

BIBLIOGRAFIA	46
<i>SITOGRAFIA</i>	54

INTRODUZIONE

Le basi del reato messo in atto in uno stato semiconscio o incoscio, associato ad una situazione di “pazzia” transitoria comportante reazione abnormi e psicogene, rappresentano uno dei quadri clinici su cui la psichiatria forense sente il dovere di fornire risposte esaustive. La psichiatria forense, nel confrontarsi con gli infiniti “perché” che sono emersi in merito alle diverse reazioni, trova difficoltà nel fornire una definizione insita nella sola condotta, e ciò comporta l’insorgenza di ulteriori quesiti piuttosto che di soluzioni. Quello che va sotto il nome di “reato d’impeto” cerca spesso di trovare un suo fondamento giustificativo in ragione della sussistenza di un vizio di mente, facendo sì che l’aspetto delittuoso dipenda dal disturbo mentale. Pertanto appare necessario un approccio longitudinale che permetta di visionare un “prima” e un “dopo”, evitando così una valutazione trasversale

che condurrebbe a conclusioni che considererebbero il caso come isolato e non correlato ad un aspetto storico che ha investito la vita del soggetto sottoposto a perizia. Da un punto di vista storico, va sottolineato che già nel arco dei primi anni dell'800 non veniva riconosciuta credibilità ai periti i quali, il più delle volte, venivano invitati ad uscire dalle aule di tribunale poiché le loro tesi in merito ai molteplici casi loro sottoposti venivano considerate delle vere e proprie "pazzie". Successivamente si è assistito ad un atteggiamento scettico circa i criteri diagnostici utilizzati, distinguendo quelli volti ad accertare un disturbo mentale transitorio, riconducibili ad uno scompenso psichico, da quelli inerenti a stati emotivi e passionali conseguenti ad un turbamento della sfera emotivo-affettiva dell'individuo. Ha così trovato posto una prima affermazione secondo la quale colui che si trovi coinvolto in una dinamica psicologica o psicopatologica concretizzerà la condotta d'impeto, e ciò in ragione della patologia transitoria impulsiva che non gli permetterà di controllare il raptus improvviso.

Rimaneva, dunque, il problema di accertare le cause, l'origine della condotta, escludendo la mera limitazione ad una definizione del fenomeno visto come "transitoria incapacità di intendere e volere" e volgendosi, invece, ad uno studio sulle radici e sulle motivazioni che potevano condurre un individuo a mutare la propria condotta. In questo contesto gli psichiatri hanno tratto le basi per il loro studio, partendo dall'escandescenza furibonda, anche conosciuta come follia temporanea e ciò in ragione della presenza della "coscienza" comune alla nuova categoria clinica. Lo studio ha poi attinto dalle tesi fornite da ¹Marc e ²Hoffbauer, considerando gli eccessi di follia come momenti caratterizzati da intervalli lucidi oltre che da intermittenze regolari e irregolari, suscettibili di sparire nell'arco di poco tempo. Sono stati

¹ C. H. Marc, *De La Folie, considèrèe dans ses rapports avec les questions mèdico.judiiciaire*, Baillièrè, Paris 1840.

² J. C. Hoffbauer, *Medecine lègale relative aux aliènes et aux sours-muets*, Baillièrè, Paris 1827.

così analizzati casi di carneficina, di istinto omicida circoscrivibile ad archi di brevissima durata conseguente ad un flusso mestruale, o di follia transitoria associata a sonnambulismo o intossicazioni. Lo studioso Marc ha riportato come le crisi descritte dal personale di assistenza o da terzi testimoni avessero una durata di circa due ore: il dato ha permesso di porre una prima attenzione e di distinguere gli ambiti carpiri da follia transitoria da quelli inerenti la condizione intermedia fra sonno e veglia. Si è trovata una prima definizione di “follia transitoria” grazie allo studio di Berti³ che ha incluso, fra le alterazioni perturbatrici passeggiere, quelle che privavano l’individuo dell’intelletto e della libertà per un periodo momentaneo. Si è pertanto effettuata una distinzione circa il sonnambulismo fra veglia e sonno, e nel delirium tremens manifestatosi in malattie acute febbrili o nell’epilessia. Sono seguiti studi condotti da Tamassia⁴ che si è occupato della amnesia o psicosi transitoria, di durata brevissima e non preceduta da alcun altro disturbo, caratterizzata da comportamenti auto o eterodistruttivi violenti e automatici. Tamassia evidenzia come la c.d. “crisi del male” sia rappresentata dall’amnesia accompagnata al sonno profondo.

Fra gli altri, Krafft-Ebing⁵ ha dato atto dell’esistenza di stati psicopatici della durata di ore o di intere giornate. Egli ha evidenziato come, nella pazzia transitoria, la coscienza fosse presente per l’intera durata dell’accesso, insieme all’impronta delirante del quadro fenomenico collocandola all’interno di un quadro morboso sintomatico. Krafft è stato poi, il primo a classificare i disturbi della coscienza presentandoli come stati di sonnolenza, di stupore, stati crepuscolari, allucinazioni, deliri, ansia e anomalie reattive

³ G. Berti. Della imputabilità legale considerata in ordine alle principali malattie mentali, Botta, Torino 1865

⁴ A. Tamassia, Sulla mania transitoria, in Archivio Italiano per le malattie nervose, XVIII, 1881 pp. 165-174

⁵ R. Krafft-Ebing, Trattato Clinico-pratico delle malattie mentali, tr.it. Bocca, Torino 1885-1886

del carattere. Egli accorpò tutte le analisi degli stati di “incoscienza morbosa”, collocandoli fra i motivi di ⁶abolizione della imputabilità. ⁷Venturi, invece, dopo aver analizzato i casi di epilessia larvata, deliri isterici, stati nevrastenici, deliri febbrili, intossicazioni alcoliche e manie di breve durata, si è occupato di quelle tipologie di malattie che richiamavano caratteri estranei rispetto a quelli che emergevano da quelle appena menzionate, classificandole come forme di “psicosi transitoria indipendente”.

Egli ha interpretato la “psicosi transitoria indipendente” come malattia che colpiva un soggetto pienamente sano, privo di predisposizioni morbose, con un arco temporale di durata circosccrivibile a poche ore. Venturi ha compreso fra questi pure i casi analizzati dalla letteratura medica, come l’ubriachezza più o meno patologica, l’infezione malarica, i dolori fisici eccessivi e prolungati, classificando gli stessi come “furore morboso transitorio” pur di estrema rarità. Sono stati introdotti degli indici per stabilire la sintomatologia distinguendo fra quelli comuni, e quelli non comuni alla totalità di casi.

Rientrano fra quelli comuni l’arrossamento del volto, l’aumento della forza muscolare, gli atti di cieca violenza contro altri e mai contro se stessi, l’aumento dei battiti cardiaci, l’aumento dell’intensità dell’atto violento, fino al completo esaurimento delle forze, la durata del periodo del furore non oltre le 14 ore, sonno profondo e critico. Si collocano, invece, fra quelli non comuni a tutti i casi, lo scoppio improvviso dell’accesso, per cause riconducibili a sentimenti d’inquietitudine o di agitazione, la caduta improvvisa per terra, la confusione mentale nonché la rapida e completa riacquisizione della lucidità. Sono poi seguiti ulteriori sviluppi che hanno

⁶ Trattato di psicopatologia forense, terza edizione, (tradotto in italiano e pubblicato nel 1897)

⁷ S. Venturi “sulla mania transitoria” in Archivio italiano per le malattie nervose, xx, 1883, pp.401-415; sulla mania transitoria, in rivista sperimentale di freniatria, x, 1884 pp. 90-103; S.Venturi, “dei criteri più sicuri per la diagnosi della mania transitoria, in Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale, vII, 1886, pp, 500-510

portato, nell'ambito della psichiatria forense, ad affermare che la mania transitoria culmini nella irresponsabilità delle azioni criminose commesse durante l'accesso, e sia caratterizzata dall'assenza di cognizione circa l'attività delittuosa posta in essere, dovuta ad una forza interna irresistibile. Sulla base di questi sviluppi sono sorte le prime critiche sulla somiglianza di alcune tipologie fino a pervenire ad un risultato comune a gran parte degli studiosi, fra l'altro uguagliabile al linguaggio psichico moderno, che scinde due categorie principali, quali: il disturbo mentale transitorio (DMT) o disturbo psicotico oppure il disturbo mentale breve o disturbo schizofreniforme.

Il primo è visto oggi come disturbo ⁸delirante o allucinatorio acuto, da non confondere con lo scompenso borderline. Si è analizzato che, qualora il disturbo mentale transitorio evolva in schizofrenia o in disturbo delirante cronico, potrebbe condurre a fratture microencefaliche tali da comportare disturbi borderline della personalità. Queste premesse hanno condotto poi Cassano a rideterminare quelli che furono gli indici dettati da Venturi e da Krafft, scindendo in cinque categorie: disturbi deliranti acuti, reazioni da stress, disturbi della personalità, patologia borderline di personalità e stati emotivi e passionali. I disturbi deliranti acuti: sorgono in seguito ad un evento psico-traumatizzante ed hanno una durata limitata a qualche ora. L'accesso si attiva in soggetti con disturbi di personalità, che risultino vivere in maniera frenata la loro vita, finchè un evento per loro traumatizzante comporti per loro l'appiglio per l'assunzione di una condotta dissociata dalla collettività, anche mediante l'attuazione di atti aggressivi. Dalle analisi documentate è emerso come tali disturbi potessero colpire anche soggetti con funzioni dell' "io" integre e non ricoperte da eventi psicotraumatizzanti. L'episodio

⁸ G.B. Cassano, P. Pancheri, R. Rossi, Trattato italiano di psichiatria, Masson Milano 1992-1993 CAD.48, clinica/4, pp1539-1560.

acuto si concretizzerebbe anche in deliri sconnessi, illusioni o allucinazioni. Secondo gli studiosi “l’acting-out”, si rivestirebbe di una condizione di fatuo distacco dalla realtà e da intensa angoscia e panico.

Fra gli aspetti che hanno coinvolto questo studio, inteso quale psicosi reattiva breve o disturbo delirante acuto, si è analizzata l’intossicazione da alcol o da sostanze del tipo cocaina o da amfetamine. In tal caso preme evidenziare come la norma voluta dal legislatore in materia di politica criminale, abbia escluso la rilevanza di tale intossicazione sull’imputabilità dell’autore di reato se dipendenti da altro disturbo mentale. Si parla di reazioni da stress quando si richiama la sindrome nevrotica, distinguendo fra reazione acuta da stress o disturbo acuto da stress; sindrome post-traumatica da stress; sindromi dissociative o disturbi d’ansia o dissociativi. Con i disturbi della personalità ci si riferisce ad almeno due tratti tipici: disforia e impulsività, cogliendo all’esterno dei due, solo uno stile di vita senza segni di scissione dell’“io” o segni di perdita dello stesso. Fra i disturbi si sono identificati i seguenti: paranoide, antisociale, narcisistico maligno. La condotta dell’agente, sulla base di studi effettuati, appare organizzata, finalizzata e cosciente, strutturata in ottica conforme rispetto ai caratteri della personalità. La patologia borderline della personalità, è caratterizzata da disorganizzazione panangoscia e alterazione del senso della realtà. Rientra, dunque, fra i disturbi gravi della personalità, fra cui si colloca, peraltro, il disturbo narcisistico della personalità paranoide, associato alla costruzione di un falso se stesso, negazione e scissione.

Gli studi svolti, hanno concluso che, qualora il disturbo nevrotico o psicopatico non abbia intaccato l’integrità dell’io e pertanto i meccanismi di difesa per tali ragioni non si siano tradotti in meccanismi difensivi, ma vi sia stata solo una perversa progettualità criminale, il fenomeno escluderebbe un vizio di mente. Al contrario, si dedurrebbe che quanto più compromessa sia

la patologia, tanto più fragile sarà l'io. Maggiormente sarà compromesso l'esame della realtà, in termini di scompensamento psicotico, tanto più bizzarro sarà l'estrinsecarsi dell'atto delittuoso e la condotta che ne seguirà. La valutazione del caso appena menzionato avviene tenendo conto del prima, durante e dopo il reato, per comprendere se si è d'innanzi ad un delitto psicotico psicopatico, disorganizzato o organizzato e questo soprattutto ai fini dell'incidente probatorio idoneo a ricostruire le modalità di esecuzione. Particolare attenzione ha assunto la scissione fra la patologia rilevante ai fini forensi e quella rilevante ai soli fini clinici. Diversi si sono rivelati i postumi che, di per sé, costituivano una patologia, rilevante ai soli fini clinici, e non anche ai fini forensi. Di conseguenza è apparsa opportuna una valutazione da effettuarsi di volta in volta. Fra gli indizi per la distinzione si porrebbe l'analisi del modus operandi, dal quale trarre la conoscenza del soggetto agente, nella misura in cui il medesimo abbia lasciato firma o tracce personali significative, ponendo in essere anche un'osservazione indiretta, in modo da documentare l'episodio stesso. Il fine dovrebbe mirare ad una valutazione dello stato di mente dell'autore del reato al momento del fatto, guardando ai riferimenti cronologici e documentandoli ulteriormente così come gli eventuali segni comportamentali che scolpiscono quell'individuo, differenziandolo rispetto ad un altro. Da tale distinzione si è permesso al giudice, nei vari casi di specie, di decidere con successivi criteri guida vincolati, quando e in quali casi ammettere la perizia psichiatrica e quando negarla anche in una dimensione di tutela della ragionevole durata del processo. Altra casistica da considerare ai fini dell'esclusione della perizia, è stata quella riguardante la perizia finalizzata ad una valutazione circa l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche. Tale conclusione è stata accreditata anche in ragione della funzionalità della perizia stessa, la quale svolge un ruolo di ausilio, volto a

permettere al giudice l'acquisizione di ulteriori conoscenze, utili ai soli fini della decisione e del bilanciamento di interessi che ne conseguono.

In seguito gli studi si sono orientati anche in senso opposto, permettendo di pervenire a quella che oggi verrebbe definita "la dimensione della normalità" identificata come categoria nosografica. Ciò ha permesso una descrizione in termini psicopatologici, neurobiologici e funzionali, scindendola in diverse categorie quali:

- Identità dell'io, comprendente coerenza, autostima, gioia di vivere, sentimento di continuità nel tempo.
- Forza dell'io, riguardante disponibilità effettiva, controllo delle emozioni e degli impulsi, coerenza, creatività e perseveranza nel lavoro e nelle relazioni interpersonali.
- Super-io integrato e maturo, inteso come interiorizzazione di un sistema di valori e di riferimenti, stabile, individuale, responsabile, realistico, autocritico, rispettoso delle norme sociali, e dei valori condivisi dal gruppo sociale.
- Gestione appropriata dell'aggressività e della sessualità, sviluppata in individui con capacità di tenerezza, di comprensione, di coinvolgimento emotivo.
- Ricorso all'utilizzazione di meccanismi difensivi secondari, quali rimozione, proiezione, sublimazione, intellettualizzazione e razionalizzazione.

⁹Ugo Fornari ha affermato quindi come un soggetto che viva in una di queste dimensioni sia nelle condizioni di gratificarsi con la realtà, di elaborare lutti, angosce, frustrazioni, di rendere con cognizione le proprie richieste, di svolgere i compiti dell'esistenza, inserendosi nel contesto e rispetto delle

⁹ U. FORNARI, Trattato di psichiatria forense, Torino, 1997, p.122

relazioni io-tu, io-altri. Oltre a una differenziazione fra la patologia e la normalità si sono sviluppati nel corso degli anni anche ulteriori scoperte che hanno permesso di farvi rientrare le condotte causa di sofferenza, soffermandosi soprattutto su quelle nevrotico/psicopatiche, rientranti nella personalità borderline, e ciò in quanto la medesima non si ricomprenderebbe fra le categorie diagnostiche, ma sarebbe caratterizzata dall'assenza di deliri e di allucinazioni. Si è scoperto come la medesima patologia comporti una visione di se stessi come "cattiva", delle problematiche inerenti la scoperta di chi si è, problematiche di debolezza oppure una visione degli altri come capaci di essere calorosi e affettuosi, considerandoli allo stesso tempo inaffidabili, poiché per la loro dominanza potrebbero essere di sostegno, ma successivamente cambiare per ferire o abbandonare. È emersa la concezione secondo cui chiedere quello di cui si ha bisogno, "o di rispondere quando ci si sente attaccati, avvenga al solo fine di sentirsi meglio, credendo che fidarsi di qualcuno equivalga ad essere necessariamente abbandonati, abusati o traditi e di dover star male, nonché di perdere il controllo.

Dagli ¹⁰studi è emerso, dunque, che chi risulta investito da questo disturbo borderline, abbia per un verso un chiaro esame della realtà e, per altro verso, sia colpito da una assenza di continuità significativa fra il proprio passato e il proprio presente, con una scissione di base fra inadeguatezza e senso di vuoto, impulsività autodistruttiva, carenza di funzione riflessiva della coscienza e scompensi psicotici di una personalità in cui le funzioni dell'io risultino compromesse. Le due componenti principali del disturbo includono l'instabilità e l'impulsività. Le premesse fin qui esposte, consentono di delineare il concetto di imputabilità, gli eventuali casi di esclusione di responsabilità penale sulla base del vizio di mente, nonché la pericolosità sociale e la capacità di stare in giudizio del soggetto. Gli ulteriori sviluppi

¹⁰ <https://www.istitutobeck.com/tmi-trauma>

hanno consentito, ai periti di rispondere ai tanti formulari attraverso procedure tipiche della medicina legale, fuse con valutazioni cliniche effettuate in sede di operazioni peritali e basate sull'acquisizione di documentazione sanitaria o di altro materiale anche psicodiagnostico, reperito all'interno degli ospedali o dei pubblici uffici. Il tutto ha permesso alla psichiatra forense di dar vita ad elaborazioni e conclusioni diagnostiche e valutazioni con conseguente discussione psico-legale, tesa a fornire al giudice varie risposte, derivandole sulla base degli elementi acquisiti. In questi confini la relazione peritale si rivelerà essere uno strumento fondamentale per comprendere le cause delle azioni delittuose, nonché l'aspetto ex ante che sarà il promotore delle medesime, consentendo così al giudice una concreta valutazione il più possibile adeguata rispetto agli interessi in gioco.

CAPITOLO 1°

LA PERIZIA PSICHIATRICA NEL PROCESSO PENALE

SOMMARIO: 1.1 La perizia psichiatrica nel processo penale; 1.2 Natura e oggetto; 1.3 Gli atti preliminari al conferimento dell'incarico. La nomina del perito; 1.4 Tempo della perizia, scelta del perito, cause di incapacità ed incompatibilità, ipotesi di astensione e ricusazione; 1.5 La partecipazione cosciente; 1.6 Quesito peritale; 1.7 La prova psico-giuridica. Il divieto di perizia psicologica nel codice penale del 1930.; 1.8 Il divieto alla luce della giurisprudenza costituzionale; 1.9 La legge delega del 1974 e il primo progetto del 1978.; 1.10 Divieto nel codice di rito del 1988; 1.11 Imputabilità: l'accertamento

1.1 La perizia psichiatrica nel processo penale

La disciplina della perizia nel processo penale è oggi contenuta negli articoli da 220 a 232 e nell'articolo 508 c.p.p. La sua formale collocazione tra i "mezzi di prova" consente di ritenere superata la vecchia questione, dibattuta in dottrina e giurisprudenza, circa la sua qualificazione processuale quale, "mezzo di prova" o "mezzo di valutazione della prova". Deve, comunque convenirsi sul fatto che, al di là della scelta operata dal legislatore, la perizia si rivela essere un mezzo di prova per sua natura neutro, ovvero classificabile né "a carico", né "a discarico" dell'imputato, sottratto al potere dispositivo delle parti e rimesso essenzialmente al potere discrezionale del giudice. Su tale ultimo punto, per la verità controverso in dottrina, la giurisprudenza¹¹ di legittimità assolutamente prevalente, ritiene che l'ammissione della perizia sia comunque rimessa ad una valutazione discrezionale del giudicante,

¹¹ Cass. pen., sez. VI, 8 marzo 1991 in "Giurisprudenza Italiana", 1992, II, c.598