'ambiente e nell'interazione con i pazienti, promuovendo il rispetto della loro dignità.

Tuke, con l'aiuto della moglie e di un gruppo di volontari, acquistò una casa di campagna per accogliere circa trenta pazienti, adottando un approccio terapeutico noto come il metodo delle tre "R": "*Right*", "*Respect*", "*Responsability*". Questo sistema incoraggiava i pazienti a partecipare alle attività quotidiane, rispettare le regole e prendersi cura dei più bisognosi; rappresentò il primo esempio di comunità psichiatrica e rivoluzionò il modo di trattare i pazienti con disturbi mentali.

In Francia si registrò un ulteriore progresso quando l'ospedale di Bicêtre, situato nel comune di Le Kremlin- Bicêtre, venne trasformato nel 1826 nel primo vero ospedale psichiatrico sotto la guida del medico Philippe Pinel. Questo sviluppo portò a una significativa modernizzazione delle strutture e a un trattamento terapeutico più compassionevole; a lui venne attribuita la prima "rottura delle catene", un atto simbolico, ma anche coraggioso; Pinel mirava infatti a ribaltare la visione disumana della malattia mentale liberando i suoi pazienti. L'abolizione delle catene a Bicêtre, oggi considerata il punto di partenza della psichiatria moderna, non è significativa solo per l'atto di liberazione in sé, che comunque va interpretato nel contesto della nuova "coscienza sociale" emersa con la Rivoluzione francese e i successivi moti rivoluzionari, ma è piuttosto il fondamento teorico da cui nacque questo gesto a rappresentare il vero punto di svolta della psichiatria moderna. Opponendosi alla diffusa visione organicistica della malattia mentale, Pinel, con il suo atto, dimostrava per la prima volta di considerare l'alienazione come una "*condizione disturbata dell'essere/agire intellettuale e affettivo dell'uomo*", una condizione temporanea e quindi curabile. Il suo approccio era scettico nei confronti delle teorie eziologiche dell'epoca; infatti, a differenza dei suoi colleghi francesi che, nella maggioranza erano rimasti fedeli all'idea che l'infermità mentale fosse sintomo di una patologia cerebrale, egli riteneva che ad essere causa della malattia mentale fossero piuttosto eventi specifici poiché, osservando l'anatomia del cervello, non si rivelava alcuna anomalia nella maggior parte dei casi. Il suo approccio era guidato dalla convinzione che i pazienti dovessero essere curati in modo fermo, ma "dolce", cercando di recuperare le emozioni umane e le capacità intellettive di cui erano dotati. Si parla infatti di "*trattamento morale*", una cura mirata alla psicologia

dell'individuo, era considerato l'unico approccio terapeutico possibile, con cui Pinel intendeva guarire i suoi pazienti: questo si basava sull'osservazione clinica poiché, secondo lui, la malattia mentale era causata da una “*qualsiasi lesione nelle facoltà intellettuali e affettive*”, egli attribuiva particolare importanza alle passioni morali come paura, gioia, amore, invidia, gelosia e rabbia, e quindi risultava fondamentale osservare nel comportamento del paziente tutti i “*segni esteriori*” che potevano indicare l'alterazione responsabile della sua condizione. Solo dopo aver analizzato questi segni e individuato l'origine della sofferenza del paziente, il medico poteva sviluppare una strategia terapeutica efficace. All'origine di questo approccio clinico-terapeutico vi era principalmente la consapevolezza che la malattia mentale dovesse essere considerata come un incidente che colpisce l'essenza stessa dell'individuo, e, di conseguenza, ogni aspetto della vita del paziente, dal suo comportamento alla sua espressione verbale, dallo stato fisico ai suoi pensieri, doveva essere esaminato accuratamente poiché risultava fondamentale non solo per la cura, ma anche per la diagnosi. Questa consapevolezza, che successivamente avrebbe caratterizzato profondamente la psichiatria francese dopo l'opera di Pinel, si sviluppò inizialmente grazie al lavoro di volontari che, spinti da un senso di compassione umanitaria, si erano dedicati all'assistenza dei malati già a partire dal 1600.

“L'abitudine a convivere con gli alienati, a studiare il loro comportamento, i loro differenti caratteri, gli oggetti del loro piacere o del loro rifiuto; la possibilità di seguire, giorno e notte, il corso del loro smarrimento in tutte le stagioni dell'anno; l'arte di guidarli senza violenze e di non fornire loro pretesti per impeti d'ira o risentimenti; il felice intuito di assumere con loro un tono di benevolenza o un'aria autorevole, e di sottometterli con la forza quando la dolcezza non è sufficiente, e infine la continua osservazione di tutti i fenomeni dell'alienazione mentale, e i compiti connessi alla sorveglianza, forniscono necessariamente a uomini intelligenti e zelanti delle conoscenze ricche e dettagliate, che mancano al medico, il quale, se non ha uno specifico interesse, si limita a brevi visite”⁸

⁸Edizione it. Ph. Pinel, *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale: di Filippo Pinel*, Orcesi, 1830, pag 17

Se la dottrina della follia fino ai primi decenni del secolo scorso circoscriveva il malato entro il limitato spazio appena aperto alla visione medica - quello del nascente manicomio, dedicato esclusivamente alla segregazione, alla custodia e alla cura degli alienati - in seguito, con l'avvento della psichiatria moderna, si è tentato di conciliare la teoria medica con la visione "ospedaliera" del malato mentale. In questo contesto, la dottrina dell'alienazione ha assunto un ruolo fondamentale come strumento e presupposto per un trattamento morale, una terapia fisica e farmacologica, un "trattamento" che inizialmente, era attraversato dall'illusione e dalla speranza di guarigione del paziente, trasformando così un individuo privo di volontà e libertà morale in un soggetto di diritto.

Il cambiamento derivante dall'avvento della psichiatria moderna si manifesta principalmente nel difficile connubio tra la teoria e l'istituzione, tra l'innovazione concettuale e la sua integrazione nelle pratiche e nei percorsi di una procedura amministrativa.

I pionieri della psichiatria del secolo scorso comprendevano che l'innovazione autentica trovava terreno fertile nelle istituzioni, mentre sul fronte teorico, ci si rifaceva sempre alla storia antica, alla ricerca di un legame con le tradizioni e alla medicina classica. I fondatori della psichiatria moderna, consapevoli di plasmare una nuova conoscenza e pratica istituzionale, si rivolsero al passato per identificare le opere che avevano reso possibili le loro innovazioni. Ad esempio, nel significativo trattato "*Mélancolie*" del 1820 di Esquirol, incluso nel "*Dictionnaire des sciences medicale*", si trovano citazioni di autori antichi come Ippocrate e Galeno già nelle prime pagine.

La coesistenza di continuità e discontinuità nei saperi teorici delineava il panorama della nascente scienza dell'alienazione. Tuttavia, la rottura è presente tra teoria e istituzione, tra comprensione della follia e procedura amministrativa che ne regolamentava gli effetti, trasformandola in un fenomeno inoffensivo.

2. Le origini della Psichiatria Forense, la nascita del concetto di “stato di demenza” nel diritto e la sua evoluzione

I primi cenni di psichiatria forense sono rintracciabili nella Lex Carolina, promulgata da Carlo V d'Asburgo nel 1532, che stabiliva che *“l'immune da pena è il furioso come l'infante”*. Questo rappresentò uno dei primi tentativi di introdurre una considerazione di infermità mentale nel diritto penale. Inoltre, la legge prevedeva che qualora al colpevole la pazzia fosse giunta dopo aver compiuto il reato, gli si poteva riconoscere una pena ridotta e in tal caso si applicava una punizione straordinaria. Un'altra caratteristica distintiva di questo codice fu la necessità di richiedere l'intervento dei medici per determinare la presenza o meno di una condizione di alterazione mentale, e la conseguenza più rilevante, che avvicina questo codice al diritto moderno, è che solo gli organi dello stato ebbero l'autorità di disporre eventuali punizioni.

Nel contesto italiano del 1500 e 1600, si cominciava a discutere dell'imputabilità e a escluderla per quanto riguardava gli alienati. Paolo Zacchia, un medico pontificio, fu un precursore di questo movimento che, con le sue idee innovative, cercò di dare una base dottrinale scientifica alle sue esperienze medico-psicologiche. (Fornari U. 2021). Il suo contributo principale alla psichiatria forense si deve alla sua opera più importante *“Quaestiones medico-legales”*, nella quale per la prima volta esaminava in modo approfondito ed esaustivo la relazione tra questioni mediche e giuridiche. L'influenza di quest'opera si è diffusa in tutta Europa, sia nella dottrina giuridica che nelle pratiche medico-legali, e ha fornito contributi fondamentali alla metodologia di indagine contemporanea. Tra questi, spiccano l'esame peritale delle ferite, il monitoraggio delle patologie nei detenuti, le tecniche di accertamento del veleno e il ruolo della tortura nella procedura giudiziaria.⁹

Con l'arrivo dell'Illuminismo italiano e della Rivoluzione francese a metà del Settecento, si assistette all'introduzione e all'adozione di principi umanitari, egualitari e garantisti nel diritto penale.

⁹Pastore, A., Rossi. G. (2008), Paolo Zacchia. *Alle origini della medicina legale 1584-1659*. Franco Angeli Editore

Questo processo iniziò con il codice Leopoldino, considerato il primo esempio di Codice penale moderno, che fu adottato prima della Rivoluzione francese. Questo chiariva in quali circostanze si poteva attribuire la responsabilità di un reato, stabilendo l'imputabilità basata sulla volontarietà del comportamento. Grazie a eminenti giuristi e penalisti italiani, in particolare Giandomenico Romagnosi con la sua opera "*Genesi del delitto penale*" (Pavia, 1790; Milano, 1823-1824), furono riconosciuti i benefici delle leggi incluse nel codice Leopoldino, che vennero perfezionate prima di essere incorporate nel nuovo codice.

Dal punto di vista storico del diritto penale, il 26 agosto 1789 segna un momento decisivo, grazie alla redazione della Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino, che gettò le fondamenta per il diritto dei malati mentali, anche se sarà più avanti, con il Codice penale napoleonico del 1820 che verrà introdotto per la prima volta lo "stato di demenza"¹⁰ considerato come uno stato di sottomissione ad una forza interna irresistibile e non voluta. Si trattò per l'epoca di una vera e propria rivoluzione legislativa, marcò infatti la condizione di possibilità dell'ingresso della psichiatria nel foro portando quindi risultati significativi alla disciplina nascente e valorizzando l'importanza e i prestigii della perizia medico-legale. Fu in particolare, l'articolo 64¹¹ ad enfatizzare che non poteva essere considerato reato un'azione compiuta da un imputato che, al momento del fatto, si trovava in uno stato di demenza, costretto da una forza irresistibile e quindi impossibilitato ad agire diversamente a causa di una condizione medica o psichiatrica.

¹⁰ Con stato di demenza, il codice napoleonico intendeva un'espressione generale che racchiudeva in sé la stupidità, l'imbecillità e il furore, che significa il non riconoscere più amici, parenti, coniugi o tutto quello che prima era caro (Fornari 2020).

"E' demente colui che soffre una privazione di ragione; che non conosce la verità; che ignora se ciò che fa sia bene o male; e che non può affatto adempiere i doveri più ordinari della vita civile. Un uomo posto in questo stato è un corpo che ha soltanto figura e ombra di uomo; il suo reato è tutto fisico, poiché moralmente non esiste nulla".

¹¹ Art. 64 "*Non esiste né crimine né delitto allorché l'imputato trovavasi in stato di demenza al momento dell'azione, ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non poté resistere*"

Secondo i commentatori Chaveau ed Hèlie, fu indispensabile un'approfondita ma concisa formulazione per evitare che le norme penali si appoggiassero eccessivamente sulle definizioni mediche, le quali spesso eccedono la sfera giuridica e possono risultare ormai superate alla luce dei progressi scientifici¹². Nonostante questo chiaro intento, per comprendere il concetto di demenza e applicarlo a casi concreti, la dottrina legale si trova inevitabilmente ad affidarsi ai principi della scienza medica. Vengono presi in considerazione non solo pareri autorevoli della prima metà del secolo, ma anche le teorie dei medici legali più innovativi che hanno giocato un ruolo di rilievo nelle aule giudiziarie francesi di quel periodo, tra cui Pinel ed Esquirol. Dall'analisi delle opinioni degli esperti emerge chiaramente il campo di applicazione della parola "demenza": essa mira a comprendere le due principali forme di malattia mentale, ovvero l'idiotismo e la follia. Quest'ultima, a sua volta, può essere suddivisa in demenza vera e propria, mania con delirio e mania senza delirio. Per quanto riguarda invece il riferimento a una forza a cui non si è potuto resistere, si evince dai lavori preparatori del Codice penale napoleonico che essa è rappresentata unicamente dalla coercizione, intesa come un intervento sull'agente esterno e di natura fisica. Pertanto, la spinta interna prodotta dagli affetti e dalle passioni non può essere inclusa nella previsione dell'articolo 64.

Con la caduta di Napoleone, si instaurò un nuovo assetto politico-territoriale che ripristinò le leggi in vigore prima del periodo napoleonico dell'Ancien Régime. In Italia vennero emanati una serie di codici per diverse regioni che introducevano concetti nuovi come la non imputabilità in caso di assenza di ragione totale.

Tra i codici penali più significativi introdotti in quel periodo ci sono:

- Il Codice penale per il Regno Lombardo-Veneto (1815), dove al paragrafo 2, si stabiliva che la colpevolezza era esclusa *“quando l'autore del reato era completamente privo di facoltà mentali”* e *“quando l'atto era compiuto sotto la costrizione di una forza irresistibile”*.

¹² Adolfo Chaveau e Faustino Hèlie, *Teorica del Codice penale*; nuova traduzione sulla quinta ed. francese del 1872 con note ed addizioni di una società di giuristi diretta dal prof. Enrico Pessina, Napoli, Unione editrice napoletana, 1887, pag. 427, 348.

- Il Codice penale per gli Stati di del Re di Sardegna (1840) prevedeva non solo l'imputabilità dell'autore del reato con conseguente applicazione della pena, ma anche l'ipotesi di imputabilità attenuata; definiva poi le cause psicopatologiche da considerare, come l'imbecillità, il morboso furore e la forza irresistibile. Oltre a escludere la responsabilità per chi era incapace, il codice esaminava quanto una condizione alterata potesse influire sulla responsabilità, investigando il nesso causale tra malattia e comportamento, un concetto che è alla base della moderna psicologia forense.
- Codice di leggi e costituzioni per gli stati di Sua Altezza Reale Francesco IV (1815): tranne che per i minori, il codice non faceva riferimento all'imputabilità. L'unico riferimento all'esclusione della responsabilità si trovava nel libro II, titolo VII, che trattava delle pene, menzionando gli individui privi di ragione, citando anche l'argomento dell'ubriachezza. Una definizione più chiara dell'imputabilità venne data con il Codice criminale e di procedura criminale per gli Stati Estensi del 1855.

Dopo l'Unità d'Italia, anche l'apparato legislativo fu unificato, e nel 1889 fu promulgato il primo Codice penale dell'Italia Unita. Questo codice conteneva i primi accenni alla non imputabilità per alcune classi di malati mentali.¹³¹⁴

Nel trentennio successivo all'Unità d'Italia emerse una nuova corrente nel campo del diritto penale: la scuola positiva, in netta contrapposizione all'ideologia della scuola classica vigente. La scuola classica sottolineava che chi commetteva un crimine fosse considerato un individuo libero nelle proprie scelte, senza essere condizionato da fattori esterni (principio del libero arbitrio). Inoltre, attribuiva grande importanza al concetto di responsabilità morale e alla funzione etico-retributiva della pena, considerandoli fondamenti del diritto penale.

¹³Art. 94: "Non vi è reato se l'imputato trovasi in stato di assoluta imbecillità, di pazzia, o di morboso furore quando commise l'azione, ovvero se vi fu tratto da una forza alla quale non poté resistere"

¹⁴ Art. 95. "Allorché la pazzia, l'imbecillità, il furore o la forza non si riconoscessero a tal grado da rendere non imputabile affatto l'azione, i Giudici applicheranno all'imputato, secondo le circostanze dei casi, la pena del carcere estensibile anche ad anni dieci, o quella della custodia, estensibile anche ad anni venti".

Da questi principi scaturì nel 1889 il Codice penale Zanardelli, che rappresentò *l'apice dell'espressione dell'Italia Unita nello sviluppo del codice penale*, ovviamente secondo i dettami della scuola classica. Un concetto cruciale derivante da questa visione era che la possibilità di compiere azioni diverse potesse essere compromessa solo dalla presenza di un comprovato “stato morboso della mente”. In altre parole, affinché venisse dichiarata l'imputabilità di un individuo, una malattia mentale doveva incidere sul suo libero arbitrio.

Invece, la scuola positiva di diritto penale emerse dal positivismo, nato in Francia nella prima metà del XIX secolo, corrente filosofica che, con andamento carsico, ha sue propaggini sino ai giorni nostri. Molto grossolanamente possiamo rintracciare in cinque principi cardine:

1. L'applicazione del metodo sperimentale, con un'analisi obiettiva dei dati.
2. La ricerca delle leggi che regolano la realtà naturale e umana.
3. Il rifiuto del concetto di metafisica: si considerano solamente i dati concreti.
4. Un intrinseco ottimismo riguardante l'evoluzione positivista della realtà, volta al progresso scientifico.
5. La considerazione dello studio scientifico dell'uomo e della natura come processi organici naturali, con un'analisi del loro passaggio dalla condizione di “malati” a quella di “sani”.

Dunque la visione positivista nascente aveva una prospettiva organicistica che faceva sì che la l'attività mentale, patologica e non, fosse considerata esclusivamente come “il prodotto” del cervello. Per i positivisti, l'infermità mentale era la diretta conseguenza di alterazioni anatomiche, e non veniva preso in considerazione il continuo interferire ed embricarsi del substrato biologico, che ad oggi per noi è indiscutibile, con le reazioni emotive, i sentimenti, il pensiero e con le circostanze ambientali. In sostanza, i positivisti consideravano l'attività mentale come una secrezione del cervello, né più né meno di come la bile è prodotta dal fegato e di conseguenza la causa del disturbo mentale andava ricercata in un'alterazione dell'”organo del cervello”. (Tale impostazione in realtà è rimasta assolutamente dominante nella ricerca, anche come visione

epistemologica di fondo, sino ad almeno la fine degli anni '90 del secolo scorso con Antonio Damasio). In quell'epoca il significato di "pazzia" non poneva in dubbio che il folle fosse sempre, e per definizione, incapace, irresponsabile, inaffidabile, inattendibile, pericoloso, non in grado di gestirsi, inidoneo alla vita sociale, che fosse persona da isolarsi e custodirsi nel manicomio. Infatti, la strategia terapeutica era quella di collocare il malato mentale nell'ospedale, uno apposito per la cura della follia, il manicomio, perché fosse curato e custodito: questo era il luogo dove doveva rimanere fino alla guarigione (difficilmente conseguibile). Era perciò dominante la percezione della pazzia che è giunta nel nostro sentito dire, ovvero quella del pazzo come alienato, "altro", dal latino *alius*, *alienus*, estraneo agli altri uomini, minaccioso e troppo dissimile dai sani, quasi non-umano. E coerentemente con questo sentito dire, era pleonastico che il sistema della giustizia dichiarasse il folle incapace di intendere e di volere, lo inviava al manicomio criminale dove veniva dimenticato fino alla fine dei suoi giorni.

Ecco che la chiara visione organicistica e positivista che la psichiatria aveva, venne fatta propria dai legislatori che si sono susseguiti; vi era una buona armonia tra giustizia e psichiatria perché non appena alla prima subentravano problemi giuridici nei quali entrava in gioco la malattia mentale, essa ricorreva con piena fiducia alla scienza psichiatrica, ricevendone chiarimenti e soluzioni percepiti come definitivi e non discutibili perché di carattere scientifico e la collaborazione tra le due dottrine funzionava bene perché avevano come fondamento una visione della malattia mentale che era comune alla psichiatria, alla società e al diritto. *“La psichiatria positivista possedeva certezze che il diritto civile e penale aveva fatto proprie”*¹⁵

¹⁵Ponti, Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina editore, 1993

2.1 Il Codice Zanardelli

A partire dal 1889, l'Italia regolamentava la sfera penale del diritto attraverso il Codice Zanardelli, così denominato in onore dell'allora ministro di Grazia e Giustizia Giuseppe Zanardelli, che rimase in vigore fino al 1930. Tra i molteplici principi cardine del codice si annoverava l'abolizione della pena capitale, una misura fortemente osteggiata da Lombroso in tutte le sue opere, ad eccezione di alcuni reati militari commessi in tempo di guerra. Il codice sanciva la liceità dello sciopero, purché privo di atti di violenza o intimidazione. Ulteriormente, esso introduceva la libertà condizionale e, per la prima volta, riconosceva l'infermità mentale come causa di esclusione dalla responsabilità penale. Venivano altresì aboliti i lavori forzati, contemplate le circostanze attenuanti generiche e stabilita la non imputabilità dei minorenni di età compresa tra i 14 e i 18 anni, salvo che fossero giudicati dal tribunale capaci di intendere e di volere. Il Codice prevedeva altresì la libertà provvisoria in attesa di giudizio, fatta eccezione per i rei colti in flagrante, i sospettati di crimini contro lo Stato e i disoccupati. Sul versante psichiatrico, abrogava il concetto di "forza irresistibile". Il Codice sanciva che, qualora un delitto fosse commesso in stato di infermità mentale tale da annullare la coscienza o la libertà degli atti, l'individuo, sebbene prosciolto per non imputabilità, potesse essere consegnato all'autorità di pubblica sicurezza se il giudice ne confermasse la pericolosità, lo consegnava poi alle autorità competenti che provvedevano al ricovero provvisorio in un manicomio per un periodo di osservazione; se al termine di tale periodo la prognosi di pericolosità veniva confermata, il giudice disponeva il ricovero definitivo. Sebbene non si parlasse esplicitamente di manicomi giudiziari, nel frattempo erano sorte le prime istituzioni di tal genere, come quella di Montelupo Fiorentino, fondata già nel 1886.

2.2 Il Codice Rocco

Il Codice Zanardelli fu in larga parte¹⁶ abrogato e sostituito nel 1930 dal Codice Rocco, il quale subì profonde riforme e aggiornamenti poiché molte disposizioni risultavano in contrasto con la Costituzione repubblicana promulgata dopo la Seconda guerra mondiale. Successivamente, furono introdotte rilevanti riforme in materia di reati politici, delitti sessuali, crimini contro la persona, il patrimonio e la pubblica amministrazione. Furono abolite tutte le discriminazioni religiose e di genere, nonché i reati di adulterio, concubinato, propaganda sovversiva e antinazionale, duello e turpiloquio. Il Codice Rocco istituzionalizzò il ricorso al manicomio giudiziario come misura di sicurezza da applicarsi invariabilmente nei confronti dell'imputato prosciolto per infermità mentale. Nel 1975, con l'introduzione del nuovo ordinamento penitenziario, i manicomi giudiziari furono trasformati in Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), inaugurando una graduale evoluzione nella percezione dell'internato, da condannato che deve scontare una pena a paziente che necessita principalmente di cure.

Fu proprio a partire dal Codice Rocco che nacquero gli articoli del Codice penale fondamentali per il nuovo significato di imputabilità, ossia:

- Art. 85. Capacità di intendere e di volere «Nessuno può essere punito per un fatto preveduto 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».

Viene sottolineato il fatto che l'imputabilità si costituisce dalla congiunta e contemporanea validità dell'una e dell'altra capacità. Come espresso da Cazzaniga e Cattabeni in *Medicina Legale e delle Assicurazioni*. I due autori affermano: *“Intendere in senso medico-legale, vuol dire discernere nettamente il significato e il valore, nonché le conseguenze morali e giuridiche di atti e fatti. Quanto al Volere, con tale termine si intende il libero autodeterminarsi del soggetto in vista di uno scopo. L'autodeterminarsi può attuarsi tanto nel senso*

¹⁶ Il Codice Zanardelli è stato ufficialmente abrogato in toto solo il 16 dicembre 2010 ai sensi del D.Lgs 13 dicembre 2010, n. 212 in attuazione della Legge 28 novembre 2005, n. 246

dell'azione quanto in quello dell'inazione o addirittura dell'inibizione". Quindi, per considerare un soggetto imputabile, occorre che sia in possesso di questi due requisiti nel momento in cui il fatto-reato si è compiuto, ma qualora anche solo una di queste due facoltà sia esclusa o grandemente scemata, l'imputabilità decade o la responsabilità penale si riduce.¹⁷

- Art. 88. Vizio totale di mente «Non è imputabile 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. 89. Vizio parziale di mente «Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tal stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita».

I due articoli sopra citati, corrispondono rispettivamente agli articoli 46 e 47¹⁸ del precedente codice penale nei quali si parlava di "infermità mentale", invece che di

¹⁷Bleuler, *Trattato di Psichiatria*, 1967, pagg. 688-689

¹⁸ Art 46 "Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza o la libertà dei propri atti. Il giudice, nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, ne ordina la consegna all'autorità competente per i provvedimenti di legge".

Art 47 "Quando lo stato di mente indicato nell'articolo precedente era tale da scemare grandemente l'imputabilità senza escluderla, la pena stabilita per il reato commesso è diminuita".

L'articolo 46 del Codice Zanardelli e la sua interpretazione sono stati oggetto di dibattito tra giuristi e medici legali. Il giurista Enrico Pessina ha descritto l'espressione "infermità di mente" come una formula semplice, capace di superare le vecchie discussioni sul libero arbitrio in ambito penale e ha apprezzato la semplicità della formulazione, vedendola come un progresso rispetto ai dibattiti precedenti. D'altra parte, il giurista Alimena in un articolo pubblicato nel Supplemento alla Rivista penale (Alimena, *Infermità di mente (Articoli 46 e 47)*, nel *Supplemento alla Rivista Penale*, vol.III, 1894-1895, pag.228:), esprime delle critiche riguardo al duplice contenuto dell'articolo 46. Egli evidenzia che la formula è divisa in due parti: una che riguarda la causa dell'infermità di mente che porta alla non imputabilità, e l'altra che concerne gli effetti che tale infermità deve avere per fungere da scriminante. Alimena non approva l'uso del termine "mente" e critica per aver attribuito al termine significati molteplici e talvolta contraddittori, creando molta ambiguità. Tuttavia, grazie al lavoro di numerosi interpreti, sia giuristi che medici legali, le espressioni utilizzate nel Codice Zanardelli sono state chiarite. È stato stabilito, tra le altre cose,

“infermità”: la differenza è fondamentale, come è evidente, perché la norma attuale tende a separare l’esclusione dell’imputabilità, o la sua grande riduzione, dalla necessità di dimostrare una malattia o infermità mentale con criteri clinici rigorosi e ufficiali. Questo perché l’infermità intesa negli artt. 88 e 89 va intesa *“non nel suo rigoroso concetto clinico, bensì in quello giuridico, che può anche discostarsene”*. (Cass. Pen. I Sez. Sentenza n. 1645 del 1-7-1959) (Trattato di Psichiatria, Eugen Bleuler). Qualsiasi condizione morbosa può configurare un vizio di mente, purché sia di entità tale da escludere totalmente o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere del soggetto (Sent. Cass. Sez. I Sentenza n. 122471 del 1972), determinando quindi uno stato di infermità. Il concetto di stato di mente per infermità è da ritenersi più ampio rispetto a quello di malattia mentale, comprendendo varie alterazioni, non necessariamente di natura psichica. Con questi nuovi articoli risulta evidente che malattia mentale e infermità produttiva di un vizio di mente non possano essere considerati sinonimi.

- Art. 90. Stati emotivi o passionali «Gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l’imputabilità».

L’articolo 90 introduce la non esclusione dell’imputabilità per delitti commessi sotto l’influsso di forti emozioni e passioni, abolendo di fatto il concetto di “impulso irresistibile”. Tuttavia, tali circostanze possono essere prese in considerazione per eventuali attenuanti o aggravanti.

2.3 La Legge 180/1978

Nel novembre del 1961, Basaglia assume la direzione del manicomio di Gorizia. Giovane medico, non ancora quarantenne, proveniente dall’Università di Padova, ove ricopre il ruolo di libero docente, egli si trova al comando del reparto psichiatrico presso la clinica neurologica. A Gorizia, Basaglia non osserva soltanto

che per la responsabilità penale non è sufficiente una semplice coscienza dell’azione. Anche persone affette da paranoia, allucinazioni, melanconia e mania possono avere una coscienza semplice dell’azione. Ciò che è richiesto, invece, è un livello di consapevolezza molto più elevato, che implica una comprensione serena e ponderata delle motivazioni che portano all’azione. Questo livello di consapevolezza è essenziale per determinare la responsabilità penale.

la violenza delle porte chiuse e delle contenzioni, ma percepisce una violenza più profonda: l'assenza degli individui, una sorta di vuoto che lo lascia smarrito. Egli si trova costretto a interrogarsi sulla natura stessa della psichiatria, sui suoi presunti fondamenti scientifico-biologici, riconoscendo l'influenza incessante del paradigma medico e della cultura positivista che riduce ogni aspetto a mero oggetto di studio. In questo contesto, la malattia maschera l'intera esperienza umana e singolarità, negando spazio ai nomi, alle passioni, alle storie, ai sentimenti, ai bisogni e alle emozioni. Solo mettendo tra parentesi il concetto di malattia, diventa possibile contemplare l'individuo autentico, con le sue storie singolari anziché le mere diagnosi.

Il 13 maggio 1978 il Parlamento promulgò la legge n. 180, la Legge Basaglia, sugli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", che rimarrà in vigore pochi mesi, diventando poi parte della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale.

Il manicomio viene condannato irrevocabilmente, avviando così il superamento delle concezioni e delle pratiche tradizionali nell'approccio alla malattia mentale, con la completa abolizione della presunzione di pericolosità sociale del malato di mente. Il principio del diritto alla salute diventa predominante. Il concetto di volontarietà, insieme alla rarità dell'intervento coercitivo (trattamento sanitario obbligatorio), trova la sua fonte ispiratrice nel secondo comma dell'art. 32¹⁹ della Costituzione.

Questo dialogo pare permettere di comprendere molto vividamente la diversità dell'atteggiamento che nel dibattito psichiatrico degli anni '60 e '70 veniva a volte definito esistenzialista (e che oggi definiremmo invece *basagliano*) verso il paziente psichiatrico, rispetto a quello medico tradizionale. La scena si svolge in una stanza del manicomio di Gorizia in cui, poco dopo l'arrivo di Basaglia,

¹⁹Art. 32 Cost. "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti" "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

l'equipe medica sta discutendo circa le linee di trattamento da seguire con i pazienti.

-Moglie di Franco Basaglia: *“Noi abbiamo tolto le contenzioni... ma la camicia di forza ce l'hanno dentro!”*

-Primario psichiatra in carica: *“Non è il manicomio... è la malattia mentale il mostro! Ma cosa vi credete che siete i primi a provare angoscia? Io sono qui da trent'anni... volevo curare, volevo fare il medico, volevo aiutare gli altri a stare meglio ma... la malattia mentale non è come le altre! Non c'è una cura e si può solo aiutarli a dare meno danno a se stessi ed agli altri!”*

-1° Assistente: *“Aiutarli come... legandoli ed isolandoli in un camerino?”*

-2° Assistente: *“No, somministriamogli l'elettroshock!”*

-3° Assistente: *“Continuiamo a mandarli in coma con l'insulina, no?”*

-Primario psichiatra in carica: *“Conoscete altre terapie? Ah, già... - ride - Le assemblee! Mi dispiace, stiamo parlando di anime vuote!”*

Franco Basaglia, fino a questo punto in attento ascolto, si alza e prende la parola: *“Allora... ha ragione il Dottor Pinto! - guarda il 1° Assistente - Sì certo, noi non li picchiamo... non li leghiamo... al massimo somministriamo loro qualche fiala quando sono in crisi. Diciamo così, siamo dei buoni carcerieri, ma... sempre carcerieri! Ecco però - si rivolge al Primario in carica - per il semplice fatto che né io né lei siamo riusciti ad entrarci in contatto, questo non significa che siano anime vuote! Vede, io penso che lei non sia colpevole perché lega, perché dà le scosse... Io penso che lei sia colpevole perché ha ucciso quell'angoscia che provava all'inizio! Ed è proprio questo speciale sentimento d'angoscia che prova il dottor Guido - guarda il 2° assistente - e che proviamo tutti noi, che forse è l'unica cosa che ci può permettere di entrare in contatto non con la follia... ma con delle persone che la follia ci nasconde!”*

-Primario psichiatra in carica: *“Questa è filosofia... bellissima ma...filosofia!”*

-Franco Basaglia: “*No, no, al contrario... è una roba molto concreta!*”²⁰

Con la legge 180 non è più lo Stato a internare e interdire per salvaguardare l'ordine e la morale; il malato di mente non è più considerato pericoloso per sé e per gli altri e di pubblico scandalo, ma piuttosto una persona bisognosa di cure, un cittadino a cui lo Stato deve garantire, negoziare e rendere possibile il diritto alla cura e alla salute.

La legge, nonostante le resistenze ostinate e un percorso spesso lento e arduo in molte regioni, ha dimostrato che il cambiamento è possibile e ha portato a profonde trasformazioni, tuttavia, l'attuazione della riforma non è stata uniforme; infatti, in molte regioni, la realizzazione è stata ostacolata. Ciò è dipeso in gran parte dalla maggiore o minore attenzione delle amministrazioni regionali, dalle resistenze degli ambienti accademici alle nuove teorie e pratiche di cura, e dalla mancanza di un'adeguata formazione degli operatori. In questo contesto, non sono mancate le azioni di opposizione da parte di gruppi politici e professionali, culminate, negli anni '80, nella presentazione di ben cinquanta proposte di legge per l'abolizione della Legge 180.

Nel corso degli anni, sebbene la riforma abbia aperto possibilità di cura inimmaginabili e abbia promosso l'integrazione sociale, facendo dell'inclusione sociale una priorità per tutti i paesi europei, sono continuate a persistere cattive pratiche, realizzazioni frammentarie dei servizi territoriali, abbandoni scandalosi, violenze inspiegabili, sottrazioni e abusi.²¹

²⁰ Liberati, *Trattato di Psicologia*.

²¹ WHO, European ministerial conference on Mental Health, Mental Health Declaration for Europe Helsinki, *Facing the Challenges, Building Solutions*, 2005.

3. La Psichiatria Forense in Italia oggi

In Italia, la psichiatria forense evoca comunemente un mondo legale fatto di avvocati, giudici, processi e perizie, considerato un ambito riservato a pochi esperti e spesso guardato con timore e sospetto dagli operatori della salute mentale. Questa percezione contrasta nettamente con quella diffusa nei paesi sviluppati, dove questa disciplina è consolidata e interconnessa con il panorama clinico dei servizi di salute mentale. In queste realtà, gli psichiatri forensi si occupano principalmente di:

1. Fornire consulenza tecnica per le decisioni giudiziarie.
2. Offrire cure e riabilitazione psichiatrica ai malati di mente autori di reato, coordinando i servizi assistenziali dedicati.
3. Collaborare con il mondo politico e amministrativo per valutare e migliorare l'organizzazione dei servizi e gli strumenti normativi.
4. Condurre ricerca e formazione per sviluppare strategie di prevenzione e terapie efficaci per questa specifica popolazione psichiatrica.

La limitata percezione della psichiatria forense in Italia rispetto agli altri ambiti è dovuta a diverse motivazioni, molte delle quali hanno radici storiche legate all'influenza della scuola criminologica italiana di Lombroso all'inizio del secolo scorso. Lombroso, psichiatra e fondatore della scuola di antropologia criminale, pur non essendo psichiatra, riuscì con successo a ottenere che tutte le cattedre di psichiatria forense fossero stabilmente assegnate agli istituti di criminologia e medicina legale, sottraendo così alla neurologia e alla psichiatria il ruolo principale nella formazione e nella ricerca su questo tema. Questa scelta comportò una netta separazione tra l'ambito clinico ordinario, per decenni concentrato negli istituti per malattie nervose e mentali e nei manicomi provinciali, e quello forense, che tradizionalmente ricadeva sotto l'amministrazione penitenziaria e che manteneva un forte legame con la cultura criminologica e medico-legale. Questa divisione è rimasta intatta per tutto il Novecento e, ancora oggi, si può affermare che in Italia non esista una cultura psichiatrico-forense clinica, ma solo una cultura medico-legale peritale, con occasionali interventi di clinici, spesso in processi di grande impatto mediatico.

Si è generato così uno dei tanti paradossi italiani: da un lato, il paese possiede un sistema psichiatrico forense di stampo ottocentesco, prevalentemente tradizionale, gestito nella sua componente clinica da specialisti con margini di autonomia clinica e amministrativa estremamente ridotti; dall'altro, l'Italia vanta un sistema di assistenza psichiatrica territoriale con soluzioni estremamente innovative.

Alla base di tutto questo vi è il nuovo concetto di malattia mentale: il disturbo mentale viene oggi percepito dalla psichiatria in modo radicalmente nuovo, ma altrettanto non è accaduto nel diritto. Dalla seconda metà del Novecento è andata infatti a frantumarsi quell'armonia fra diritto e psichiatria: l'intesa tra i due campi è sempre più difficile e questi due mondi non sono più bene in grado di integrarsi come un tempo: la sintonia è infranta perché sembra che psichiatria e giustizia non parlino più lo stesso linguaggio, perché i concetti fondamentali di malattia mentale hanno assunto significati diversi nei due ambiti. (Ponti, Merzagora, 1993)

Sinteticamente, la nuova visione del malato di mente si riassume nei seguenti punti:

1. Le dinamiche psicologiche del sano si ritrovano anche nel malato di mente con modalità deformata.
2. La malattia mentale non è alienazione poiché lo psicotico vive interagendo con l'ambiente circostante e questo ha un ruolo chiave nell'organizzazione della malattia.
3. Lo psicotico è una persona con una propria visione del mondo e i disturbi psichici perdono quel carattere che un tempo era minaccioso perché incomprensibile: il pazzo non è più l'*alienus*, ma è una persona che soffre per non essere riuscita a reggere le avversità della vita.
4. La malattia mentale si può curare, talvolta guarire, attenuando gli effetti comportamentali disturbanti visto che il manicomio e l'isolamento sociale non sono più la soluzione obbligatoria. La nuova strategia terapeutica cerca di contenere il più possibile l'istituzionalizzazione e mira piuttosto all'adattamento nella società, nelle comunità e istituzioni semi-aperte che cercano comunque di evitare il deterioramento e l'immiserimento che provocava invece il manicomio.

Tutto questo ha comportato ripercussioni anche nel campo della valutazione della responsabilità del malato di mente nei confronti delle proprie azioni. Oggi si sono chiusi i manicomi, non si procede più automaticamente all'interdizione del malato di mente, si rifiuta la parola pazzia e si usano termini come "sofferenza psichica" o "disturbo mentale", oggi lo psicotico quale invalido civile viene inviato al lavoro ed è stato abolito il concetto di malato di mente come persona sempre pericolosa.

Ecco che, rispetto al passato, sul tema dell'imputabilità non sono più accettabili apriorismi che caratterizzavano la psichiatria forense di un tempo: il cambiamento avvenuto della percezione sociale del malato di mente, nel conferirgli più dignità, gli dona anche maggiore responsabilità. E quindi viene a crearsi l'idea che lo psicotico può essere capace di intendere e di volere e così la magistratura si rende conto che ci sono malati che, indipendentemente dalla patologia possono essere "buoni" o "cattivi", che ci sono malati del tutto irresponsabili ma che ve ne sono molti altri che bene intendono il valore antisociale di certe condotte, che conservano un sufficiente margine di autodeterminazione per volere autonomamente e per poter scegliere tra giusto e ingiusto.

La comprensione della specificità del singolo uomo diviene l'approccio più proficuo e doveroso, anche quando si devono affrontare i problemi della responsabilità penale. (Ponti, Merzagora, 1993).

Come evidenziato nella relazione finale sull'attività della commissione parlamentare d'inchiesta presieduta dal senatore Ignazio Marino sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale²², i servizi psichiatrici restano per lo più luoghi chiusi, dove sono ancora largamente diffuse pratiche di contenzione, spesso poco o per nulla collegate con la fragile rete dei servizi territoriali. Gli SPDC che dovrebbero essere parte integrante della rete territoriale, vengono invece quasi ovunque inquadrati come reparti/divisioni ospedaliere, diventando così solo "reparti di psichiatria".

²²*Relazione finale sull'attività della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale*. Senato della Repubblica, 2013.

Nei Dipartimenti di Salute Mentale, dove gli SPDC operano a porte chiuse e i servizi territoriali sono carenti e disponibili per fasce orarie limitate, cresce la richiesta di residenze per i pazienti “cronici”. Il persistente modello medico, che distingue tra “crisi” e “cronicità”, ha influenzato lo sviluppo dei servizi di salute mentale, delle comunità terapeutiche e delle cooperative sociali: la gestione dei primi si colloca negli ospedali, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura o, in alcune regioni, in cliniche private, la seconda invece, si sedimenta nelle strutture residenziali, negli istituti pubblici, nei centri diurni e nelle pratiche assistenzialistiche di cooperative sociali. Tra la gestione della crisi e la cronicità si crea un vuoto, un abisso, come se la vita delle persone non potesse esistere al di fuori di queste categorie. I Centri di Salute Mentale concepiti come luoghi privilegiati per la presa in carico territoriale della crisi e per sostenere una “buona vita” anche per chi soffre di disturbi mentali gravi, sono fragili e vuoti, mentre le comunità residenziali diventano simboli del fallimento terapeutico. Nell’evidente “povertà dei mezzi” e nella frammentazione dei servizi, il ricorso a varie forme di contenzione è spesso causato dall’esiguità del numero di operatori e le cattive pratiche più che da motivi “di scuola” come un tempo. Sul piano terapeutico, la contenzione inappropriata è inaccettabile, a causa dei gravi rischi fisici e psicologici che comporta per chi la subisce, inclusi il senso di umiliazione, paura, rancore, cupezza e rabbia. È da registrare però che negli ultimi anni il numero delle contenzioni fisiche in SPDC (in molte regioni europee e italiane, incluso il Veneto, è obbligatorio dichiarare le contenzioni effettuate e monitorarle) risulta molto più basso che negli anni ’90 e molto inferiori a quelle di altri servizi, ad esempio quello geriatrico. Discorso diverso, ma non affrontabile in questa sede, quello sulla cosiddetta *contenzione farmacologica*.

Con l’emanazione della legge n. 81 del 31 maggio 2015, si è finalmente assistito alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e all’attuazione di un nuovo sistema di trattamento per gli autori di reati considerati incapaci di intendere e volere. La cessazione delle attività degli OPG ha comportato l’attivazione di Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), accompagnate da programmi di cura e riabilitazione integrati con il lavoro sul territorio e rappresentando un passo significativo nel processo di deistituzionalizzazione delle

persone affette da malattie mentali,²³e, a distanza di 40 anni dalla promulgazione della legge, è evidente che oggi nulla è come un tempo: le persone affette da disturbi mentali sono considerate cittadini e possono faticosamente far valere i propri diritti di cittadinanza; i servizi e le politiche per la salute mentale, seppur con alti e bassi, sono ora presenti in ogni regione, anche se spesso con gravi carenze; inoltre, il concetto di “malattia mentale” può essere affrontato in un modo completamente diverso. Sempre più persone, nonostante la gravità dei loro disturbi, non hanno mai subito restrizioni o umiliazioni, ma anzi possono venire accolti nei Centri di Salute Mentale orientati alla guarigione fino a quando non abbiano trovato la loro strada.

Le esperienze in questi anni hanno dimostrato quanto la malattia, e quindi la pratica clinica, sia messa alla prova proprio nel contesto territoriale in quanto il lavoro necessario per entrare in contatto con le persone avviene in quell'ambiente complesso e teso tra la sfera clinica e quella territoriale, coinvolgendo i luoghi delle persone, i contesti e le relazioni. Più si valorizza il territorio come luogo centrale per il lavoro terapeutico e riabilitativo, più la pratica clinica assume una nuova rilevanza e meno ci sarà necessità di creare istituzioni capaci di garantire l'inclusione sociale delle persone e di contrastare il rischio di emarginazione. percorsi formativi e lavorativi, la collaborazione sociale e il sostegno a tutte le forme di abitare.

La riforma del settore psichiatrico forense è estremamente complessa a causa della delicatezza dei temi trattati e della diversità degli attori coinvolti. I reati, in particolare quelli violenti, commessi dai pazienti psichiatrici, suscitano forti emozioni che vengono amplificate dai media, perpetuando effetti negativi e stigmatizzanti nell'opinione pubblica.²⁴Ogni tentativo di ridurre gli aspetti di vigilanza e protezione sociale, favorendo quelli terapeutici e riabilitativi, deve essere supportato da programmi di informazione e divulgazione scientifica basati

²³ Pietro Pellegrini “*Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quasi un manuale*” Collana 180, Archivio critico della salute mentale. AB Verlag, Merano, 2018.

²⁴Angermeyer M. & SiaraC. *Effects of the assassination attempts on two German politicians upon public attitudes to the mentally ill, 1994.*

su prove concrete. Senza questi programmi, potrebbero sorgere paure e opposizioni nell'opinione pubblica, con ripercussioni anche sul piano politico. Inoltre, la riforma del settore coinvolge vari interlocutori, sia istituzionali che non, tra cui il Servizio Sanitario Nazionale, con le sue diverse articolazioni nei Dipartimenti di Salute Mentale e nelle Unità Operative per la Tutela della Salute delle Persone con Limitazioni della Libertà, e il sistema giudiziario, che dovrebbe rivedere molti aspetti del Codice Penale, come gli istituti giuridici del vizio di mente, della non imputabilità e delle misure di sicurezza, nonché le sue articolazioni relative al giudizio e all'esecuzione della pena.²⁵Ma un'opera simile di revisione può essere intrapresa solo laddove esista una consapevolezza sufficientemente diffusa della sua necessità, in modo da raggiungere una dimensione politica. Nell'ultimo decennio, diverse ondate di consapevolezza si sono susseguite in tal senso, raggiungendo effettivamente la sfera politica e concretizzandosi in progetti di legge, alcuni dei quali sono attualmente all'esame del Parlamento. Proprio sulla capacità della comunità scientifica e professionale di produrre dati e prove, nonché di comunicarli efficacemente agli interlocutori politici e giudiziari, che si giocheranno le possibilità di una rinascita della psichiatria forense italiana.

È auspicabile che la psichiatria clinica aumenti la propria presenza nel mondo forense, sia nelle aule di tribunale che nei contatti con il sistema penitenziario. Si dovrebbe arrivare a considerare la giustizia come un interlocutore sociale sovraordinato, che si attende un contributo scientifico ed etico per garantire l'equità del trattamento giudiziario ai cittadini con malattie mentali e la tutela della loro salute mentale. Questa collaborazione è indispensabile per vari aspetti, incluso quello di poter garantire un trattamento psichiatrico ai cittadini che ne hanno bisogno in tutte le fasi della loro vita, soprattutto in quelle situazioni in cui gli strumenti ordinari di obbligatorietà delle cure sono insufficienti e sussistono problemi di comportamenti violenti o criminali. Il trattamento ottimale di questi

²⁵Ariatti, Fioritti, *Evoluzione storica del concetto di vizio di mente: aspetti culturali, dottrinali e giurisprudenziali*, Atti del Convegno "Giustizia e Psichiatria. La malattia mentale nel Nuovo Codice Penale", pagg 53-63, CUSL, 1995

pochi pazienti è dovuto loro eticamente e costituisce una forma di prevenzione contro quegli atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti dell'intero mondo psichiatrico, che da pochi casi eclatanti traggono pretesti di giustificazione.²⁶ La riforma del sistema psichiatrico-forense dovrebbe avere come punto di partenza una solida base di evidenze cliniche ed epidemiologiche.²⁷ Negli ultimi vent'anni, i servizi italiani hanno faticosamente assistito allo sviluppo di una cultura della valutazione e della programmazione, sia pure con tutti i loro limiti. Tuttavia, questa cultura non può ignorare la psichiatria forense e lasciare al mondo giuridico-politico decisioni che avranno un impatto significativo sull'ambito clinico per decenni. È necessario superare pregiudizi e timori nell'affrontare il tema dei rapporti tra violenza e malattia mentale.

La psichiatria attuale è abbastanza solida da poter affrontare il problema del trattamento e della gestione istituzionale del *malato di mente reo*, seguendo criteri eticamente validi e scientificamente fondati.²⁸ Anche gli istituti di ricerca e formazione possono svolgere un ruolo significativo, ma la mancanza di scuole di specializzazione o corsi di perfezionamento in Psichiatria Forense all'interno degli Istituti di Psichiatria rappresenta una grave lacuna. Dove tali scuole esistono (spesso presso istituti di medicina legale e criminologia), si tratta di corsi di peritologia, che spesso non tengono conto del contesto clinico proprio dei servizi psichiatrici. È importante incentivare e orientare la ricerca sul tema secondo criteri originali.

²⁶ Lamb H.R. *Combating stigma by providing treatment. Psychiatric Services* in International Journal of Law and Psychiatry, 1999

²⁷ Gunn J. *Epidemiology and forensic psychiatry. Behaviour and Mental Health*, 1993, pagg 180-193

²⁸ Marzuk P.M., *Violence, crime and mental illness: how strong a link? Archives of General Psychiatry* 53, 1993

CAPITOLO SECONDO

SOMMARIO: 1. *Il contributo dell'Antropologia Criminale alla Psichiatria Forense e la figura di Cesare Lombroso* – 2. *Tra follia e crimine: la devianza criminale e quella psicopatologica* – 2.1. *Comportamenti violenti e disturbi mentali* – 2.2. *La pericolosità sociale* – 3. *Lo stigma* – 3.1. *Conseguenze dello stigma sul paziente psichiatrico* – 4. *Il movimento dell'Antipsichiatria*

1. Il ruolo dell'Antropologia Criminale alla Psichiatria Forense e la figura di Cesare Lombroso

Il fondatore dell'antropologia criminale fu Cesare Lombroso, medico, filosofo, giurista e criminologo italiano, che con la sua celebre frase “*il criminale è un essere atavistico che riproduce in sé i feroci istinti dell'umanità primitiva e degli animali inferiori*”, tratta dalla sua opera del 1876, *L'uomo delinquente*, affermò le sue teorie sull'uomo delinquente, basandosi su un rigoroso metodo scientifico, basato sulla biologia. Il suo metodo ha permesso l'espansione di un movimento e di una produzione scientifica di portata mondiale in quanto le sue teorie di antropologia criminale rappresentano tuttora le fondamenta stabili e imprescindibili per uno dei maggiori traguardi del metodo empirico nel campo dello studio delle psicopatologie in relazione alle questioni sociali. La storia dell'antropologia criminale infatti rappresenta un importante capitolo della scienza medica italiana; al primo suo periodo storico, definito “*eroico*” e caratterizzato da un'animata attività scientifica, seguì un secondo periodo di critiche e scontri, in cui scienziati provenienti da varie parti del mondo presero parte attivamente. Sarà solo a partire dal'900 che questi inizieranno a incentrarsi sul rinnovamento, il perfezionamento e soprattutto sull'applicazione pratica delle scoperte.

Il più grande punto di forza di questa disciplina sta nel basarsi sulla realtà della vita invece che fondarsi su assiomi e pregiudizi filosofici o scientifici: questo sta a significare che, mentre è possibile discutere su alcuni principi, sull'origine del volere e su alcuni dettagli, ciò che non si può confutare è l'utilità dei principi

dell'antropologia criminale, ritenuti cruciali per una comprensione accurata dei colpevoli e dei crimini; vengono impiegati negli uffici di istruzione, nelle indagini di polizia giudiziaria, nelle aule dei tribunali, nelle strutture penitenziarie e nei centri di cura psichiatrica. Anche se le leggi attuali non sono orientate all'antropologia criminale, ciò che Lombroso con questa scienza volle sottolineare è l'idea di un "uomo normale", una favola che si racconta, ma che non esiste. Basta osservare le vivaci discussioni nelle aule dei tribunali per rendersi conto che, anche in questioni come brutalità, premeditazione e passione, la discussione inevitabilmente si sposta sul campo *antropopsicologico*, oggetto di studio dell'antropologia criminale.²⁹

Durante le sue esperienze di guerra, Lombroso esaminò regolarmente i soldati, giungendo ad una notevole raccolta di grandi quantità di dati antropologici sulla statura, sul peso e sulle misure craniche. Da qui partì col formulare le sue più importanti teorie, dando origine, ad esempio a quella del "*delinquente nato*", secondo la quale, un'alta percentuale dei più gravi e longevi criminali possedeva una predisposizione genetica, presente quindi sin dalla nascita e di carattere ereditario, che indipendentemente dalle condizioni ambientali, li avrebbe resi persone antisociali. Egli utilizzava poi i tratti atavici³⁰ per distinguere i delinquenti dagli alienati³¹ non delinquenti e dai delinquenti occasionali: i criminali apparivano antropologicamente simili ai primitivi, con caratteristiche fisiche dette *fisiognomiche* quali: asimmetria facciale, fronte bassa, la famosa "*fossetta*

²⁹De Sanctis S. *Trattato pratico di Psicopatologia Forense, per uso dei medici, giuristi e studenti*, Società Editrice Italiana, 1920, Milano, p.523

³⁰Con la teoria dell'"atavismo", nella quale appare chiaro il collegamento ai principi evuzionistici di Darwin, si tentava di interpretare la condotta delittuosa del "criminale nato" come una forma di regressione o di fissazione ai livelli primordiali dello sviluppo dell'uomo; il delinquente era un individuo primitivo, una specie di selvaggio ipoevoluto nel quale gli istinti e le pulsioni aggressive si realizzavano nel delitto.

³¹ Nei suoi studi Lombroso ipotizzava un nesso tra genialità e follia, associando a questi stati peculiari caratteristiche fisiche osservate nei malati di mente: secondo lui, il folle viveva momenti di distrazione tipici del genio. Egli, basandosi sulle medesime indagini (che includevano lo studio della craniometria, il peso corporeo e altre caratteristiche) descriveva i malati di mente con tratti fisici come pallore, magrezza, obesità, rachitismo, sterilità o celibato.

occipitale mediana” alla base del cranio³², grandi mascelle, canini forti, incisivi mediani molto sviluppati rispetto ai laterali, denti soprannumerari, zigomi prominenti, arcate sopraccigliari sporgenti, arti superiori più lunghi rispetto alla statura, piedi prensili, borsa guanciaie, naso schiacciato, prognatismo e altre caratteristiche fisiche lontane dall’uomo moderno, come la discromatopsia; aggiunse anche peculiarità quali: l’insensibilità al dolore, la mancanza di senso morale, la vanità, la crudeltà, il disprezzo della morte e della sofferenza e la particolare inclinazione al tatuaggio.

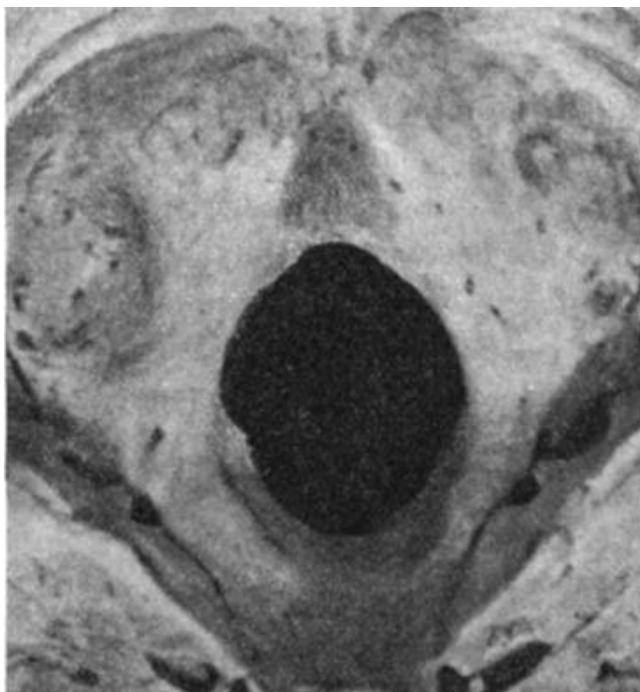


Figura 5: Fossetta occipitale mediana di omicida epilettico

³²Nel 1870, aprendo il cranio del brigante Vitella (un contadino di 69 anni, condannato tre volte per furto e per un incendio di un mulino, definito dallo scienziato “ipocrita, astuto, taciturno, ostentatore di pratiche religiose, di cute oscura, camminava a sghembo”), Lombroso individuò una fossetta tipica a quella degli animali a dimostrazione di un legame con essere inferiori. Tale caratteristica venne identificata come “*stimmate criminale*” che pur non essendo direttamente causa del comportamento criminale, era indicatore di una personalità primitiva ed arretrata rispetto alla scala darwiniana dell’evoluzione umana. L’esempio del brigante appare a Lombroso come il perfetto legame tra il criminale e l’animale inferiore all’uomo.



Figura 6: vari tipi di delinquenti analizzati secondo il metodo di Lombroso. Da sinistra: 1° tipo anomalo misto con espressione criminale: faccia poligonale, asimmetria, arcate orbitarie molto sporgenti, orecchie ad ansa, zigomi e mandibola grossa; 2° tipo anomalo misto con espressione criminale faccia poligonale quasi rettangolare, orecchie ad ansa, mascellari molto sviluppati; 3° tipo anomalo misto con espressione criminale: arcate orbitarie molto sporgenti, orecchie ad ansa specie nella metà superiore, accenno di prognatismo, segmento inferiore deficiente, mento sfuggente; 4° tipo rozzo con espressione criminale: prominenze ossee molto manifeste, lieve asimmetria della faccia, orecchie ad ansa uniforme; 5° tipo anomalo misto con espressione criminale: vertice posteriore, arcate orbitarie sporgenti, rughe molteplici e profonde; 6° tipo comune con espressione criminale: lieve asimmetria facciale, rughe molteplici e profonde; 7° tipo antieuritmico: sproporzione notevole fra la larghezza della testa e del segmento facciale superiore e la strettezza del segmento facciale inferiore, mandibola molto piccola con mento sfuggente; 8° tipo anomalo misto: acrocefalia, scafocefalia, asimmetria facciale, padiglione dell'orecchio ad ansa, specie nella metà superiore; 9° tipo anomalo misto con espressione criminale, acrocefalia, contorno cranico facciale anteriore poligonale, arcate orbitarie sporgenti, naso corto, largo, a radice

profonda, lobo grosso, narici divaricate, rughe molteplici; 10° tipo antieuritmico: sproporzione notevole tra la larghezza del segmento intermedio e la strettezza del segmento inferiore facciale, mandibola e mento molto alti e branche laterali strette; 11° tipo rozzo con espressione criminale: prominenze ossee molto manifeste, arcate orbitarie molto sporgenti; 12° tipo inferiore incompleto con espressione criminale: faccia poligonale, segmento inferiore molto sviluppato, arcate orbitarie molto sporgenti, zigomi grossi, mandibola grossa; 13° tipo misto con espressione criminale: caratteri del tipo rozzo e asimmetrico.³³

Le teorie di Lombroso vennero fortemente criticate; tra i vari studiosi che le confutarono, vi fu lo scienziato inglese Charles Goring che condusse uno studio nel 1913 su tremila reclusi nei penitenziari britannici: egli non rilevò alcuna delle caratteristiche somatiche individuate da Lombroso, concludendo che “il tipo di fisico del criminale semplicemente non esiste”. Egli stesso, tuttavia, si smentì affermando in seguito che “la bassa statura e il mediocre quoziente di intelligenza distinguevano la popolazione carceraria dagli individui “normali” (Biocca D., 1987). Anche l’antropologo americano Ernest Hooton, alla fine degli anni Trenta si impegnò per dimostrare che il filone biologico nella ricerca delle cause dei comportamenti criminali non poteva più esistere e in pochi anni realizzò uno studio su una popolazione carceraria di oltre tredicimila reclusi concludendo con il fondamentale assunto lombrosiano sull’ereditarietà dei caratteri criminali³⁴. Le sue tesi vennero accolte con clamore, ma rifiutate dal mondo scientifico, che non condivise la rappresentatività del campione analizzato da Hooton.³⁵

Lombroso continuò con gli studi sulla fisiognomica e introdusse la frenologia forense, una disciplina oggi considerata pseudoscientifica. Le sue teorie ebbero anche una connotazione ideologico-politica, influenzate dal contesto post-unitario italiano e dalle problematiche del Mezzogiorno e del brigantaggio, influenzarono profondamente le dottrine eugenetiche della prima metà del

³³ Ivi p. 577

³⁴ Hooton suggerisce ai fini di una possibile soluzione del problema della delinquenza l’adozione di sistemici programmi di sterilizzazione.

³⁵ La popolazione non carceraria presa in analisi nello studio di Hooton era stata scelta tra agenti della forza pubblica, vigili del fuoco, reclute dell’esercito e ufficiali di carriera

Novecento e furono anche utilizzate per giustificare forme di “razzismo scientifico.

Inoltre la scuola lombrosiana diede un notevole contributo al Codice Rocco: la Scuola Positiva di diritto penale iniziò ad usare una terminologia comune a quella antropologica di Lombroso per descrivere le diverse tipologie di criminali:

1. Il delinquente pazzo: Lombroso distingue due tipi di pazzia del delinquente: quello che essendo vero, alienato e malato, non è responsabile delle proprie azioni, e quello che, impazzisce successivamente durante la detenzione, riconosciuto però comunque capace delle proprie azioni. Di questa categoria fanno parte: gli alcolisti, che commettono delitti sotto l'effetto dell'alcol; gli isterici, caratterizzati da una tendenza alla menzogna e all'erotismo; e i mattoidi, che agiscono impulsivamente e si trovano al confine tra follia e sanità mentale.
2. Il pazzo morale: questa categoria comprende individui che non venivano solitamente internati nei manicomi criminali, ma che si trovano in prigione o nei bordelli. Sono caratterizzati da una personalità rude, vanitosa ed egoista, e condividono con i criminali una mascella prominente e un'asimmetria del volto. La tendenza a simulare la pazzia è evidente fin dall'infanzia.
3. Il delinquente epilettico: Lombroso considerava l'epilessia un tratto distintivo del criminale, indipendentemente dal tipo di manifestazione. Questi delinquenti sono visti come i più pericolosi, contraddistinti da pigrizia, amore per gli animali, atteggiamento vanesio e distruttivo, e una tendenza al suicidio.
4. Il delinquente d'impeto o passionale: agisce d'istinto, mosso da cause nobili, a differenza dei criminali comuni spinti da passioni ignobili. Non presenta tratti morfologici insoliti del volto; anzi, ha lineamenti gentili e un'età generalmente compresa tra i 20 e i 30 anni. È sensibile e prova rimorso per il crimine commesso. Le motivazioni possono includere lutti, infanticidio e passione politica, e spesso tenta il suicidio.
5. Il delinquente d'occasione: si distinguono due sottocategorie: i pseudocriminali, che hanno commesso crimini involontari, senza

perversione o per legittima difesa; e i criminaloidi, che sono spinti dalle circostanze a commettere azioni criminose. Senza l'occasione, questi ultimi non commetterebbero tali azioni, anche se mostrano una predisposizione al crimine.

Nella sua fase più matura, Lombroso giunse ad elaborare il concetto di criminalità evolutiva quale tipologia di delinquenza propria della civiltà avanzata e individuò nei reati economici come la truffa la manifestazione delinquenziale tipica delle società moderne non spiegabile dal criminale atavico o degenerativo. Altre osservazioni riguardavano il ruolo dell'istruzione: questa riduceva i crimini violenti ma aumentava quelli di frode e sessuali, e alcune malattie legate alla povertà, come la pellagra, l'alcolismo, la scrofola e lo scorbuto, potevano influenzare il comportamento criminale. Per quanto riguarda la criminalità femminile, Lombroso nel suo studio *L'uomo delinquente* credeva che le donne fossero meno propense a commettere omicidi e frodi, ma più inclini a praticare aborto e infanticidio, e che i celibi e gli sposati senza figli fossero più inclini a delinquere (Melani G., 2014).

Secondo le idee di Lombroso, i delinquenti o criminali si discostavano significativamente dal tipo di persona "normale" cui il codice penale si riferiva, ma non erano alienati nel senso clinico del termine, e nemmeno in quello giuridico. Pertanto, egli riteneva inappropriato valutare i reati della maggior parte dei delinquenti utilizzando i criteri impiegati per le comuni malattie mentali o quelli applicati agli individui cosiddetti "normali"; precisava altresì che sia gli esperti medici sia i giuristi dovessero avere bisogno di criteri generali chiari per guidare le loro valutazioni peritali, in modo da conciliare le esigenze della giustizia punitiva con quelle della sicurezza sociale. C'era bisogno, come affermava Severi, *"di conoscere una linea di condotta da seguire rispetto al nostro codice penale"*. *"Servono criteri generali precisi e chiari da seguire nei singoli giudizi peritali che possano fungere da guida per il medico legale e il giurista [...] che possano rassicurare gli animi incerti e perplessi [...] che*

*possano conciliare, per quanto possibile, le esigenze della giustizia punitiva con quelle della sicurezza sociale”.*³⁶

Quando all’inizio del XX secolo si sviluppò internazionalmente la figura dello psichiatra forense e la sua pratica, questa fu influenzata dall’operato della scuola criminologica italiana di Lombroso, che lottò per far assegnare le cattedre di psichiatria forense alle scuole di criminologia e medicina legale, causando una divisione tra l’ambito clinico ordinario, limitato agli istituti di malattie nervose e ai manicomi provinciali, e quello forense, gestito dall’amministrazione penitenziaria e strettamente legato alla cultura criminologica e medico-legale.

Nonostante le teorie di Lombroso oggi siano ritenute superate, a lui va comunque il merito di aver portato all’attenzione la figura del reo, e non solo il reato, di aver usato metodi di ricerca empirici, sollevando i problemi sulla criminalità e dando avvio agli studi sulla devianza

³⁶Filippi A., Severi A., Montalti A., *Trattato di medicina legale*, Vallardi, 1920, Milano

2. Tra follia e crimine: la devianza criminale e quella psicopatologica

L'opera di Berger e Luckmann, *La realtà come costruzione sociale*, del 1969³⁷, postula che la realtà sociale sia una configurazione di natura cognitiva, vale a dire *un'entità plasmata da concetti, riflessioni e contenuti della coscienza, che viene incessantemente edificata e reinterpretata dagli individui attraverso le loro interazioni, presentando una pluralità di prospettive che si confrontano su una realtà socialmente costruita*. Pertanto, fenomeni come “criminalità” e “devianza” non sussistono in maniera autonoma; piuttosto, essi emergono come processi derivanti dalla definizione e dall'interazione sociale. Conseguentemente, la sociologia non si limita a indagare il comportamento criminale, ma amplia il suo campo di indagine al comportamento deviante, spostando l'accento verso la sociologia della devianza piuttosto che sulla criminologia di matrice sociologica.

Il concetto di devianza è quindi almeno originalmente da intendersi come variazione *statistica* (e.g. σ^2) rispetto al comportamento “medio” dei componenti di un dato gruppo sociale, e solo secondariamente come violazione delle norme di condotta vigenti nel medesimo gruppo, e include tutte le condotte socialmente indesiderate che, una volta individuate, provocano l'applicazione di una qualsiasi sanzione negativa (Colombo G., 2008). Si tratta di un termine che ingloba così tutti quei comportamenti che trasgrediscono non solo le norme penali, ma anche le norme sociali, comprese patologie sociali, problematiche sociali e stili di vita eterodossi, dato che tali comportamenti sono respinti e censurati dalla collettività. In particolare, la devianza criminale è quella che, in virtù del discostarsi dai sanciti dello Stato, viene punita con provvedimenti di particolare gravità ed è la

³⁷ Secondo il *Dizionario di Sociologia* per costruzione sociale della realtà si intende “*l'insieme dei processi interiori ed esteriori, dialetticamente interdipendenti, tramite cui gli esseri umani elaborano norme e valori, codici morali e istituzioni, cioè rapporti e relazioni sociali regolate normativamente sul piano dell'azione e legittimate sul piano morale e affettivo, che si impongono agli altri e a loro stessi con una concretezza, durezza e indifferenza alla volontà ed alla sorte del singolo individuo, analoghe alla realtà materiale. Non è una rappresentazione collettiva, né una forma di coscienza sociale, bensì l'attività stessa che produce le costrizioni tipiche della vita associata e la quasi totale impotenza dell'individuo singolo di fronte ad esse*”.

natura della pena da parte dello Stato che distingue il reato da altri comportamenti illeciti previsti dalla legge (Antolisei F., 1960).

La definizione legale di reato viene spesso ritenuta troppo limitante. Edwin Sutherland (1883-1950), noto criminologo statunitense, affermava che, *sebbene il crimine debba essere visto principalmente come un'azione vietata e penalmente punibile dallo Stato, la penalizzazione stessa rappresenta una descrizione giuridica di un comportamento che è pericoloso per la società*. Per questo motivo, Sutherland sostiene che anche i comportamenti antisociali, pur non essendo soggetti a sanzioni penali, possono essere analizzati attraverso lo studio della criminologia. Di conseguenza, il crimine si configura come un argomento complesso, affrontato nel corso del tempo sotto diversi aspetti, attraverso varie discipline e differenti scuole. Nell'antica visione lombrosiana, come si può dedurre dal precedente paragrafo, il crimine rappresentava un evento strettamente connesso a qualcosa di patologico in quanto il criminale è concepito come un uomo allo stato primordiale fatalmente predestinato al delitto, e quest'atteggiamento conduceva ad una visione deresponsabilizzante dell'individuo e del delinquente in particolare. L'uomo come soggetto determinato nell'agire e non dotato di libero arbitrio ha rappresentato uno dei cardini della Scuola Positiva di diritto penale, i cui principali esponenti oltre a Lombroso, sono stati i penalisti Enrico Ferri – allievo prediletto di Lombroso – e Raffaele Garofalo. Sul fronte opposto a quest'ultima c'era la Scuola Classica – i cui principali esponenti sono stati reputati, oltre a Cesare Beccaria, Giovanni Carmignani e Pellegrino Rossi – per la quale l'uomo era un essere pienamente responsabile e assolutamente libero nella scelta delle proprie azioni. Ad una diversa concezione della persona, da parte delle due scuole, corrispondeva una diversa concezione del delitto e conseguentemente della pena. Per la Scuola Classica, il crimine era un'entità di diritto e la pena rappresentava un castigo diretto al reo per aver posto in essere un comportamento delittuoso; la Scuola Positiva, invece, aveva una concezione naturalistica del delitto, considerato come la risultante di un triplice ordine di fattori: antropologici, psichici e sociali, e concependo il criminale come un malato, la pena non poteva che consistere in una

sorta di correzione, commisurata, non tanto alla gravità del delitto compiuto quanto piuttosto alla pericolosità sociale del reo stesso.

Attualmente, la criminologia clinica e quella forense cercano di offrire un'analisi comprensiva che combini approcci criminologici, psicologici e psichiatrici per la diagnosi e il trattamento dei criminali affetti da vari disturbi mentali. Queste discipline si concentrano principalmente sull'esame della personalità criminale, senza trascurare i fattori ambientali che possono predisporre al comportamento antisociale, e studiano le caratteristiche distintive della personalità criminale e i disturbi psicopatologici associati al comportamento criminale (Bandini T., Gatti U., Marugo M. I., Verde A., 1991). Questo consente di classificare i soggetti in gruppi omogenei e di sviluppare tecniche per prevedere la recidiva, oltre a implementare programmi di trattamento specifici.

Quindi, se la devianza consiste in un comportamento che va a scontrarsi con le regole sociali, diventando rilevante in ambito criminale quando la trasgressione riguarda una norma giuridica, la devianza psicopatologica, invece, implica un allontanamento dalla normalità psichica.

Le somiglianze tra la follia e il crimine spesso riemergono, evidenziando la loro stretta connessione: ad esempio, il delirio, considerato un sintomo chiave delle gravi psicosi, è legato etimologicamente al concetto di allontanarsi dal percorso normativo, rendendolo così comparabile alla devianza. Il verbo "*delirare*" deriva dalla particella "*de*", che indica separazione, e da "*lira*", che anticamente significava il solco tracciato dall'aratro o dalla vanga. Nella lingua comune, delirare significa allontanarsi dalla ragione, varcare il confine tra senno e pazzia. Analogamente, il crimine, che si distanzia dalla norma giuridica, è paragonabile alla follia, che si discosta dalla norma sociale.

Nonostante vi siano sovrapposizioni tra questi due concetti, ovviamente moltissime azioni possono essere considerate illegali dal punto di vista giuridico e classificate come crimine senza necessariamente implicare aspetti patologici; al

contrario, come evidenziato da uno studio recente³⁸, il contributo delle persone con malattie mentali alla violenza sociale e quindi ai tassi di criminalità è minimo (a volte anche inferiori alla media della popolazione generale), e è frequente che i sintomi possano scomparire, e che dunque vi sia una loro remissione spontanea

Inoltre anche se la correlazione diretta tra disturbi psichiatrici e comportamento criminale sia stata spesso confutata, il tema riemerge con frequenza e questo è dovuto all'ipotesi (o forse dalla proiezione collettiva) per la quale la criminalità è causata da qualche forma di follia, quasi per creare un senso di sicurezza, che Engels avrebbe definito forse *plebeo*. Questa idea suggerisce che l'*etichettamento psichiatrico* fornisca una spiegazione facile e deterministica per la devianza: identificare un criminale come "folle" permette alla società di mantenere una distanza, rassicurando la propria "normalità" e la percezione che essa non nasconda un pericolo nascosto.³⁹ Il *valore della normalità* viene messo particolarmente in discussione dalla complessità delle cause del crimine, specialmente quando questo non è legato a condizioni di emarginazione sociale o a mancanza di educazione. Questo potrebbe essere visto come un meccanismo di difesa descritto dalla psicanalista Melanie Klein, noto come *scissione e proiezione*, che protegge l'individuo da minacce percepite alla propria identità.

Sono state individuate quelle che sono le variabili psicologiche da tenere in considerazione in una prospettiva criminogenetica e criminodinamica⁴⁰, si tratta di quei fattori che possono contribuire ed interagire per sfociare in un comportamento criminale:

- eccessiva ansietà indotta da sentimenti di sfiducia circa le possibilità di fronteggiare situazioni potenzialmente pericolose e minacciose (scarsa autostima);

³⁸ Relazione Barbato A., *Violenza e disturbi mentali*, 2009

³⁹ Grimoldi M., *Adolescenze estreme*, Feltrinelli, Milano 2006

⁴⁰ Settori della criminologia che studiano rispettivamente le motivazioni che inducono a compiere episodi criminali, e il mutamento e la sequenza cronologica delle azioni costituenti l'idea criminale.

- l'inefficacia nel controllare i pensieri che inducono paura;
- dubbi circa la propria capacità di realizzare obiettivi essenziali (carenza di auto-efficacia);
- l'*impotenza appresa*⁴¹determina stati depressivi che possono portar a comportamenti anche disadattivi;
- le identificazioni con modelli devianti e/o l'individuazione basata su atteggiamenti oppositivi possono determinare identità negativa con contrapposizione alle regole sociali;
- il narcisismo patologico;
- il pensiero concreto prevalente su quello astratto-simbolico;
- la percezione sociale delle leggi e delle regole, i principi etici, le pressioni della subcultura di appartenenza con la sopravvalutazione dei benefici dei crimini;
- l'inadeguata capacità di programmazione e di decisione con conseguente discontrollo degli impulsi.

2.1 Comportamenti violenti e disturbi mentali

La costante necessità di trovare una relazione fra devianza criminale e devianza psicopatologia, ha portato ad un crescente interesse al rapporto tra malattia mentale e violenza, e allo studio di una possibile correlazione tra impulsività ed aggressività. In merito a quest'ultimo punto, si può affermare che la disregolazione comportamentale include, in generale, l'impulsività e vari livelli di comportamento auto-aggressivo ed etero-aggressivo. D'altra parte, la disregolazione affettiva riflette una difficoltà nel gestire lo stress e si manifesta in forme come l'instabilità emotiva, esplosioni di rabbia eccessiva e inaspettata, e

⁴¹La definizione di "impotenza appresa", coniata da Seligman è la seguente: "*la reazione di rinuncia, la risposta di abbandono che segue al credere che qualsiasi cosa tu possa fare non è importante*". L'autore sostiene dunque che a fronte di situazioni difficili e dolorose, dopo aver cercato di cambiare il corso delle azioni senza ottenere i risultati attesi, si diventa passivi e incapaci di reagire (Seligman S., *Lo sviluppo delle relazioni. Infanzia, intersoggettività, attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano2017, p. 29).

reazioni sproporzionate all'idea di un abbandono, sia esso immaginato o reale. L'impulsività, considerata uno degli aspetti centrali, si riscontra in tutte le principali manifestazioni psicopatologiche e può emergere, ad esempio, nella tendenza a interrompere bruscamente le relazioni, oscillando ingiustificatamente dall'idealizzazione alla svalutazione dell'altro, e nell'incapacità di moderare l'intensità e la pertinenza delle reazioni aggressive. In tale contesto, l'impulsività può essere vista come una dimensione psicopatologica che attraversa tutti i tratti della personalità e i comportamenti sindromici tipici del disturbo borderline; infatti gli individui con disturbo borderline di personalità mostrano forti fluttuazioni emotive e una reattività estremamente intensa e disadattiva all'ambiente, specialmente nelle relazioni interpersonali e si è ipotizzato che questa stessa instabilità emotiva possa essere interpretata come una manifestazione dell'impulsività. I cambiamenti repentini nelle relazioni, spesso in risposta a stimoli ambientali insignificanti, sembrano allinearsi con il comportamento impulsivo, che si caratterizza per una reazione immediata e incontrollata in termini di intensità. La psicologa Marsha Linehan ha proposto che i comportamenti impulsivi lesivi e autolesivi potrebbero funzionare come meccanismi disadattivi per gestire o alleviare stati emotivi insopportabili.

Le ricerche sulla correlazione tra malattia mentale e violenza esaminano quante volte i pazienti psichiatrici commettono reati violenti e quanto sono comuni i disturbi mentali tra i detenuti. I recenti studi di Monahan del 1997 dimostrano che i tassi di violenza tra i pazienti psichiatrici sono abbastanza simili in diversi momenti: 15% nel mese prima del ricovero, 25% durante il ricovero, e tra 25% e 30% nel primo anno dopo la dimissione (Colombo G., 2017). Inoltre, i pazienti psichiatrici sono due o tre volte più violenti rispetto alla popolazione generale. Tuttavia, questa maggiore tendenza alla violenza è dovuta statisticamente sostanzialmente solo ai pazienti che hanno sintomi psicotici attivi, come allucinazioni o deliri. In sostanza, le sue analisi mettono in luce come i tassi di violenza tra i pazienti psichiatrici siano consistenti in vari momenti del trattamento e siano generalmente più alti rispetto alla popolazione generale, e che l'aumento dei comportamenti violenti è strettamente legato alla presenza di sintomi psicotici attivi nei pazienti, mentre coloro affetti da disturbi cronici

stabilizzati non differiscono dalla popolazione generale. Altri studi evidenziano come, tra la popolazione carceraria autrice di reati violenti, vi sia una più alta incidenza di disturbi psichici, di circa tre volte rispetto alla popolazione carceraria generale. Del resto la condizione di carcerato non esclude la presenza di disturbi psichici.⁴²

I fattori di rischio correlabili con comportamenti violenti rilevati dalla letteratura⁴³

sono i seguenti:

Fattori individuali:

giovane età

Sesso maschile

carriera istituzionale alle spalle

pregressi gesti violenti

basso livello socioeconomico

stile di personalità dissociale e impulsivo

presenza di alterazioni neurologiche

Fattori di contesto:

situazioni stressanti

assenza di supporto sociale e familiare

vita relazionale povera

scarse possibilità occupazionali

Fattori clinici:

presenza di psicosi maggiore (stati maniacali, schizofrenia etc)

presenza di sintomatologia produttiva (deliri e allucinazioni)

inadeguata o assente terapia psicofarmacologica

scarsa aderenza terapeutica

⁴² Nelle ricerche di Robertson (1988) è stata riscontrata una maggiore inclinazione dei criminali schizofrenici a farsi arrestare rispetto agli autori di reato non psicotici (Colombo G., 2017)

⁴³Ariatti R., Neri G., *Il giudizio di pericolosità*, in: Nòos, Aggiornamenti di psichiatria: *Diagnosi e trattamento del comportamento violento*, a cura di Ferrari G., Amore M., pp. 143-148, 1998

presenza di fantasie o propositi violenti

abuso di sostanze

2.2 La pericolosità sociale

Il concetto di pericolosità è storicamente collegato alla malattia mentale in quanto in essa è sempre stato ravvisato il rischio di produrre comportamenti anticonformisti, tanto più temuti quanto meno appaiono comprensibili e prevedibili. Con la Legge 180 del 1978 il concetto di *pericolosità* viene sostanzialmente bandito dal formulario psichiatrico specie nella determinazioni di eventuale forme di cura coatte, essendo stata colta la distanza ideologica di tale concetto dal complesso dei presupposti culturali che sono alla base della Riforma Psichiatrica (Ferrari G., Fioritti A., 1986). Con l'abolizione dell'ospedale psichiatrico, la pericolosità, che fino ad allora era una delle chiavi di lettura clinica principale dello psichiatra, diviene concettualmente obsoleta e incompatibile con gli strumenti a disposizione dell'operatore psichiatrico, non più pensati per un modello di intervento contenitivo, disciplinare o preventivo di atti delittuosi (Melega V., Ariatti R., 1991). Al contempo, però, nel sistema penale di oggi vive ancora il concetto di pericolosità sociale, ed è sancito dall'articolo 203 del codice penale italiano⁴⁴ che descrive quando un individuo può essere considerato "socialmente pericoloso". Anche se una persona non può essere imputata o punita per un reato, può essere considerata socialmente pericolosa se c'è una concreta probabilità che commetta in futuro ulteriori atti che costituiscono reato. Questa probabilità, più che una semplice possibilità, deve essere una probabilità realistica.

Sostanzialmente, l'articolo 203 si basa su due principi, ovvero il reato come condizione necessaria, perché per dichiarare la pericolosità sociale di una persona, è indispensabile che abbia già commesso un fatto definito dalla legge, e la probabilità di recidiva: la pericolosità sociale si basa sulla probabilità che la persona possa compiere in futuro altri reati. Questa non è una valutazione generale o teorica, ma deve essere basata su indizi concreti che indicano un rischio reale

⁴⁴Art. 203 c.p. "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".

che l'individuo ripeta comportamenti criminosi.⁴⁵ Questa nozione di pericolosità non è assoluta ma relativa, il che significa che può applicarsi a qualsiasi tipo di reato, senza limitarsi a specifiche categorie. In altre parole, la valutazione del rischio non è circoscritta a determinati reati, ma può includere una vasta gamma di comportamenti illeciti che potrebbero minacciare la sicurezza della società. La definizione di pericolosità sociale data dall'articolo 203 implica che le autorità possano prendere misure di sicurezza preventive contro chi è ritenuto a rischio di recidiva e queste vengono pensate per proteggere la comunità da individui che, in base alla loro storia e comportamento, sono considerati probabilmente inclini a commettere nuovi reati in futuro. Si tratta quindi di una disposizione che bilancia l'esigenza di protezione sociale con la necessità di fondare tale valutazione su prove concrete, garantendo che le misure preventive siano applicate in modo mirato e giustificato. In pratica, la valutazione della pericolosità consiste nel fare una previsione probabilistica sulla possibilità che l'autore di un crimine possa commettere in futuro altri reati ed è questa previsione a giustificare l'adozione di misure mirate a prevenire tali rischi.

In ambito psichiatrico-forense, l'interesse è particolarmente elevato quando l'autore del crimine presenta un vizio parziale o totale di mente; in questi casi, il perito può essere incaricato di valutare se esista una pericolosità sociale psichiatrica, che implica stabilire se la malattia mentale, che ha influito sul reato commesso, possa portare l'individuo a comportamenti illeciti futuri, tenendo conto della natura e della possibile evoluzione della patologia. In sintesi, il perito deve fornire un'opinione tecnica basata sulle condizioni psicopatologiche dell'autore al momento dell'accertamento, per determinare la probabilità che questi possa commettere nuovamente reati a causa della sua malattia mentale. Se viene riconosciuta la pericolosità sociale psichiatrica, si applicano le misure di sicurezza psichiatriche.

Se analizziamo l'evoluzione del sistema penale, possiamo osservare che la nozione di pericolosità sociale, come base per l'applicazione delle misure di

⁴⁵Pelissero M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008.

sicurezza, è rimasta invariata dal 1930. Infatti, continua a essere definita come la probabilità che una persona commetta reati, secondo quanto stabilito dall'articolo 203 del codice penale. Tuttavia, il modo in cui questo giudizio viene applicato è cambiato significativamente. In passato, il giudizio di pericolosità sociale era rigido e poco flessibile sia nei criteri per stabilirlo, sia nella sua durata e soprattutto nelle conseguenze che comportava.

Nel contesto odierno, uno dei cambiamenti riguarda il fatto che il sistema ha dovuto adattarsi per garantire che le misure di sicurezza non si basino solo sulla necessità di proteggere la società, ma anche sulla considerazione delle esigenze di cura e trattamento dell'individuo. Le REMS, a gestione esclusivamente sanitaria e territorializzate a livello regionale, ha consentito il superamento degli OPG e l'avvio di una prospettiva che ha posto al centro le esigenze di salute dell'autore del reato. La Corte costituzionale ha evitato che le REMS diventassero anche luoghi per detenuti che sviluppano malattie mentali durante la loro pena, essendo queste strutture specializzate per accogliere persone che, al momento del reato, sono state dichiarate non imputabili o con ridotta capacità di intendere e di volere. Questo pericolo era reale, dato che la legge del 2017 prevedeva la possibilità di trasferire alle REMS anche chi sviluppava problemi mentali durante la detenzione, chi era in attesa di giudizio con misure di sicurezza provvisorie, e chi necessitava di valutazioni psichiche "non garantibili" dalle prigioni.

In ogni caso, il concetto di pericolosità sociale e le sue implicazioni psichiatrico-forensi sono stati molto discussi e criticati; in effetti risulta spesso imbarazzante dover dissertare sulla previsione del comportamento pericoloso, e specificatamente di quello violento, dei malati di mente, posto che la quasi totalità degli psichiatri solitamente dichiara di non essere in grado di formulare attendibili giudizi di questo genere. Il rigetto e la perplessità si manifestano sia nell'ambito forense sia in quello clinico e il motivo riguarda il fatto che da questo giudizio derivano conseguenze rilevanti sul destino e la libertà personale del paziente, considerando poi anche la difficoltà di conciliare il dubbio e lo scetticismo sulle capacità predittive della psichiatria con la necessità che invece ha la giustizia di ricevere risposte vere e certe. Quindi, diverse sono le posizioni degli psichiatri

forensi riguardo giudizio circa la pericolosità: c'è chi crede che il perito dovrebbe limitarsi a fornire dati tecnici, descrivere la condizione clinica, le caratteristiche del disturbo e delle possibili evoluzioni, e deve essere poi compito del giudice formulare il giudizio di pericolosità, che deve essere quindi un giudizio giuridico e non clinico⁴⁶; c'è chi constata che, visto che normalmente il clinico formula predizioni nell'esercizio stesso della sua professione (ad esempio nel caso della *prognosi*) e che gli errori esistono, questo sia in grado di formulare anche giudizi sulla pericolosità; altri ancora (Fornari, Rosso, 1992) ammettono la competenza predittiva del perito psichiatra, ma esclusivamente se congiunta alla formulazione di un programma terapeutico, poiché è impensabile che, con le possibilità di cura ora esistenti, si possa prevedere una condotta senza considerare gli effetti di molti interventi terapeutici – farmacologici, psicoterapici, assistenziali – che possono utilizzarsi oggi anche nei confronti di un reo malato.

In conclusione, è afferabile che in Italia il rapporto fra mondo della psichiatria e mondo istituzionale è improntato alla necessità tutt'ora presente di restituire alla malattia mentale la connotazione di problema medico, e non quella di problema di ordine pubblico, però modificare l'atteggiamento generale rispetto alle malattie mentali risulta difficile, anche per i nuovi servizi di salute mentale attivi sul territorio, in cui domina un continuo disagio della collettività evocato dal comportamento deviante nei differenti contesti. Può essere necessario considerare la pericolosità come un problema clinico, evitando di cadere nel rischio sempre presente di stigmatizzare il malato mentale.

⁴⁶ “È un problema socio-politico e non clinico e deve essere emesso dai tribunali e dalla legislazione della società. Gli esperti devono stare attenti a non usurpare i diritti della società nel risolvere il conflitto fra la sicurezza e la libertà” (Cohen, Groth, Siegel, 1978)

3. Lo Stigma

Lo “*spazio degli OPG*” aveva mostrato l’“*estremo orrore*” (secondo le parole dell’allora Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano) di luoghi, almeno in certi casi, troppo distanti da uno standard minimo di dignità, e un ripensamento di quegli spazi rappresentava quindi la condizione necessaria di ripartenza. Non è un caso, del resto, che la stessa urbanistica delle REMS abbia offerto spunti di riflessione, soprattutto per la collocazione di alcune residenze al di fuori dei centri abitati e per le critiche sollevate da una possibile integrazione delle strutture in questione nel tessuto più strettamente urbano: da una parte, si avverte il timore che il rischio di stigma, *dal quale, pressoché inevitabilmente, risulta marchiata a fuoco la malattia mentale, si traduca nel tentativo di allontanare fisicamente e visivamente luoghi che creano imbarazzo; dall’altra parte, si ripropone, sia pur in forme differenti, la ben nota presunzione di pericolosità connessa alla malattia mentale*, e si sposta il dibattito verso il tema della “sicurezza” utilizzando questo concetto per gestire la presunta pericolosità sociale.

Inutile negare che la condizione del malato mentale, anche al di fuori del circuito penale, assuma a volte i contorni di una questione “imbarazzante”, rispetto alla quale la soluzione più semplice è quella di lasciar cadere l’ombra di un silenzio che, per i più, nemmeno corre il rischio di divenire assordante. Un buio silenzioso, che finisce per avvolgere il malato e, se esiste, la sua famiglia. La società e l’ordinamento giuridico solo raramente scelgono di impegnarsi nella gestione dello stigma, senza contare che quando due marginalità, quella della malattia mentale e quella del carcere, si incontrano, il buio silenzioso rischia di trasformarsi in vuoto vertiginoso.

I concetti di stigma e stigmatizzazione non sono esclusivamente legati alla psichiatria. In realtà, essi hanno radici profonde nelle discipline della sociologia e dell’antropologia e sono applicabili a vari ambiti del sapere, come la psicologia sociale, le scienze politiche, la comunicazione e le religioni. A partire dal 1960, questi concetti sono diventati fondamentali per le discipline menzionate, in particolare grazie al sociologo canadese Erving Goffman, il quale, nel suo libro

“Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity” definisce lo stigma come una caratteristica, sia essa fisica o sociale, che distingue alcune persone come oggetto di discriminazione rispetto a quelle che egli chiama i “normali”. Questo meccanismo di separazione dei “diversi” aiuta a stabilire le linee di demarcazione che definiscono il “noi”: da un certo punto di vista, “noi siamo ciò che siamo in quanto diversi da loro”, implicando la divisione delle persone in categorie “noi” e “loro”, dove i “loro” sono visti in modo negativo. Questo processo porta chi stigmatizza a provare emozioni di avversione e a mettere in atto comportamenti discriminatori, il che porta spesso a una perdita di status per chi viene stigmatizzato.

Numerosi studi, condotti principalmente in contesti anglosassoni, hanno rivelato che una parte significativa della popolazione associa comportamenti violenti alle persone con disturbi mentali. Ad esempio, Struening e i suoi colleghi hanno scoperto che il 60% del loro campione crede che “non si possa sapere cosa un malato psichiatrico potrebbe fare da un momento all’altro”. Inoltre, il 70% ritiene che “nonostante possa sembrare che le persone che sono state ricoverate in ambiente psichiatrico, stiano bene, è importante ricordare che possono essere pericolose”. Questi risultati suggeriscono che una grande fetta della popolazione considera gli individui con gravi e croniche patologie psichiatriche come altamente pericolosi, una percezione molto più allarmante rispetto a quanto indicano le ricerche e le stime degli esperti (Magnolfi G., Padovan G.2020).

Un’altra ragione dietro il fenomeno della stigmatizzazione, che è anche alla base di altre “malattie sociali” come il razzismo, è la paura, una delle emozioni umane fondamentali. A differenza di emozioni più elaborate come la compassione, la paura può essere innescata con facilità e rapidità e ciò è dovuto alla struttura e all’evoluzione del nostro cervello, che è predisposto a percepire come minaccia qualsiasi anomalia o diversità, come ad esempio la presenza di una persona che appare strana o fuori dall’ordinario nel nostro campo visivo. Un altro aspetto legato alla paura, in relazione ai segni di malattia, psichici o fisici, è quello che viene chiamato la funzione apotropaica (scaramantica). Questo concetto si riferisce all’idea che allontanare o sminuire chi è malato possa, in qualche modo, servire come un rituale simbolico per esorcizzare il male, la sfortuna o la

sofferenza. In pratica, deridere o prendere le distanze da persone malate, disabili, brutte o povere può essere visto come un modo per rafforzare la nostra sensazione di salute, bellezza, successo e prosperità, e tenere lontane le disgrazie.

Lo stigma si sviluppa attraverso un processo che coinvolge diverse fasi distinte, delle quali ne vengono generalmente riconosciute cinque principali che lavorano insieme per formare un sistema di stigma che isola e penalizza coloro che sono visti come diversi o inferiori, mantenendo al contempo il potere e il privilegio dei gruppi dominanti.

1. Identificazione e etichettamento delle differenze: in questa fase iniziale, le persone notano e categorizzano le differenze tra individui. Non tutte le differenze sono considerate importanti, ma è la società a decidere quali differenze hanno maggiore peso sociale e significato.
2. Stereotipizzazione: successivamente, gli individui che sono stati etichettati vengono associati a caratteristiche negative o indesiderabili. Questo processo di stereotipizzazione riduce la persona a una serie di tratti percepiti come problematici.
3. Separazione “Noi” vs. “Loro”: una volta che le differenze sono state etichettate e stereotipizzate, si crea una divisione tra chi appartiene al gruppo “noi” (i non stigmatizzati) e chi appartiene al gruppo “loro” (gli stigmatizzati). Questa separazione accentua il divario e aliena il gruppo stigmatizzato dal resto della società.
4. Discriminazione e perdita di status: le persone che fanno parte del gruppo stigmatizzato subiscono discriminazioni e vedono diminuire il loro status sociale a causa delle caratteristiche negative a loro attribuite. La società, in questo modo, giustifica e razionalizza l'esclusione e la svalutazione di questi individui.
5. Esercizio del potere: perché lo stigma si manifesti pienamente, è necessario che chi stigmatizza possieda il potere sociale, economico o politico per influenzare negativamente il gruppo stigmatizzato. Senza questo potere, la stigmatizzazione non può avere un impatto significativo. Se le persone o i gruppi che denigrano non hanno l'autorità o l'influenza

necessaria per imporre conseguenze, il processo di stigmatizzazione non si realizza.

3.1 Conseguenze dello stigma sul paziente psichiatrico

È evidente a tutti che lo stigma associato alla malattia mentale aumenta la sofferenza a situazioni già di per sé dolorose. Tuttavia, l'impatto negativo dello stigma è molto più articolato e profondo.

Lo stigma è riconosciuto universalmente come un ostacolo alla guarigione. Diversi studi hanno esplorato come lo stigma possa influire negativamente sulla riabilitazione psicosociale, impedendo il recupero dell'autostima, del senso di uno scopo e della qualità della vita complessiva. Ad esempio, è stato dimostrato che in pazienti con depressione maggiore che iniziano un trattamento ambulatoriale, alti livelli di stigma percepito all'inizio della terapia sono associati a una bassa aderenza al trattamento antidepressivo nei successivi sette mesi; questo significa che le persone che si sentono stigmatizzate sono meno propense a seguire le prescrizioni terapeutiche, compromettendo il loro percorso di guarigione.

Nel caso del disturbo bipolare, è stato osservato che lo stigma può portare al rifiuto del trattamento. Questo è spesso dovuto alle preoccupazioni riguardanti le implicazioni lavorative del disturbo, come la paura di essere visti in modo negativo o di perdere opportunità professionali. Durante la fase depressiva sono particolarmente consapevoli dello stigma sociale, percependo facilmente i pregiudizi presenti nella società. Si può affermare che vi è quindi una correlazione inversa tra percezione di stigma e autostima: i soggetti con minore autostima si sentono anche maggiormente stigmatizzati.

Inoltre, lo stigma può avere effetti diretti molto dannosi, ad esempio, i pazienti possono essere respinti nelle assunzioni lavorative o discriminati da parte delle istituzioni, che spesso offrono risorse limitate per la ricerca, il trattamento e la riabilitazione psicosociale. Questo mancato supporto istituzionale amplifica ulteriormente le difficoltà già affrontate dai pazienti, creando una barriera significativa nel loro processo di recupero e reintegrazione nella società. Le persone possono sviluppare una comprensione della malattia mentale fin dalla giovane età, influenzate dalle convinzioni familiari, dalle proprie esperienze e dalle rappresentazioni dei disturbi mentali nei media. Basandosi su tali idee, i pazienti possono formarsi aspettative sulla probabilità di essere respinti dagli altri

a causa di un disturbo psichiatrico, temendo di essere considerati meno intelligenti, affidabili e competenti. Queste credenze hanno scarso impatto per coloro che non affrontano gravi disturbi mentali e non hanno esperienza di ricovero psichiatrico, ma sono di grande importanza per chi sviluppa problemi di salute mentale. In risposta alla paura del rifiuto, le persone ricoverate per problemi mentali possono comportarsi in modo insicuro o difensivo, o evitare completamente il contatto sociale e le conseguenze di ciò includono interazioni sociali tese, una rete sociale limitata, disoccupazione o sottoccupazione e una vita meno soddisfacente. Quando il funzionamento è gravemente compromesso, l'autostima ne risente, poiché le persone con disturbi psichiatrici tendono a sentirsi meno competenti e meritevoli.

Nel 1963 Goffman credeva che le persone con malattie mentali potessero ridurre la discriminazione e il rifiuto interagendo solamente con chi condivideva la medesima loro condizione o che accettavano lo stigma, come i membri della famiglia. Successivamente, studi condotti da Link e colleghi hanno dimostrato che le persone con disturbi psichiatrici assimilano la disapprovazione della società, percepiscono e sentono le discriminazioni e i rifiuti da parte degli altri e sviluppano strategie come mantenere segreta la propria malattia o evitare interazioni sociali per timore del rifiuto. Conseguentemente, si è notato come certe strategie di adattamento, come l'isolamento, possano avere effetti negativi sull'adattamento sociale o limitare le prospettive di miglioramento.

È chiaro che la quantità e la qualità delle interazioni sociali portino ad influenzare in modo prepotente la qualità della vita, pertanto la riduzione della vita sociale e l'ansia per lo stigma hanno un impatto negativo sulla salute e il benessere delle persone con disturbi mentali. In generale la stigmatizzazione e l'autostigmatizzazione possono interagire in modo complesso, influenzando sia l'individuo che intere comunità: è come una profezia che si auto avvera, facendo riconoscere la persona nello stigma e nella categoria a lui attribuita. Talvolta invece può creare un effetto di contrasto: la percezione negativa dello stigma può essere ribaltata, fornendo un'identità contrastante o ribelle a se stessi o al proprio gruppo. Un esempio classico è il comportamento di alcuni studenti provenienti da famiglie proletarie che vedono nella scuola parte del sistema che sfrutta le loro

famiglie e la loro classe sociale, rifiutandola di conseguenza. È evidente come il risultato possa sfociare nell'abbandono precoce della scuola e dell'istruzione. D'altra parte, alcuni potrebbero rifiutare i tratti distintivi della classe lavoratrice, adottandone altri e rompendo con la propria identità originaria, con conseguenze sulla maturità e sulla solidità dei legami di classe.

4. Il movimento dell'*Antipsichiatria*

La nascita del pensiero anti-psichiatrico rappresenta un chiaro e autentico cambiamento di direzione, che si inserisce nel più vasto contesto della rivoluzione culturale del 1968.

L'anti-psichiatria, come parte integrante del più ampio movimento culturale di quegli anni, rifletteva sia le qualità innovative sia i limiti di quell'epoca. Questo movimento era profondamente innovativo, ancora in fase di definizione e sviluppo, con molti dei suoi sostenitori appartenenti alle generazioni più giovani. Tuttavia, spesso metteva in secondo piano il rigore scientifico, dando priorità agli aspetti ideologici e politici. La scienza, come anche l'arte, veniva percepita come subordinata a quello che all'epoca veniva negativamente definito "il potere".

Nel movimento dell'antipsichiatria, anche le radicalizzazioni erano inevitabili. Ad esempio, dalla scoperta che nei manicomi venivano rinchiusi anche individui devianti e anticonformisti, si arrivava alla conclusione estrema che questi luoghi fossero esclusivamente strumenti di controllo e repressione sociale. Questo ha fatto perdere di vista che nei manicomi erano presenti persone realmente malate, e che questi istituti avevano una funzione terapeutica. Di conseguenza, si è sostenuta l'abolizione dei manicomi, mettendo in evidenza la discriminazione sociale insita nel ricorso all'istituzionalizzazione. Gli psichiatri progressisti hanno quindi rifiutato qualsiasi ruolo di controllo sociale: se i manicomi erano visti solo come strumenti di discriminazione e repressione, allora lo psichiatra veniva percepito non come un terapeuta, ma come una sorta di carceriere, una funzione che non era più accettabile per loro.

I sostenitori dell'antipsichiatria partivano dall'osservazione che i fattori ambientali giocano un ruolo significativo nello sviluppo delle malattie mentali per giungere alla conclusione che l'unica forma di cura possibile dovesse essere sociale e infatti i trattamenti farmacologici vengono visti con sospetto, percepiti come una sorta di contenimento chimico. Si considera il paziente psichiatrico non diverso da chi semplicemente ignorava dalle norme sociali, andando controcorrente. Si perde fiducia nel concetto stesso di malattia mentale, contestando la pratica di classificare le diverse condizioni psichiatriche, arrivando persino a negare l'esistenza della malattia mentale. *“Invece di cercare l'etiologia della schizofrenia, noi diciamo che la schizofrenia è un'attribuzione inventata prima di tutto da uno psichiatra svizzero nel 1911 e che come reale entità non esiste. Essa è un'attribuzione da parte degli psichiatri per spiegare un comportamento che secondo loro non ha senso e che loro considerano come deviante, male adattato socialmente o disfunzionale. La società occidentale ha generato degli esperti che sono riusciti a trovare un modo per invalidare certe esperienze che non hanno posto nel giardino ben ordinato del paesaggio della società”*.(Laing, citato da Basaglia ne *La maggioranza deviante*, Basaglia, 1971).

Dalla convinzione che il disagio psichico sia esclusivamente una questione sociale e dalla confusione tra malattia mentale e devianza, nascono due idee errate: la convinzione della non esistenza della malattia mentale e la convinzione che il trattamento consista semplicemente nel reintegrare il paziente nella società. La psichiatria viene così messa completamente in discussione, impregnata di ideologia, e attraversa una crisi profonda: in quegli anni gli stessi psichiatri ammettono di non sapere più quale direzione prendere, riconoscendo che i metodi della vecchia psichiatria non sono più utili; i trattamenti terapeutici sono spesso visti come altamente empirici e poco affidabili, portando alla definizione della psichiatria attraverso tautologie che si riducono a una semplice e vuota formulazione: comportamenti alterati che rientrano in una definizione psichiatrica. Un concetto chiave sviluppato in quel periodo è stato quello di *maggioranza deviante*, titolo di un influente libro di Franco Basaglia, molto popolare in quegli anni. Questo termine era usato per includere sotto un'unica categoria diverse figure marginalizzate come il malato mentale, l'emarginato e il deviante.

L'implicazione significativa di questa classificazione era la tendenza a deresponsabilizzare sia i malati di mente sia i devianti o i criminali, considerandoli tutti come vittime della società.

La letteratura di quegli anni, proprio in questo particolare ambito del rapporto tra psichiatria e controllo, è amplissima, e va dagli scritti politici, a quelli più propriamente scientifici: *“Il fatto risulta evidente nell’alleanza originaria della psichiatria con la giustizia. Lo psichiatra, nell’espletamento del suo mandato professionale, è contemporaneamente medico e tutore dell’ordine, nel senso che esprime nella sua azione, presuntivamente terapeutica, sia l’ideologia medica che quella penale dell’organizzazione sociale di cui è membro operante. Gli è cioè riconosciuto il diritto di mettere in atto ogni tipo di sanzione attraverso l’avallo che gli dà la scienza, per un arcaico patto che lo lega alla tutela e alla difesa della norma. Per questo nella nostra cultura il fenomeno delle devianze resta compreso nell’ambito di una conoscenza e di una pratica di natura repressiva e violenta, corrispondente ad una fase di sviluppo del capitale in cui il controllo si manifesta ancora sotto forme arretrate e rigide, nello stigma dello psicopatico e del delinquente. Lo psichiatra agisce sempre nella sua doppia delega di uomo di scienza e di tutore dell’ordine. Ma i due ruoli sono in evidente contraddizione reciproca, dato che l’uomo di scienza dovrebbe tendere a salvaguardare e a curare l’uomo malato, mentre il tutore dell’ordine tende a salvaguardare e difendere l’uomo sano”* (Basaglia, 1971). *“Un comportamento che sia sentito come minaccia per l’attuale natura del sistema, deve essere trattato in un modo o in un altro: quindi si dice o che la persona è responsabile del proprio comportamento e deve essere punita (e si parla di criminali e delinquenti); o gli diamo un certo spazio e diciamo che questa persona non è responsabile del proprio comportamento, nel qual caso deve essere curata. Ma se curi qualcuno, ciò significa che sei delegato dalla società ad esercitare su un essere umano un potere persino più grande di quello che eserciti se lo punisci. Perché ci sono limiti a ciò che si può fare a un carcerato in prigione, ma non ci sono limiti al trattamento cui si può sottoporre un malato in ospedale”*(Laing, citato in Basaglia, Basaglia, 1971).

Laing non si rendeva conto che certe sue posizioni potevano deresponsabilizzare il malato di mente e anche il delinquente, impedendo loro di diventare autonomi.

Col processo di *liberazione* del malato, col restituirgli la sua dignità di uomo, col reintegrarlo nella società con tutti i diritti, col crollo della visione come categoria con certe connotazioni stereotipiche fra cui quella della non guaribilità, comincia a porsi in discussione anche il modello normativo e si affacciano perplessità e incertezze nel mondo giuridico. Quest'ultimo, infatti, percepisce sempre di più la psichiatria, così travagliata, così in fermento, come fonte di ulteriori insicurezze, non più come ausilio, a cui magari talvolta demandare decisioni delicate e controlli più efficaci. Il crollo definitivo dei presupposti semplicistici sui quali si fondavano gli stereotipi – in larga misura incriticati – del folle e della pazzia coinvolge evidentemente anche la giustizia, e certi filoni del diritto percepiscono la crisi della psichiatria come crisi dei principi normativi su cui si basano responsabilità e imputabilità.

CAPITOLO TERZO

SOMMARIO: 1. “Il muro che separa il sano dall’insano”. Folli rei vs. Rei folli e misure di sicurezza psichiatriche – 2. Le Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) – 2.1 Il modello terapeutico-riabilitativo trauma-informed – 2.2 I rapporti tra le REMS e i Servizi territoriali – 3. Il caso della pedofilia: tra psicopatologia e criminalità – 4. Il trattamento dei sex offender negli istituti penitenziari italiani: le sezioni protette e prospettive di cambiamento

1. “Il muro che separa il sano dall’insano”. Folli rei vs. Rei folli e misure di sicurezza psichiatriche

Lo studio dei *delinquenti impazziti*, da ben distinguersi dai *pazzi criminali*, ha dimostrato nuovi fatti che la psichiatria nei manicomi non aveva avuto occasione di osservare. Importante per i professionisti è saper distinguere, per quanto sia possibile, il *folle reo* dal *reo folle*: il primo, che a causa della sua psicopatologia mentale commette un reato, si discosta dal secondo, che, dopo che ha commesso il delitto (ad esempio mentre sconta la sua pena in carcere), viene assalito da una forma di alterazione mentale (che a sua volta può indurlo alla commissione di nuovi reati, rendendolo poi per quest’ultimi un *folle reo*). Le teorie proposte da Lombroso sull’uomo delinquente e sui delinquenti impazziti serviranno alla psichiatria forense, soprattutto per l’applicazione dei criteri di imputabilità e capacità civile alla indicazione delle norme più importanti riferite al controllo e alla terapia preventiva dei reati.

Col passare del tempo infatti si è visto come le esigenze della psichiatria forense siano cambiate: questa disciplina non si limita a determinare secondo la legge il grado di imputabilità individuale, ma cerca di estendere il proprio campo, indicando i provvedimenti più adeguati per gli individui considerati socialmente pericolosi. Sempre di più questo compito appare rispondere alle esigenze della giustizia, in tema di sicurezza sociale.

Non tutti sul tema dei *folli rei*, si trovano d’accordo; il recente parere del Comitato Nazionale di Bioetica e i commenti relativi espressi dalla Società Italiana di

Psichiatria, sollevano alcune perplessità; questi precisano che le espressioni “folli rei” e “rei folli” creano equivoci terminologici, specificando che sono i giuristi a voler continuare a fare questa distinzione, poiché dal punto di vista clinico risultano errate: *“In oltre quarant’anni di attività non abbiamo mai visto nessuno diventare folle dopo la detenzione, ancora meno diventare folle a causa della detenzione”* affermano alcuni psichiatri esperti di salute mentale applicata al diritto,⁴⁷ poi continuano: *“Noi preferiamo attenerci alla logica e alla clinica nello scegliere la dizione “reo folle”, visto che di questi individui ci occupiamo dal vertice della commissione di un reato, altrimenti non si starebbe a fare questioni che risultano di lana caprina e alquanto confuse, se ne parlerebbe semplicemente come di “folli”*. Ovviamente nella comunità scientifica degli psichiatri esistono opinioni anche radicalmente contrarie.

Oggi siamo indotti a considerare pericoloso chi agisce fuori dagli schemi, in particolar modo quando accade che l’autore di un reato presenti un disturbo psicopatologico (per esempio nei deliri persecutori tipici di alcune forme di disturbo bipolare, nei quali percepiamo l’autodifesa come preminente, nonostante non ci sia aggressione né minaccia). L’imprevedibilità del comportamento della persona con disturbi mentali, spesso indipendente dalla psicopatologia che presenta, ci spaventa e non appena si riversa in un crimine che fa scalpore, la società chiede di venire protetta dagli stessi comportamenti così imprevedibili e non condizionabili, con la pretesa che gli organi giuridici predispongano direttive che ostacolino il reiterarsi di queste azioni. Quanto viene condiviso collettivamente, vale a dire la reazione che la società ha, è condizionata dal tipo di aggressione collegata al disturbo psichico. Ad esempio, in alcune forme specifiche di parafilia, dove in potenza le conseguenze possono essere drammatiche, l’aspettativa di protezione è maggiore rispetto ai casi di disturbi della cognizione o percezione, dove gli effetti possono concretizzarsi in manifestazioni solitamente fastidiose come le allucinazioni. La relazione tra la gravità del crimine e la malattia è cruciale perché da una parte, l’esclusività del fatto commesso, la

⁴⁷Mario Iannucci e Gemma Brandi, psichiatri psicoanalisti per il quotidiano sanità.it per Ristretti Orizzoni, 2019

modalità della condotta e la gravità del danno possono indurre a credere, accompagnati da stupore e sconcerto, ad un'eventualità bizzarra e spaventosa legata ad una possibile anomalia personologica; dall'altra parte, invece, pare che la natura della malattia e il suo grado di controllo, in un contesto di libertà, giustifichino la paura di una reiterazione del crimine.

In sostanza, chi a causa di una psicopatologia commette un crimine grave, induce automaticamente la credenza di essere una persona pericolosa. Da qua nascono le misure di sicurezza, specialmente quelle psichiatriche, *“in difesa dall'irrazionale e dal patologico, il muro che separa il sano dall'insano”* (Bevilacqua M., Notaro L., Profeta G., Ricci L., Savarino A., 2020).

Si può affermare che in passato, essendo l'idea della malattia mentale, molto più rispetto ad oggi, associata a quella della pericolosità, la priorità era la sicurezza sociale; la magistratura, con l'intento di preservare e proteggere la comunità, equiparava i malati mentali a soggetti pericolosi, cercando così di prevenire i nuovi reati e finendo per fondarsi su presunzioni severe, ma poco scientifiche. Così facendo, l'approccio di cura e di riabilitazione veniva trascurato.

Le cose hanno iniziato a cambiare grazie ad alcuni interventi della Corte Costituzionale, di seguito riportati, e grazie alla Legge Gozzini del 1986 che ha rappresentato una scoperta cruciale per il tema delle misure di sicurezza in quanto ha donato maggiore flessibilità alla pena dando la possibilità di regolarla e graduarla nel corso dell'esecuzione così da agevolare e facilitare il processo di cura e di riabilitazione del condannato. Pian piano si è dato più margine al giudice nel valutare caso per caso, ognuno con differenti bisogni e necessità; e le conseguenze sono che ora le misure di sicurezza risultano più adattabili e mirate alla cura.

Con il subentrare di queste nuove misure, come anche la libertà vigilata, la Corte Costituzionale ha abolito l'obbligo automatico del ricovero in ospedali psichiatrici per malati mentali considerati pericolosi, garantendo così un approccio più terapeutico. In particolare, in seguito la Corte Costituzionale con la sentenza n. 99/2019, ha dato la possibilità ai detenuti con gravi patologie mentali

sopraggiunte in seguito alla condanna di scontare la pena agli arresti domiciliari, ribadendo il bisogno e l'importanza della cura rispetto alla detenzione in carcere. Un altro momento rilevante viene rappresentato dalla sentenza n. 73/2020 che ha permesso di considerare l'attenuante del vizio parziale di mente per i recidivi. La Legge 81/2014 sancita in concomitanza dell'apertura delle REMS stabilisce nuove regole per la messa in pratica delle misure di sicurezza per i soggetti con psicopatologie mentali, come ad esempio, la durata massima delle misure di sicurezza di detenzione e le varie condizioni per l'esecuzione delle diverse misure, dando privilegio al ricovero nelle REMS solo come ultima fonte. Questa legge ha permesso agli organi della giustizia di giudicare e prendere delle decisioni più eque ed equilibrate in rispetto dei diritti della persona, accantonando l'utilizzo della reclusione solo in casi di estrema necessità, ovvero quando la sicurezza della società viene messa pericolosamente a rischio.

La diafrasi tra cura e mantenimento però persiste anche con queste misure, proprio perché si configurano a metà tra questi due approcci: da una parte quello terapeutico per trattare i pazienti, dall'altro la volontà di proteggere la società da chi ha commesso un crimine. Amaramente v'è chi afferma: *“troppo pazze per il carcere e troppo criminali per un manicomio civile”*⁴⁸ è la considerazione che si ha di queste persone. Cercare un equilibrio tra cura e mantenimento non è facile, perché si tratta di aspetti opposti tra loro, di difficile combinazione, che quando viene a crearsi, talvolta sfocia in una convivenza forzata che compromette i principi di entrambi.

⁴⁸Miravalle M., *La fine di una storia e il futuro incerto. La fotografia delle R.E.M.S, le “liste d’attesa” e i nodi da risolvere*, in www.antigone.it, 2017

2. Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)

La cura e il sostegno degli autori di reato affetti da patologie mentali in luoghi appositi è stato raggiunto nel 2014, quando il processo di riforme è culminato con la nascita delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), (conseguente alla chiusura degli OPG): un climax ascendente che ha rappresentato un mutamento epocale in quanto il rischio di recidiva viene gestito con trattamenti di cura e riabilitazione e non più con la passiva reclusione. Infatti, recenti analisi in campo giurisprudenziale hanno sottolineato la crescente necessità dell'approccio terapeutico riabilitativo per i detenuti che presentano disturbi mentali, ovvero sia quelli denominati "folli", sia coloro con ridotte capacità mentali.

Appare evidente che col passaggio dagli OPG alle REMS il legislatore abbia scelto di dare maggiore importanza alla cura mettendo in secondo piano la custodia, così la responsabilità del trattamento dei folli rei si è spostata sui Dipartimenti di Salute Mentale, portando a nuove opportunità terapeutiche, ma inculcando anche paure, difficoltà e dubbi. Ad esempio, una criticità sollevata riguarda il fatto che queste strutture, le REMS, non vengono differenziate tra loro in base al livello di pericolosità dei pazienti che ospitano, al contrario del passato, quando con il Codice Rocco, veniva fatta una distinzione tra OPG e case di cura per gestire la sicurezza in base alla pericolosità; di conseguenza viene lasciata libera discrezione alle singole REMS sparse nel territorio italiano di decidere come gestire la sicurezza al loro interno. Questo porta a considerare il problema della responsabilità penale dello psichiatra per i comportamenti violenti dei pazienti, e ai medici direttori delle singole strutture potrebbe gravare il peso di una posizione di garanzia che già di per sé, in maniera quasi strutturale, si presta a distorsioni capaci ad influenzare anche le migliori intenzioni del legislatore.

Un altro dubbio che questo passaggio da un approccio all'altro ha trascinato con sé riguarda quelle che sono le finalità dello psichiatra: non tanto quali queste debbano essere, ma come queste, in particolare quelle riferite alla cura, protezione o controllo, debbano essere realizzate. La graduale transizione da forme di

restrizione fisica a forme di contenzione farmacologica può sicuramente ridurre il rischio di comportamenti violenti e aggressivi, dando anche l'impressione di un controllo realizzato con forme più delicate rispetto a quelle usate nel passato: è bene ricordare però che i farmaci possono avere un'efficacia terapeutica molto variabile e possono annullare completamente il soggetto. Quindi importante è stabilire i confini entro cui lo psichiatra può esercitare il suo ruolo, perseguendo gli obiettivi a lui affidatigli, concentrandosi non tanto sul *cosa* deve fare, ma sul *come*. Inoltre lo scambio tra gli obblighi di cura e di controllo spettanti al professionista si caratterizza non solo per l'obbligo di prevenzione, ma anche per l'obbligo giuridico di impedire un evento, quando se ne abbia la possibilità, poiché altrimenti equivarrebbe a cagionarlo(art 40, comma 2 c.p.).

Vero è anche che il superamento dell'approccio custodialistico, inteso come vigilanza del malato di mente al fine di proteggere la società, ha avuto come conseguenza un maggiore "scarico" di responsabilità e revisione dei doveri legali spettanti al medico psichiatra; il fine ultimo ora è il recupero e la riabilitazione psichiatrica del paziente, che può comportare comunque danni per la sua incolumità fisica.

Per fare un esempio, nel 2015, quando è stata inaugurata la REMS "Casa degli Svizzeri" di Bologna, vi era il timore di accogliere in una struttura esclusivamente sanitaria pazienti autori di reato, ancora non c'erano modelli organizzativi e di trattamento con cui confrontarsi e quindi l'apertura delle nuove strutture venne vista come un pericoloso salto nel buio: il nuovo modo di lavorare doveva rispondere alle esigenze di cura e di riabilitazione psichiatrica, e doveva anche familiarizzare con il linguaggio e le procedure giuridiche al fine di sviluppare le competenze necessarie per interloquire adeguatamente con il mondo della giustizia, in particolar modo con la Magistratura di Sorveglianza. Tra gli psichiatri si era diffusa la paura che il sovrapporsi di cura e custodia avrebbe avuto un impatto negativo sui pazienti, gravando gli operatori sanitari di un'ulteriore responsabilità professionale qualora un paziente fosse riuscito ad allontanarsi o a commettere nuovi reati.

Anche il tema della tutela della salute e dell'incolumità di operatori e pazienti all'interno delle strutture iniziava a preoccupare, così alcuni sottolineavano come la sicurezza di una REMS dovesse fondarsi su caratteristiche strutturali, procedurali e relazionali, vale a dire la personale conoscenza e la comprensione del contesto ambientale del singolo paziente e delle dinamiche che attraversano il contesto e che, basandosi su questi elementi, si configurano in risposte adeguate e cure.

Il bisogno attuale è quello di differenziare o perlomeno gestire adeguatamente la divisione dei ruoli, delle competenze e delle responsabilità per evitare che il medico psichiatra debba assumersi ruoli che non spettano alla sua figura professionale, o obblighi di sorveglianza che si distaccano dagli obblighi di cura. Oltre a questo, essendo la gestione della sicurezza delle REMS affidata a ciascuna residenza, è bene considerare che ognuna può decidere i mezzi di sicurezza da adoperare, ad esempio utilizzando una sorveglianza perimetrale, valutando accordi con Regioni e Prefetture che potrebbero prevedere forme di collaborazione tra il personale sanitario e la polizia per la gestione di situazioni critiche dentro le REMS. Queste decisioni, prese a discrezione di ogni struttura, possono influenzare i ruoli di responsabilità del personale sanitario, in particolare quelle del medico psichiatra, creando anche disparità territoriali.

Al di là del tema della cura, per quanto riguarda il tema della *sicurezza relazionale*, il personale solitamente prende parte ad una formazione sul trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato, incentrata soprattutto sul rapporto tra eventi traumatici precoci (maltrattamenti fisici, psicologici e sessuali), stile di attaccamento e comportamenti impulsivi e violenti. Un'esperienza di maltrattamento è risultata essere presente nell'80%-90% dei giovani delinquenti e circa un quarto di coloro che hanno una storia infantile o adolescenziale di grave maltrattamento incorreranno, una volta adulti, in condanne penali (Lewis et al 1989). Tali eventi favoriscono lo sviluppo di pattern di attaccamento patologici che si correlano negativamente con sviluppo di diverse funzioni psicologiche, quali la capacità di pianificazione delle proprie azioni prevedendone i risultati a medio e lungo termine, la comprensione empatica

dell'altro, la capacità di sviluppare relazioni di fiducia; vi sono evidenze che, tramite tali deficit, i *pattern di attaccamento patologici* favoriscano l'emergere di comportamenti impulsivi, conflittuali ed in definitiva antisociali. Inoltre, i comportamenti disadattivi (compresi molti di quelli antisociali) possono essere visti come strategie per fronteggiare situazioni di pericolo legato alla trascuratezza o al maltrattamento psicologico o fisico da parte delle principali figure di attaccamento; tali strategie sono state in genere apprese nell'infanzia o nell'adolescenza, ma permangono in età adulta rivelandosi disfunzionali. La casistica relativa alla REMS di Bologna conferma tali osservazioni: il 90% dei pazienti ha subito – in età infantile o adolescenziale – eventi traumatici gravi e/o multipli (Bevilacqua M., Notaro L., Profeta G., Ricci L., Savarino A., 2020).

2.1 Il modello terapeutico-riabilitativo *trauma-informed*

Nel corso degli anni di prima “sperimentazione” delle nuove residenze, è stato sviluppato un modello terapeutico-riabilitativo *trauma-informed*, mirato a ridurre il peso e l’impatto delle esperienze traumatiche passate sulle modalità di relazione e di comportamento adottate dai pazienti. Questo modello si basa su alcuni principi:

1. Approccio “non causare più dolore”: poiché la maggior parte dei pazienti in misura di sicurezza detentiva ha subito eventi traumatici gravi in età compresa fra l’infanzia e la prima età adulta. Un approccio che mira a mettere in luce episodi passati di violenza subita, abuso o trascuratezza, non fa che peggiorare i comportamenti disfunzionali soprattutto in un contesto dove il paziente non risiede per propria scelta personale.
2. Identificare il nucleo della traumatizzazione: è bene che gli operatori siano al corrente di ogni singola situazione, vale a dire di esperienza traumatica dei pazienti al fine di evitare la *ritraumatizzazione*, favorire la consapevolezza della persona di queste dinamiche e implementare, quando necessario, terapie specifiche.
3. Formazione degli operatori: tra questi si intendono medici, psicologi, infermieri, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e operatori socio-sanitari, che utilizzano, ciascuno nelle proprie competenze e conoscenze professionali, due stili di intervento relazionale basati su una psicoterapia scientificamente validata che si è dimostrata efficace anche in pazienti “difficili” come quelli forensi. Questi sono:
 - *Limited Reparenting*: partendo dalla consapevolezza che spesso lo sviluppo di comportamenti disfunzionali è causa di un mancato riconoscimento dei bisogni fondamentali in età evolutiva, gli operatori si propongono con uno stile simil-genitoriale, di aiutare il paziente a fare esperienza di relazioni sane, autorevoli e supportive, e mai rifiutanti o abusanti. L’obiettivo è che il paziente possa sviluppare un attaccamento

sicuro nei confronti di uno o più operatori di riferimento, e modellare sulla base di questa esperienza comportamenti via via più adeguati.

- *Confronto Empatico*: gli operatori, pur riconoscendo come le esperienze precoci abbiano plasmato l'insorgere di convinzioni e comportamenti patologici come strategie di adattamento ad una realtà difficile, ne mettono in evidenza gli effetti distruttivi sulla vita, promuovendone una revisione critica e la sperimentazione di stili di relazione e comportamento differenti, via via più adeguati. Inoltre i medici e gli psicologi, in quanto abilitati all'esercizio della psicoterapia, possono prevedere un trattamento psicoterapeutico specifico per autori di reato con storie di eventi traumatici, o per le vittime di traumi che manifestano problematiche collegate all'aggressività e al discontrollo degli impulsi. È una particolare applicazione di un modello di terapia breve sviluppato per il trattamento dei disturbi da stress post-traumatico, che in origine è stato sviluppato per il trattamento delle vittime di traumi gravi, ripetuti o complessi come violenze ripetute, torture e guerre.

2.2 I rapporti tra le REMS e i Servizi territoriali

I rapporti che le REMS intraprendono con i servizi psichiatrici del territorio, appaiono eterogenei: se da una parte la presenza dei CSM nelle nuove strutture residenziali è più frequente rispetto a quanto avveniva con gli OPG, dall'altro, le comunicazioni tra queste non risultano semplici: frequenti sono gli episodi in cui gli operatori devono sollecitare la presa in carico da parte dei servizi, quindi nel predisporre interventi e progetti. Quando c'erano gli OPG, nonostante fosse centrale il ruolo dei servizi, il meccanismo era ostacolato dalla burocrazia e macchinosità del loro funzionamento a carattere custodialistico che li caratterizzava: il fatto che i pazienti fossero internati negli OPG, i quali si occupavano della loro gestione, faceva sì che le ASL si allontanassero deresponsabilizzandosi.

Con la nuova legge che segna il tramonto degli OPG, uno degli obiettivi prefissati riguardava il consolidarsi di relazioni più efficienti e solide tra le strutture residenziali e i servizi attivi nel territorio: è ancora da raggiungere questo modello operativo nelle prassi istituzionali, perché nel trambusto della riorganizzazione alcune regioni hanno riscontrato delle complicazioni.

Ad alimentare questa situazione, ci sono delle difficoltà strutturali relative ai servizi di salute mentale: la riorganizzazione di matrice aziendalistica del servizio pubblico e una continua insufficienza di risorse, crea problemi nella programmazione di piani terapeutici adeguati e rispondenti ai bisogni e necessità del singolo paziente. Queste erano difficoltà presenti anche quando c'erano gli OPG, che sono rimaste della stessa natura ancora oggi con le REMS. Non basta aspettare passivamente un miglioramento nei rapporti tra due istituzioni, ma bisogna piuttosto rafforzare i servizi territoriali, affinché venga a perfezionarsi il coordinamento tra tutti gli enti coinvolti. Far progredire i servizi locali potrebbe facilitare un reinserimento efficace, la presa in carico potrebbe diventare più efficiente e si risolverebbero i problemi che portano a numerosi ricoveri, già presenti nell'era degli OPG (Bevilacqua M., Notaro L., Profeta G., Ricci L., Savarino A., 2020).

3. Il caso della pedofilia: tra psicopatologia e criminalità

Chi è il pedofilo? Dev'essere definito deviante o criminale colui che macchiandosi di un crimine così orrendo, desidera per sé la reclusione in modo da non peccare più?

Come altre patologie di natura psicologica può capitare che sia lo stesso abusante a considerarsi vittima di se stesso e ad invocare una liberazione dal male, per sé e per la società. Citando alcuni psichiatri «in voga»⁴⁹ esprimersi sul tema della pedofilia “*La pedofilia è una malattia e non un vizio. A nulla servono le liste di prescrizione né tantomeno la pena di morte: serve semmai un complesso lavoro di intelligenza*”, “*La pedofilia più che una devianza è una patologia grave che uccide la bellezza, la sanità e il valore umano del bambino*”; “*La pedofilia non ha gradi diversi di gravità, ma è sempre e comunque un abuso sessuale totale, un crimine rivolto verso la persona-bambino*”.

Da queste citazioni, si capisce quanto sia anche per il mondo scientifico talvolta difficile definire all'unanimità la pedofilia, e ciò condiziona inevitabilmente anche la determinazione delle cause di tale fenomeno. La pedofilia infatti rientra nel mondo delle parafilie, mondo intriso di mistero. Il termine “parafilia” introdotto da Stekel, indica l'attaccamento morboso a questo o a quel tipo di soddisfazione *anormale* dell'istinto (in particolare quello sessuale); corrisponde più o meno a “deviazione” o “perversione”, ma è espressione meno forte e meno incisiva: Stekel, infatti, parla di parafilia laddove si tratti di “spunti” o di forme non conclamate di abnormalità sessuali (Stekel W., 1970).

Nel corso degli anni sono state elaborate diverse ipotesi interpretative riguardo all'origine del comportamento pedofilo. Le teorie sessuologiche di vecchio stampo, che hanno dominato la psicologia e la psichiatria fino ai primi anni del Novecento, consideravano le perversioni sessuali semplicemente come delle sindromi psicopatologiche caratterizzate da alterazioni qualitative dell'istinto sessuale. Con lo sviluppo della scienza psicologica e psichiatrica sono state

⁴⁹ Paolo Crepet, Andrea Masini, Vittorino Andreoli citati in *Pedofilia: tra devianza e criminalità*, Cifaldi G., Giuffrè, Milano 2004

prodotte varie teorie sull'origine della pedofilia, alcune in contrapposizione con altre.

Tra alcuni contributi più significativi, la psicoanalisi sostiene che l'atto pedofilo è legato a fissazioni e regressioni verso forme di sessualità infantile e sottolinea l'influenza della teoria pulsionale, ma anche degli aspetti relazionali nella nascita del comportamento pedofilo. Il fattore esplicativo ipotizzato consiste nello sviluppo psicosessuale dovuto ad un trauma precoce o all'aver fatto esperienza della propria sessualità in ambiente restrittivo. Oppure la pedofilia sarebbe il risultato di conflitti sessuali raggiunti senza il contributo della fantasia, probabilmente per un insuccesso o per una formazione distorta della coscienza causata da una patologia. Secondo Dettore e Fulgini *“in ogni caso, l'approccio di Freud, che considera la pedofilia come una perversione, si fonda sull'angoscia di castrazione, che ostacola il perverso nel raggiungimento di una sessualità adulta e lo fa regredire ad una pulsione parziale[...]*”⁵⁰.

In opere più recenti psicoanalitiche, si distingue tra quello che si definisce *comportamento* o *fantasia pedofilica* di natura occasionale e il «vero» o l'«autentico» *pedofilo ossessivo*, che deve avere un'attività sessuale con un bambino per non soffrire di un'«intollerabile e angosciosa ansia». Le basi su cui si fonda questa teoria sono comunque esclusivamente derivate da osservazioni cliniche e in ogni caso spiegano molto poco del perché viene scelta da alcuni individui la pedofilia come meccanismo di difesa dell'Io piuttosto che qualsiasi altro possibile meccanismo.

Secondo il modello psicoanalitico, il parafilico è una persona che non è riuscita a completare il normale processo di sviluppo verso l'adattamento eterosessuale, cadendo in una “fissazione o regressione a forme di sessualità infantile che persistono nella vita adulta”. In quest'ottica ciò che distingue una parafilica dall'altra è il metodo scelto dalla persona per far fronte all'ansia causata dalla minaccia di castrazione da parte del padre e di separazione dalla madre (Kaplan H.I., 1993). La mancata risoluzione della crisi edipico-elettrica, tramite

⁵⁰Dettore D., Fulgini C., *L'abuso sessuale sui minori*, McGraw-Hill, 1999

l'identificazione con il padre-aggressore (per i maschi) o la madre-aggressore (per le femmine), provocherebbe una propria identificazione con il genitore del sesso opposto o una scelta impropria dell'oggetto per l'esaltazione libidica (Gabbard G.O., 1995).

La visione psichiatrica che definiremmo prevalente invece ipotizza l'esistenza di una pedofilia primaria, che comporta in una certa misura un'integrazione dell'*Io pedofilo* ed una conseguente stabilità della sua personalità, e di una pedofilia secondaria, conseguente ad altre gravi psicopatologie come la schizofrenia, alcune psicosi organiche ed altre condizioni in cui la personalità si disintegra provocando una serie di comportamenti perversi. Quindi la pedofilia, secondo questo approccio, fa parte di un gruppo di perversioni che condividono un nucleo composto da due aspetti: in primis l'aggressività che ha come scopo l'imposizione della sofferenza ed è finalizzata a neutralizzare le minacce alla sopravvivenza mentale e fisica dell'individuo pervertito; e in secondo luogo, l'annientamento in cui le relazioni intime con gli altri, viste generalmente come normali, vengono considerate pericolose o distruttive dai pervertiti, i quali, in tali situazioni si sentono completamente sotto il controllo dell'altro. Il focus emotivo della relazione del pedofilo con gli altri è su se stesso.

C'è un'importante questione che crea perplessità: come un pedofilo possa commettere, a volte in relativa tranquillità, atti che l'intera società, compresi i criminali, condanna in modo forte ed inequivocabile.⁵¹La spiegazione offerta dagli psichiatri sottolinea il fatto che gli standard normativi della società non diventano parte integrante della personalità del pedofilo a causa della forte repulsione che egli prova per i genitori e le altre figure autoritarie che lo hanno maltrattato durante l'infanzia. Nelle attività pedofile ciò che verrebbe perseguito sarebbe proprio la protesta contro di loro e in più è presente una lotta tra i bisogni psicologici interiori dell'individuo e le pressioni della società.

⁵¹Il Ministero della Giustizia ha dovuto individuare specifiche sezioni nelle carceri in cui detenere i pedofili per prevenire il rischio di linciaggio o di altre forme di vessazione.

Nel corso di una ricerca Scott e altri in cui hanno confrontato le valutazioni neurologiche di un gruppo di pedofili con quelle di un gruppo di violentatori, tutti detenuti in un manicomio criminale del Nebraska (USA); hanno ottenuto il risultato che, nel gruppo dei pedofili, il 36% rivelava caratteristiche corrispondenti ad una diagnosi di disfunzione cerebrale, il 29% caratteristiche di tipo borderline e il 35% caratteristiche neuropsicologiche nella norma. Gli autori hanno concluso che per buona parte di pedofili, una disfunzione cerebrale potrebbe essere il fattore scatenante.⁵²

Un approccio simile ha cercato di misurare l'attività cerebrale utilizzando l'elettroencefalogramma. Più precisamente Flor-Henry e altri hanno confrontato un gruppo di pedofili con un gruppo di individui normali ed hanno rilevato una differenza nei pedofili per quanto riguarda la potenza e la coerenza del tracciato. Tali ricercatori affermano che la perversione sessuale risulterebbe da idee devianti, che sono conseguenza dei cambiamenti nelle funzioni dell'emisfero cerebrale dominante. Una patologia dell'emisfero dominante favorirebbe cioè idee sessuali perverse e sarebbe coinvolta nelle difficoltà di comunicazione tra le due metà dell'encefalo. Ovviamente ci sono alcune difficoltà nel sostenere tale teoria, la quale non ha conferme dirette; inoltre non spiega come mai solo i pensieri riferiti al sesso diventano devianti nei pedofili, mentre gli altri processi di pensiero restano più o meno normali.⁵³

Wright e altri hanno esaminato forma e peso del cervello di criminali sessuali. In tal modo hanno rilevato che l'emisfero sinistro dei criminali tende ad essere più piccolo di quello dei soggetti normali. I pedofili, in modo particolare, differirebbero dai soggetti normali e dai violentatori per la particolarità di avere l'emisfero sinistro più piccolo rispetto a quello destro. I ricercatori sono giunti alla conclusione che, molto probabilmente, anomalie cerebrali strutturali sono più comuni e diffuse tra i criminali sessuali. Un altro elemento connesso con questo

⁵²

Scott P.D., *Definizione, classificazione, prognosi e trattamento in Le deviazioni sessuali* a cura di Rosen I., Bompiani, Milano, 1968, pagg. 101-132.

⁵³Henry, Lang, Koles, Frenzei, *Quantitative EEG Studies of Pedophilia*, International Journal of Psychophysiology, vol. 10, 1991, pagg. 229.

potrebbe essere la scarsa capacità di verbalizzazione, anche e soprattutto delle emozioni.

Ancora oggi non sembra possibile attribuire l'eziopatogenesi della pedofilia ad un'unica classe di eventi, sia intrapsichici sia esterni, ma occorre prendere in considerazione una molteplicità di fattori, anche in funzione del fatto che non sembra esistere un'unica tipologia di pedofilo.

Oggi i criteri diagnostici utilizzati e generalmente accettati sono quelli riportati nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali della American Psychiatric Association. Anche all'interno di questo manuale il concetto di pedofilia è cambiato nel corso delle varie stesure, passando dalla categoria delle deviazioni sessuali gravi, accompagnate spesso al concetto di sociopatia, a quella di deviazione sessuale senza disturbi psicotici gravi, sino ad essere inserita, sin dal DSM-III, tra le parafilie. Queste ultime sarebbero *“caratterizzate da ricorrenti e intensi impulsi, fantasie, o comportamenti sessuali che implicano oggetti, attività o situazioni inusuali e causano disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa e di altre aree importanti del funzionamento psichico del soggetto e includono l'esibizionismo, il feticismo, il frotteurismo, la pedofilia, il masochismo sessuale, il sadismo sessuale, il feticismo di travestimento, il voyeurismo e la parafilia non altrimenti specificata”*.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità include la pedofilia nell'elenco dei disturbi del comportamento sessuale definendola una malattia psichiatrica: *“si tratta di una patologia di natura psichiatrica e non si sono trovate a livello cromosomico, ormonale o genetico alterazioni che identifichino il soggetto pedofilo”*.

Ancora oggi la pedofilia non è riconosciuta come disturbo a se stante, rientrando nel gruppo generico delle parafilie, che può definirsi una delle categorie maggiormente criticate perché spesso più che ad un effettivo schema clinico psicopatologico, sembra rispondere ad una censura di tipo morale, sociale e

spesso anche religioso⁵⁴. Molti, inoltre, sono oggi gli orientamenti che tendono a superare lo schema rigido del termine pedofilia preferendo una generica definizione di abuso sessuale a danno di minori per tutti quei comportamenti che coinvolgono un rapporto sessuale tra un adulto ed un minore; e ancora, molti sono gli orientamenti socio-antropologici che definiscono la pedofilia un perversimento sociale che varia nel tempo e nelle culture; quelli clinici che definiscono la pedofilia come una psicopatologia.

La comunità scientifica attuale non ha trovato un accordo sul concetto di pedofilia, se comprendere o meno questo comportamento tra le parafilie o invece tra le psicopatologie dandogli così una propria struttura diagnostica, o infine, se evitare di ritenerla una malattia per se stessa, definendola, invece, come un insieme di tratti di personalità talvolta anomali e talvolta patologici, con aspetti immaturi dell'Io; un disturbo che dunque nella sua diagnosi dovrebbe seguire il disturbo psichico prevalente, una pedofilia, cioè, più sintomo di un disturbo che malattia.

⁵⁴ Nel tempo tale insieme nosografico ha anche ricevuto critiche di razzismo essendo che, nella lista completa di oltre 400 differenti parafilie esistenti al mondo mappate dagli esperti, più dell'80% sono espresse da nomi in lingua giapponese.

4. Il trattamento dei sex offender negli istituti penitenziari italiani: le sezioni protette e prospettive di cambiamento

Nella gran parte degli istituti penitenziari in Italia vengono istituite delle sezioni particolari destinate alla detenzione di soggetti chiamati “protetti”, categoria alla quale appartengono anche i sex offender, questo per evitare una specie di giustizia “fai da te” tra detenuti. La realtà del carcere quindi è divisa in due realtà: quella dove ci stanno i detenuti considerati “normali” e l'altra in cui i carcerati scontano un'altra pena, chiamata “pena dell'infamia”. In particolar modo gli autori di reati sessuali, sono caratterizzati da atteggiamenti difensivi, rigidi e di resistenza alla cura, e la difficoltà ad accedere alla loro parte emotiva ha come conseguenza l'incapacità di comprendere la sofferenza della vittima. Questi inoltre, non conoscendo la subcultura carceraria non si adattano all'ambiente penitenziario e trascorrono parte del tempo isolati, provocandosi un progressivo peggioramento delle loro condizioni psicofisiche che sfocia in un rafforzamento delle loro teorie di inutilità di un'esperienza detentiva, privando loro stessi di un confronto con la realtà attraverso strumenti di riflessione. Trattandosi di persone “difficili” in genere – si tratta di persone che hanno uno stile relazionale basato sulla negazione, modelli sociali deboli e confusi e traumi non affrontati, specifici disturbi di personalità e psicopatologie – il livello di complessità nell'affrontare il trattamento, le recidive e la prevenzione, è estremamente elevato per il disagio inevitabile dovuto al tipo di reato in cui si trovano gli operatori professionisti che gestiscono questa tipologia di detenuti. Questo va a compromettere il rapporto professionale di tutte quelle figure (istituzionali o volontarie) che lavorano a contatto con i sex offender, producendo condizioni particolarmente problematiche.

La maggiore difficoltà riscontrata riguarda la difficile convivenza con gli altri detenuti, determinata da atteggiamenti di rifiuto e discriminazione: da qua nascono le sezioni protette negli istituti penitenziari destinate alle categorie invisibili alla maggioranza dei detenuti, nasce quindi dalla rigidità ostensiva di una subcultura carceraria che attribuisce una connotazione di infamia non solo a quanti in qualche modo collaborano con la giustizia, o sono espressione dell'autorità statale e del suo potere, ma anche e soprattutto a quanti si rendono responsabili di reati ritenuti particolarmente irrispettosi e non degni dal codice

deontologico della malavita e della cultura carceraria. Per quanto riguarda il criterio di discriminazione morale, lo stupro e l'abuso su minori, ma anche lo sfruttamento della prostituzione, sono i reati che incontrano la totale e unanime riprovazione della comunità detenuta.

Negli ultimi tempi qualcosa sta cambiando, ma il disprezzo nei confronti di persone accusati di reati "infamanti" è rimasto invariato; forse è solo cambiata la risposta punitiva violenta nei confronti di questi soggetti, per scopi personali, come il non dover incorrere in sanzioni disciplinari e ottenere benefici per "buona condotta".

Ciò che questo comporta è che tutti questi soggetti non hanno momenti in comune con altri detenuti, non prendono parte alle iniziative e manifestazioni istituzionali, hanno una ridotta libertà di movimento rispetto agli altri, non vi è possibilità per esempio, di frequentare la biblioteca o di trovare un lavoro all'interno dall'amministrazione penitenziaria. Infatti l'unica possibilità di attività lavorativa per un detenuto protetto è quella adottata in alcuni carceri italiani sperimentali, grazie a Cooperative esterne. Ad eccezione di queste limitate realtà, i detenuti protetti si preferisce isolarli, soprattutto per la loro salvaguardia e incolumità. C'è dunque una fitta schiera di ghettizzati che vivono un rapporto con la detenzione ancora più problematico e senza nessuna concreta possibilità di avere un reale percorso di reinserimento sociale. Il detenuto sex offender è soggetto che vive isolato e discriminato dagli altri ristretti; infatti sia i suoi compagni di detenzione, che il personale, di norma, vedono questo particolare autore di reati come un individuo da tenere il più lontano possibile. Tali atteggiamenti, di per sé oggettivamente discriminanti, generano nel sex offender deprivazione sociale ed ambientale e notevoli difficoltà ad accedere a possibili benefici penitenziari, portandolo infine all'isolamento, condizione già presente nella loro vita quotidiana al di fuori del carcere.

Trasversalmente alla categoria generale dei reati sessuali, nella maggioranza dei casi, si rileva infatti uno stile di vita povero di relazioni sociali significative. Soprattutto, per quanto riguarda i pedofili, è abbastanza comune un restringimento

delle relazioni, caratteristica questa che spesso riguarda anche la famiglia e il contesto di appartenenza.

Un intervento riabilitativo in questi casi potrebbe portare ad una trasformazione sia dell'isolamento sociale, sia dei meccanismi di difesa psicologici, ponendo le fondamenta per una reintegrazione nella società.

I sex offender, scontando la loro pena in carcere all'interno delle sezioni protette, sono esclusi da molte delle attività che normalmente si svolgono in carcere, sia che si tratti di attività ricreative, che di attività più propriamente lavorative o sociali. Le poche attività in cui sono coinvolti possono essere realizzate solo all'interno del gruppo stesso. Tutte le ricerche a livello internazionale pongono in evidenza come la sanzione penale da sola e la detenzione, in particolare per i sex offender, non sia sufficiente per un trattamento che prevede, anche ai sensi della nostra Costituzione, il reinserimento sociale del reo una volta scontata la pena.

Diverse possono presentarsi le strategie degli interventi da applicare per il trattamento specifico per i sex offender, nella cui presa in carico è ritenuta imprescindibile la formazione degli operatori: la prima viene definita *strategia di esclusione*: la sorveglianza del detenuto avviene in ambito protetto o semiprotetto e con assegnazione in una particolare sezione. Questo tipo di strategia è rilevabile in tutti i casi in cui emergono dei fattori critici, quale ad esempio la difficile convivenza con gli altri detenuti, la mancata assunzione di responsabilità per il reato commesso, le difficoltà del rapporto con gli operatori. La seconda *strategia* viene definita *inclusione-subordinata*, viene applicata tutte le volte in cui i detenuti vengono stimolati con attività lavorativa tra le mura del carcere e da frequenti colloqui con educatori, psicologi e volontari. La terza *strategia* viene definita *di inclusione*, consiste nella totale parificazione del delinquente sessuale con tutti gli altri detenuti; in tal caso l'autore di reati sessuali accede alle stesse possibilità trattamentali degli altri detenuti.

Per produrre anche in questo caso un esempio, la Casa di Reclusione di Bollate (MI) nel 2005 ha avviato un progetto sperimentale di trattamento intensificato dei condannati per violenza sessuale in carcere, grazie ad un finanziamento congiunto della Regione Lombardia e della Provincia di Milano. Il progetto è gestito da

un'associazione di professionisti del privato sociale e si svolge in un reparto a detenzione differenziata della Casa di Reclusione di Milano-Bollate, dove sono stati trasferiti 19 condannati provenienti dalle sezioni protette dei penitenziari lombardi; la metà circa di essi sono autori di reati sessuali ai danni di minori. L'equipe è a composizione multidisciplinare e il progetto offre un servizio di trattamento specializzato, rivolto ad un'utenza di reclusi per reati sessuali adulti, condannati in via definitiva, che abbiano ammesso e riconosciuto la responsabilità relativa ai fatti loro ascritti e alla propria particolare problematica sessuale. L'inserimento dei detenuti nell'Unità è preceduto da una fase di selezione nei reparti protetti degli altri carceri di provenienza, sulla base di valutazioni criminologiche cliniche psicodiagnostiche del soggetto che si dichiara interessato ad aderire al progetto trattamentale. Successivamente ad una prima fase rivolta ad una valutazione dei meccanismi di negazione, si sviluppa il programma di trattamento vero e proprio. Gli elementi del trattamento consistono in attività di gruppo, tra le quali si sviluppa un intervento specifico sulla prevenzione della recidiva. Si tratta di una tecnica terapeutica di tipo cognitivo-educativo, mirata a ridare un senso non solo ai singoli abusi sessuali e ai relativi illeciti, ma anche alle scelte di vita del soggetto. Il modello di prevenzione della ricaduta non attua interventi di modificazione degli schemi sessuali devianti, specifici delle terapie avversive-comportamentiste, bensì si incentra sulla individuazione dei segnali di preavviso dell'atto deviante, della catena degli eventi e delle situazioni a rischio.

Nel far ciò si procede ad un automonitoraggio continuo di pensieri, fantasie e impulsi antecedenti e conseguenti all'abuso. L'unità trattamentale dovrebbe essere caratterizzata da un regime di custodia attenuata, che tende a valorizzare i processi di autonomia e responsabilizzazione dei singoli detenuti, i quali sono chiamati a gestire in prima persona l'organizzazione della giornata in detenzione, disponendo di una elevata libertà di movimento all'interno della sezione e di una maggior possibilità di frequentazione e incontri con soggetti provenienti dall'esterno. Il progetto è istituito e supervisionato da istituti universitari e di cura del Québec (Canada, Istituto Pinel di Montréal) e del Belgio (Università di Liegi, Istituto di Psicologia clinica) che da anni hanno sviluppato analoghi interventi trattamentali con detenuti autori di reati sessuali.

Questo esempio però non è rappresentativo del sistema penitenziario italiano, dove permane grande arretratezza e incapacità delle modalità gestionali, che allontanano sempre di più la possibilità di un programma di trattamento specifico per le persone detenute nella sezione dei protetti: ciò ostacola ogni probabilità di riabilitazione, rispondendo esclusivamente alle necessità di gestione dell'istituzione, che prevede di: impedire il contatto con gli altri detenuti, per prevenire situazioni di violenza, di garantire un regime disciplinato e facilmente controllabile.

Le *sezioni protette* nelle carceri italiane non ospitano solo sex offender e detenuti vulnerabili, ma anche collaboratori di giustizia ed ex agenti delle forze dell'ordine, facendo emergere quanto queste categorie rappresentino i principi focali della cultura reclusa: il senso di appartenenza e di autodifesa rispetto ai rischi di influenze esterne, la rappresentanza e l'identificazione nei principi che rafforzano la loro autostima, quali il senso dell'onore, rispetto delle regole della loro comunità, il valore della famiglia e la protezione dei più deboli.

Da un certo – almeno apparentemente piuttosto condivisibile – punto di vista, il metodo adottato dall'Istituzione farebbe emergere la povertà e la superficialità della cultura penitenziaria stessa, che si impegna per rispondere solo alle istanze disciplinari, senza vedere il singolo nella propria specificità, quindi senza individualizzare il trattamento basandosi sui bisogni di ciascuno. Da un altro resta sempre però almeno parzialmente il dubbio di un ruolo determinante del sottofinanziamento cronico ed endemico (si veda per risalto l'esempio summenzionato di Milano-Bollate). In ogni caso in particolar modo la situazione degli autori di reati sessuali è una delle più critiche, sia per i pregiudizi e le ostilità ai quali questi sono quotidianamente sottoposti tramite atteggiamenti di rigetto e di disprezzo dalla comunità reclusa e non, sia dal disagio per impregna gli operatori e i vari professionisti del sistema penitenziario, che esercitano i loro compiti in modo distaccato e rituale.

In generale, in Italia, l'offerta delle risorse trattamentali soprattutto nelle sezioni protette è molto poco diffusa (anche rispetto a nazioni meno ricche come ad esempio il Portogallo o addirittura la Thailandia), eterogenea nel territorio ed

episodica, principalmente a causa di motivi organizzativi e altre questioni legate all'impreparazione del personale, spesso carente in formazione e "addestramento" che li aiuti a predisporre interventi innovativi e riabilitativi in una realtà tanto complessa.

Un punto di partenza potrebbe venir rappresentato da uno studio maggiormente approfondito di determinati reati e un approfondimento delle conoscenze sulla psicopatologia e gli aspetti psicodinamici e motivazionali che stanno dietro ai sex offender. Solo questa maggiore consapevolezza e attitudine consentirebbe di attuare progetti di cura e di riabilitazione che consentano di poter ritrovare fuori un autore di reato sessuale non più alla mercé delle sue problematiche psichiche, così da riuscirne rinato, sia dal punto di vista risocializzativo che dal punto di vista medico-psichiatrico. L'esperienza lavorativa potrebbe aiutare a prevenire conflitti e trasgressioni, portando alla fine del conseguimento di misure alternative e altri benefici. Chiaro che è altrettanto importante prendere coscienza, laddove i detenuti vengano risocializzati e rientrano in contatto con le società in attività lavorative, e considerare ipotetici e possibili rischi di pregiudizi, tensioni e convivenze difficili.

Se questo orientamento viene relegato a poche (o uniche) esperienze modello (es. carcere di Bollate) il rischio è che le stesse svolgano il ruolo, anziché di modello da imitare e generalizzare, di "fiore all'occhiello" atto a coprire la negatività di un sistema che complessivamente non funziona.

"L'enfasi attribuita alla necessità prevalente di proteggere i soggetti in pericolo nel sistema di relazioni istituzionali altro non fa che appiattare su questa unica emergenza le specificità e le esigenze delle singole persone, con le relative problematiche, a un tempo rafforzando e incentivando gli stereotipi negativi radicati nella cultura dei reclusi. Decostruire questo aggregato interattivo di deformazioni non può che significare, da un lato, entrare a fondo in sintonia con le istanze e i vissuti personali in cui si sono radicati gli impulsi negativi e socialmente inaccettabili, per sviluppare percorsi terapeutici che riportino la persona a una pienezza del sé atta a superare le distorsioni pulsionali; dall'altro intervenire su quelle condizioni e quelle variabili che fanno della cultura reclusa

un universo chiuso, perché a sua volta stigmatizzato e «sotto attacco», riportandola ad una naturalità di relazioni, basata sulla soddisfazione dei bisogni sostanziali e sulla tutela dei diritti.”

Si tratta certo di un percorso complesso e necessariamente articolato, ma che non può che evocare, in primis, la responsabilità delle istituzioni nell’assumere metodi di intervento specifici adeguati e scientificamente fondati, ponendo fine alla tendenza di scaricare e mascherare la propria inerzia, i pregiudizi e le proprie ambivalenze dietro l’alibi nella necessaria protezione”⁵⁵.

Conclusioni

Questo lavoro si conclude facendo riflettere il lettore sulle attuali sfide della psichiatria forense come quella evidenziata nel capitolo finale relativa alla differenza tra *rei folli* e *folli rei*, con tutte le conseguenze e le implicazioni nella gestione normativa e terapeutica del malato mentale.

Grazie ad un maggior interesse per la cura e la riabilitazione del reo, dove i suoi bisogni appaiono centralizzati, si è potuto osservare il cambiamento di focus di questa disciplina che, inizialmente preoccupata a determinare l’imputabilità e la pericolosità sociale, ora tenta di indicare i provvedimenti più adeguati per gli individui considerati socialmente pericolosi. Ecco che si osserva un dualismo di esigenze di cura da una parte e di protezione sociale dall’altra, ed è proprio qui che si insediano le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), che segnano un notevole progresso nella gestione dei folli rei, dirigendosi verso un approccio di cura, riabilitazione e integrazione sociale anche grazie all’adozione di modelli terapeutici sperimentali come il modello terapeutico-riabilitativo *trauma informed*.

⁵⁵ Semestrale di critica del sistema penale e penitenziario Antigone, a cura di Alvisè Sbraccia e Valeria Verdolini.

Sebbene le REMS rappresentino un'evoluzione dalla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, si è voluto mettere in luce certe criticità relative all'inefficienza della presa in carico congiunta, vale a dire la relazione tra i Servizi territoriali e le REMS, che risulta eterogenea e con diverse problematiche: il raggiungimento di un modello operativo che integri i Servizi, è ancora una sfida che ci si è prefissati di raggiungere. Il gruppo di lavoro per la co-programmazione e co-progettazione nella salute mentale di comunità rivendica un maggior coinvolgimento degli esperti di supporto tra pari, e una maggiore attenzione alla ricerca scientifica, affermando che “il protagonismo dell'utenza, del Terzo settore e dell'associazionismo”, non dà molte garanzie, e rischia di essere l'unica salvezza per la privatizzazione di servizi considerati “poco produttivi”.

Il tavolo sulla riabilitazione ha affermato che è necessario fare un salto di qualità (anche se ora il problema nella psichiatria riguarda la quantità e non la qualità) dal punto di vista dell'organizzazione e dell'adeguato utilizzo delle risorse, con lo scopo di creare modelli omogenei nel territorio, avvicinandosi a realtà di altre Regioni e poi internazionali. Auspicabile è un rafforzamento attivo dei servizi territoriali e un perfezionamento nel coordinamento delle varie istituzioni coinvolte.

Infine, si è voluto evidenziare, attraverso le questioni esemplari sollevate anche dall'opinione pubblica relative al fenomeno della pedofilia e al trattamento dei sex offenders negli istituti penitenziari, quelle che sono le attuali ricerche nel rapporto tra “devianza” psicopatologica e “devianza” criminale. A livello collettivo, la comunità, impaurita, è sensibile di fronte a questi temi ed erroneamente, quasi ingenuamente, si rifugia nella pretesa di richieste custodialistiche alla psichiatria e alle istituzioni con il fine di salvaguardarsi: ciò perché per determinati disturbi mentali come le parafilie, nelle quali le potenziali conseguenze sarebbero drammatiche, l'aspettativa di protezione sociale è molto elevata e relegare l'ex criminale, il folle sex offender nelle sezioni protette, appare la soluzione più adeguata per gli assetati di giustizia.

Farsi trascinare in questo schema mentale non è difficile, nemmeno per i professionisti tra cui assistenti sociali, psicologi e operatori penitenziari, che

permeati da un elevato livello di disagio, non assumono una netta posizione critica, e alimentano la compromissione del rapporto già difficile di per sé tra le istituzioni e gli enti di volontariato coinvolti nella presa in carico. Così le relazioni si complicano, l'atteggiamento stigmatizzante e di distacco nei confronti di questa tipologia di detenuti permane portando loro ad un totale isolamento, deprivazione sociale ed ambientale.

Ecco che la soluzione sta alla radice: la comprensione della pedofilia, attraverso modelli teorici e clinici, quindi psicologici, psichiatrici e neurobiologici. Una maggiore attenzione e comprensione di questo disturbo sotto un profilo multidimensionale che integri diversi fattori, può aiutare ad avere un approccio più comprensivo e integrato, che includa anche la formazione specifica degli operatori. Solamente con una maggiore consapevolezza e attitudine verso questi comportamenti si potrà fare il primo passo verso progetti di cura, di riabilitazione e di integrazione sociale che consentano di poter ritrovare fuori un autore di reato sessuale non più alla mercé delle sue problematiche psichiche, tutelando infine i diritti a lui spettanti.

Bibliografia

Alimena, *Infermità di mente (Articoli 46 e 47)*, nel *Supplemento alla Rivista Penale*, vol.III, 1894-1895, pag.228

Antolisei, Francesco. *Manuale di diritto penale. Parte generale*. Milano: Giuffrè, 1960.

APA American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5* (American Psychiatric Publishing, 2013).

Ariatti, Renato e Angelo Fioritti, *Evoluzione storica del concetto di vizio di mente: aspetti culturali, dottrinali e giurisprudenziali*. Atti del Convegno Giustizia e Psichiatria. Bologna: CUSL, 1995

Ariatti, Renato. *Il giudizio di pericolosità*, in: Nòos, *Aggiornamenti di psichiatria: Diagnosi e trattamento del comportamento violento*, pp. 143-148, 1998.

Babini, Valeria, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna: il Mulino, 2011.

Bandini, Tullio, Umberto Gatti, Barbara Gualco, Daniela Malfatti, Maria Ida Marugo, Alfredo Verde, *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*. Milano: Giuffrè, 2004.

Barbato, Angelo *Violenza e disturbi mentali*, relazione tenuta presso Istituto Mario Negri, Milano 22 Maggio 2009.

Barnabeo, Raffaele e Giuseppe D'Antuono. *La scuola medica di Bologna, Settecento anni di storia*. Vol. 1 di *Lo sviluppo istituzionale e scientifico dell'insegnamento medico dai tempi pre-universitari ai giorni nostri*. Bologna: Firma Libri, 1988.

Basaglia, Franco. *La maggioranza deviante*, Torino: Einaudi Editore, 1971.

Berger, Peter e Thomas Luckmann. *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino, 1969.

Bevilacqua, Marco, Laura Notaro, Giulio Profeta, Laura Ricci, Alice Savarino, *Malattia psichiatrica e pericolosità sociale. Tra sistema penale e servizi sanitari*. Atti di Convegno. Torino: Giappichelli Editore, 2020.

Biocca D. (1987) *Elementi di storia del pensiero criminologico* in Ferracuti Francesco et al., *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, Giuffrè Editore, Milano.

Bleuler, Eugen. *Trattato di psichiatria*. Brescia: La scuola SEI Editore, 2014.

Brandi, Gemma e Iannucci Mario. *Salute mentale e carcere. Il dissolversi della psichiatria, dimentica delle sue origini*. *Quotidiano sanità*, 6 aprile 2019.

Carlino, Andrea. *La fabbrica del corpo*. Torino: Einaudi Editore, 1994.

Chaveau, Adolfo e Faustino Hélie. *Teorica del Codice Penale*; nuova traduzione sulla quinta edizione francese del 1872. Napoli: Unione editrice napoletana, 1887.

Cifaldi, Gianmarco *Pedofilia tra devianza e criminalità*, Milano: Giuffrè, 2004.

Civita, Alfredo e Domenico Cosenza. *La cura della malattia mentale*. Vol. 1 di *Storia ed epistemologia*. Milano: Mondadori Bruno, 2004.

Cohen, Groth e Siegel. *The clinical prediction of dangerousness. Crime and Delinquency*, 24, 1, (1978) pagg. 28-39.

Colagiovanni, Marco e Giuseppe Mosconi. *Le sezioni per i "protetti" nel sistema carcerario italiano*. *Antigone*. n. 2 2017, pp. 11-29 Napoli: Editoriale Scientifica.

Colombo, Giovanni *Elementi di Psichiatria*. Padova: CLEUP, 2018.

D'Auria, Stefano. *Cesare Lombroso, gli studi ed i "successori" del grande antropologo*, *Rassegna penitenziaria e criminologica*, n. 1 (2005).

https://rassegnapenitenziaria.giustizia.it/raspenitenziaria/it/archivio.page?metadata_category_frame1=criminologia

De Sanctis, Sante. *Trattato Pratico di Psichiatria Forense per uso di medici, giuristi e studenti. Parte I. L'esame dell'alienato e del criminale (Semeiotica mentale)*. Milano: Società Editrice Libreria, 1909.

Dema, Beatrice. *La lingua nella storia della psichiatria moderna e contemporanea: Da Pinel agli anni Duemila*. Milano: Mimesis Edizioni, 2021.

Dettore, Davide e Carla Fulgini, *L'abuso sessuale sui minori*, Milano: McGraw-Hill, 1999.

Felli, Sara. *Malattia mentale e imputabilità penale nel dibattito giuridico e medico-scientifico tra Otto e Novecento*. Tesi di dottorato, Università degli Studi dell'Insubria, 2012.

Ferracuti, Franco e Marvin Wolfgang. *Il comportamento violento. Moderni aspetti criminologici*. Milano: Giuffrè, 1966.

Fioritti, Angelo e Vittorio Melega. *Psichiatria forense in Italia: una storia ancora da scrivere in Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11 ottobre 2011.

Flor-Henry, Pierre e Reuben Lang, *Quantitative EEG Studies of Pedophilia*, International Journal of Psychophysiology, vol. 10, 1991, pagg. 253-258.

Fornari, Ugo. *Trattato di Psichiatria Forense*. 7 ed. Milano: Utet, 2019.

Gabbard, Glen, *Psichiatria psicodinamica basata sul DSW-IV*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995.

Galavotti, Cristina. *Dalla sociologia della devianza alla sociologia della vittima: teorie, percorsi e prassi operative*. Tesi di dottorato, Università degli Studi di Pisa, 2014.

Galzigna, Mario. *La malattia morale: alle origini della psichiatria moderna*. Venezia: Marsilio, 1989.

Grimoldi, Mauro, *Adolescenze estreme*, Feltrinelli, Milano 2006

Huizinga, Johan. *Erasmus*. Torino: Einaudi Editore, 1975.

Kaplan, Sadock. *Manuale di Psichiatria*, Napoli: Edises, 1993.

Lamb, Richard, *Combating Stigma by Providing Treatment*. Psychiatry Services Volume 50, Issue 6. American Psychiatric Publishing (1999): 729
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ps.50.6.729>

Liberati, Francesco. *Trattato di psicologia*, 2014
<https://dottorfrancescoliberati.com/wp-content/uploads/2023/11/Trattato-di-Psicologia-F.-Liberati.pdf>.

Lombroso, Cesare. *L'uomo delinquente*. Milano: Bompiani, 1897

Magnolfi, Gianna e Giordano Padovan, *Guida alla Psicoeducazione del Disturbo Bipolare. Psicoeducazione per pazienti affetti da Disturbo Bipolare, i loro familiari e amici*. Padova: CLEUP, 2020.

Marcelli, Daniel e Alain Bracconier, *Adolescenza e psicopatologia*, Milano: Elsevier, 2009.

Marzuk, Peter M. "Violence, Crime, and Mental Illness: How Strong a Link?" *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): 481–486. Ultimo accesso 4 giugno 2024, [10.1001/archpsyc.1996.01830060021003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060021003).

Melega, Vittorio e Renato Ariatti. *L'operatività dei Servizi Psichiatrici: una difficile mediazione tra compiti istituzionali e aspettative sociali*. Ed. I, Problemi Giuridici dell'Assistenza Psichiatrica dopo la Legge 180. Bologna: Officina Grafica Bolognese, 1991.

Menghini, Antonia e Elena Mattevi, *Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere . Definizioni, accertamento e risposte del sistema penale*. Redazione a cura dell'Ufficio Pubblicazioni Scientifiche dell'Università degli Studi di Trento, dicembre 2020.

Miravalle, Michele. *La fine di una storia e il futuro incerto. La fotografia delle R.E.M.S, le "liste d'attesa" e i nodi da risolvere*, Associazione Antigone, 2017.

Padovan, Giordano. "Nuove e meno nuove sulla follia (cl clinicamente riconosciuta) in Veneto". Lavoro e salute, Anno 40 n. 2 febbraio 2024. www.lavoroesalute.org .

Palmacci, Cinzia. *Rivelazioni sugli ultimi tempi*. Roma: Cinzia Palmacci, 2019.

Pelissero, Marco. *Pericolosità sociale a doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*. Torino: Giappichelli Editore, 2008.

Pellegrini, Pietro. *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quasi un manuale*. Collana 180, Archivio critico della salute mentale. Merano: AB Verlag, 2018.

Peloso Paolo Francesco, *The birth of Italian society of psychiatry, in "Evidence-based psychiatric care"*, a MMXV n. 1, 2015.

Pinel, Philippe. *Trattato medico-filosofico sopra l'alienazione mentale*. Roma: Orcesi, 1930.

Ponti, Gianluigi e Isabella Merzagora. *Psichiatria e Giustizia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1993.

Romagnosi, Gian Domenico. *Genesi del diritto penale*. Milano: Giuffrè Editore, 1996.

Rosen, *Le deviazioni sessuali*, Milano: Bompiani, 1968.

Seligman S., *Lo sviluppo delle relazioni. Infanzia, intersoggettività, attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2017.

Senato della Repubblica, Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, 30 luglio 2008, XVI Legislatura.

Stekel, Wilhelm, *Parafilia*, in Dizionario Enciclopedico Italiano vol. IX pag. 23, Roma: Treccani, 1970.

Sutherland, Edwin. *White Collar Crime*, Yale University Press, New Haven and London, 1983.

WHO, European Ministerial Conference on Mental Health, *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*. Helsinki, 12-15 gennaio 2005. <https://iris.who.int/handle/10665/107625>

World Psychiatry Association, Lancet Psychiatry Commission *On the Future of Psychiatry*, 23 settembre 2017.

Zacchia, Paolo. *Alle origini della medicina legale 1584-1659*. Milano: Franco Angeli Editore, 2008.

Corte di Cassazione Penale, I sez., sentenza n. 1645 del 1-7-1959

Corte di Cassazione Penale, I sez., sentenza n. 122471 del 1972

