

**UNIVERSITA' TELEMATICA "e- Campus"**

**Master in Criminologia indirizzo scienze forensi e investigative II livello**

**LA NAVE DEI FOLLI**

**in viaggio attraverso l'evoluzione dell'approccio agli autori di reato**

**Relatore**

**Professore Armando Palmegiani**

**Tesi di laurea di**

**Cervini Giovanna**

**Matricola**

**007554186**

**Anno Accademico 2022/23**

**AUTORIZZAZIONE ALLA CONSULTAZIONE DELLA TESI DI LAUREA**

Il/la sottoscritta Cervini \_\_\_\_\_ (nome) Giovanna \_\_\_\_\_ (cognome) N° di  
matricola 007554186 \_nata\_ a Varese \_\_\_\_\_ il 10/10/1964 \_\_\_\_\_ autore della tesi dal  
titolo

**LA NAVE DEI FOLLI**

---

**in viaggio attraverso l'evoluzione dell'approccio agli autori di reato**

---

**X AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

la consultazione della tesi stessa, fatto divieto di riprodurre, parzialmente o integralmente,  
il contenuto.

Dichiara inoltre di:

**X AUTORIZZARE**

**○ NON AUTORIZZARE**

per quanto necessita l'università telematica e-Campus, ai sensi della legge n. 196/2003, al  
trattamento, comunicazione, diffusione e pubblicazione in Italia e all'estero dei propri dati  
personali per le finalità ed entro i limiti illustrati dalla legge.

Data 28 Maggi 2024

Firma



## Sommario

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1</b> .....	<b>10</b>
<b>EX-CURSUS SUL CONCETTO DI FOLLIA</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPITOLO 2</b> .....	<b>16</b>
<b>UN VIAGGIO ATTRAVERSO I SECOLI: L'EVOLUZIONE DEL DIRITTO E LA TUTELA DEI FOLLI</b> .....	<b>16</b>
2.1 Lex Carolin, Codice Leopoldino, Codice Zanardelli .....	16
2.2 La Legge 36 del 1904 .....	21
2.3 Il Codice Rocco .....	23
2.4 La grande transizione dettata dalla legge Basaglia .....	26
2.5 L'epoca moderna: dagli OPG alle REMS .....	29
<b>CAPITOLO 3</b> .....	<b>32</b>
<b>CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE, IMPUTABILITA', PERICOLOSITÀ SOCIALE</b> .....	<b>32</b>
3.1 Capacità di intendere e volere .....	32
3.2 L'imputabilità .....	34
3.3 Pericolosità sociale .....	39
3.4 La pericolosità sociale nella pratica psichiatrico forense .....	42
<b>CAPITOLO 4 – CASI EMBLEMATICI: STORIE DI AUTORI DI REATO</b> .....	<b>50</b>
4.1 Un caso controverso che ha fatto epoca: Callisto Grandi detto Carlino <i>l'ammazzabambini</i> .....	50
4.2 Un fosco delitto nel Convento di Caravate .....	55
4.3 La storia di Stella .....	60
4.4 il caso di Ignis .....	71
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>81</b>

# INTRODUZIONE

*“Abbiamo ancora fratelli grandi e piccoli in ogni paese da tutte le parti. Senza fine è il numero dei folli. Andiamo in giro per tutti i paesi, da Narbona al paese di Cuccagna. Poi vogliamo andare pure nel paese di Narragonia. Visitiamo ogni porto ed ogni riviera. Andiamo in giro con grave danno, per non possiamo trovare la riviera, dove si deve prendere terra. Il nostro vagare è senza fine, perchè nessuno sa dove approdare. E non trova quiete di giorno e di notte; nessuno dei nostri presta attenzione alla saggezza...” S. Brant , Das Narrenschiff. La Nave dei folli,*

Il viaggio è la partenza per il mio del lavoro di tesi, un viaggio, sulla nave dei folli, per raccontare l'evoluzione dell'approccio agli autori di reato attraverso casi reali. I titoli dei giornali urlano di efferati delitti, spesso attribuibili ad uno scoppio di follia, un termine abusato, vago e impreciso, che cela la complessità della psiche umana. La follia come mito: sfatare luoghi comuni sui reati

La "*follia*", termine ormai desueto in ambito scientifico, è stato sostituito da un'accezione più ampia: *il disturbo mentale*. Un termine che racchiude una varietà di sfumature, non necessariamente legate all'azione violenta. In tal proposito la letteratura esplicita chiaramente che gli agiti aggressivi e i comportamenti delinquenti sono percentualmente più frequenti nella popolazione generale detta "sana" rispetto alla popolazione affetta da disturbi psichiatrici. Esistono diverse forme di disturbi mentali, e non tutte implicano una pericolosità sociale e una compromissione della capacità di intendere e di volere. La criminologia e la psichiatria moderna ci insegnano che i crimini, anche i più efferati, sono frutto di un processo graduale, che a volte si manifesta in un impulso improvviso.

Viaggio, folli, rei, pericolosi socialmente, capaci o incapaci, totalmente o parzialmente di intendere e di volere queste le parole chiave attraverso le quali costruire la trama di questo lavoro di tesi. Lavoro che rappresenta simbolicamente un viaggio sulla nave dei folli.

Compagni di viaggio, sono gli autori di reati accaduti in diverse epoche e in diversi luoghi. Le loro storie, attraverso l'analisi di documenti autentici (perizie psichiatriche dei CTU, documenti storici, articoli di cronaca) ci permetteranno di esaminare la loro imputabilità, la loro pericolosità sociale e le conseguenti misure applicate nonché l'evoluzione della modalità di approccio agli autori di reato nel tempo.

Verrà trattato il caso di Callisto Grandi, detto anche *l'ammazzabambini* siamo nella metà dell'800 in provincia di Firenze. Ci trasferiremo poi al Nord Italia, in piccole cittadine di provincia, per esaminare un caso storico accaduto nel 1953 il cui protagonista si chiama Molteni Francesco, di questi casi, resi pubblici abbiamo esplicitato le generalità. Le storie di reato più recenti, casi peritali esemplificativi, hanno per protagonisti Stella, Ignis, nomi di fantasia per tutelare la privacy dei soggetti, ma anche nomi evocativi dei tratti salienti della loro vicenda giudiziaria.

### **Perché il viaggio?**

*Il viaggio* è il simbolismo per antonomasia delle vicende umane, è un elemento intrinseco all'esperienza umana. Sin dai tempi antichi, l'uomo, ha attraversato terre e mari per svariate ragioni: lavoro, scoperta, fuga da guerre o persecuzioni, desiderio di esplorare l'ignoto. Nell'esperienza del viaggio convivono un caleidoscopio di emozioni: la sofferenza del distacco dai luoghi familiari, la nostalgia per ciò che si è lasciato alle spalle, l'emozione dell'incontro con l'altro, con culture e modi di vivere differenti, il desiderio di un ritorno a casa. Il viaggio diventa un'occasione per riscoprire e affermare la propria identità, per superare i propri limiti e aprirsi a nuove esperienze. La tematica del viaggio ha trovato ampia espressione nella letteratura, nella poesia, nella pittura, di ogni tempo e luogo. Ogni autore ha offerto la propria interpretazione, plasmando storie e personaggi che riflettono le diverse sfumature dell'esperienza del viaggio.

Non possiamo non ricordare Konstantinos Kavafis con la sua bellissima poesia *Itaca*<sup>1</sup> scritta nel 1911. Itaca diventa la metafora stessa del viaggio, non è solo il rientro a casa di Ulisse in balia delle onde – di se stesso, dei suoi dèmoni – ma diventa il viaggio stesso, il motivo del viaggiare. Per Kavafis il viaggio intrapreso deve seguire il suo corso e non deve essere affrettato, bisogna stare desti davanti agli eventi, essere accorti per ciò che succede, per poi lasciarsi trascinare dalla Necessità, da Ἀνάγκη, al cui cospetto, perfino gli dèi dell'Olimpo chinano il capo. “*E avrai capito ciò che Itaca sta a significare*”, la poesia termina con queste parole: ciò che conta veramente nella vita è il viaggio più che la meta, e dunque le esperienze che si fanno durante il viaggio.

Altro viaggio denso di simbolismo, è *La nave dei folli*, un viaggio senza meta, che affonda le sue radici nel vecchio ciclo degli *Argonauti*. Nel 1494 il poeta tedesco Sebastian Brant dà vita a questa leggenda con il suo poema satirico "*Das Narrenschiff*", tradotto in italiano come "*La nave dei folli*". L'opera narra il viaggio di 111 folli verso la terra immaginaria di *Narragonien*, – il Paese dei Pazzi, Narr significa il folle– passando per *das Schlaraffenland* – il Paese di Cuccagna – e finendo tragicamente affogati.

Ogni personaggio di questa storia incarna una specifica "follia" umana, una grottesca manifestazione dei vizi più comuni. Attraverso la lente della satira, l'autore ci conduce in un viaggio attraverso le debolezze che ci definiscono.

**Cupidigia:** un avaro ossessionato dall'accumulo di ricchezze, incapace di godere dei piaceri semplici della vita.

**Gioco d'azzardo:** Un individuo imprigionato nella morsa della dipendenza, pronto a rischiare tutto per l'ebbrezza di una vincita effimera.

---

<sup>1</sup> <https://www.poesiedautore.it/konstantinos-kavafis/itaca>

**Crapula:** un individuo schiavo degli eccessi, incapace di moderazione, che affoga i suoi problemi in un mare di vino e cibo.

**Adulterio:** un amante trasgressivo che infrange le promesse e mina le relazioni, cedendo alla tentazione e all'inganno.

**Chiacchiere:** una persona pettegola ossessionata dai fatti altrui, che diffonde voci e veleni, creando discordia e rovinando reputazioni.

**Studi inutili:** un intellettuale pretenzioso che ostenta una conoscenza superficiale, incapace di applicare il suo sapere al mondo reale.

**Usura:** un individuo senza scrupoli che sfrutta la miseria degli altri, traendo profitto dalle loro disgrazie.

**Voluttà:** un individuo ossessionato dal piacere, che cede ai suoi desideri carnali senza alcun riguardo per le conseguenze.

**Ingratitudine:** un individuo incapace di riconoscere i favori ricevuti, che ripaga la gentilezza con l'offesa.

**Bestemmia:** un individuo che sfoga la sua rabbia e frustrazione con blasfemie e imprecazioni, offendendo il sacro e il profano.

L'opera non si limita a descrivere questi vizi, ma li amplifica e li esaspera, creando caricature grottesche che suscitano il riso e, allo stesso tempo, invitano alla riflessione. Ogni capitolo è dedicato a un vizio specifico, esplorando le sue sfaccettature più ridicole e deplorevoli.

L'autore mette in luce la follia che si cela dietro questi comportamenti, evidenziando come essi ci allontanino dalla ragione e ci conducano verso la rovina. La satira diventa così uno strumento per scuoterci dal nostro torpore e spingerci a confrontarci con le nostre debolezze, invitandoci a liberarci dalle catene dei vizi che ci imprigionano.

Oltre ai vizi più comuni, l'opera include anche personaggi che incarnano manie e comportamenti bizzarri:

Ricerca volontaria dei guai: Un individuo che sembra attratto dalle disgrazie, come se cercasse inconsciamente di punirsi o di attirare l'attenzione.

Disturbi del sonno: Un individuo che trascorre le notti a cantare e suonare, disturbando il sonno degli altri e dimostrando una totale mancanza di autocritica e percezione della realtà<sup>2</sup>

Il pittore Hieronymus Bosch ha dato una rappresentazione visiva al mito con il suo celebre dipinto "*La nave dei folli*". L'opera raffigura un gruppo di folli in balia del mare su una nave senza meta.

Quale dunque il significato? La nave dei folli rappresenta una metafora potente, simboleggia l'emarginazione di coloro che non si conformano alla ragione collettiva, condannati a vagare senza patria né terra ferma. La loro esistenza è priva di direzione, un continuo errare senza speranza. Un microcosmo, di ciò che è riconosciuto come *Altro*, *Diverso*. La nave è, come ci ricorda Foucault "*L'eterotropia per eccellenza*". Il mito della nave dei folli conserva una valenza universale: le persone che si discostano dalla norma rischiano di essere emarginate e ostracizzate. Non solo simbolismo ma anche realtà, infatti come scrive M. Foucault nella sua opera *Storia della follia nell'età classica*, (1961) durante il Rinascimento i folli, in molte città tedesche, venivano imbarcati sulle navi e trasportati da una città all'altra o abbandonati sulla nave alla deriva del loro destino. Molti morivano di fame, sete, malattie.

In alcuni casi, i "folli" venivano gettati in mare direttamente dalla nave, condannati a un'annegamento quasi certo.

---

Brant Sebastian R. Disanto (Curatore)<sup>2</sup> *Das Narrenschiff*. La nave dei folli  
Scheda Editore, 1989



La follia è come la morte: inguaribile. Questa caratteristica segna una linea di confine della collettività e la nave è uno dei suoi contenitori. *“Il gesto violento che li scaccia dalla vita della polis definisce retroattivamente la natura immunitaria della Comunità dei normali. Il folle è infatti considerato un tabù, un corpo estraneo che deve essere spurgato, allontanato, escluso. I marinai diventano allora i loro custodi: essere stivati nella Stultifera navis e abbandonati sulle acque manifesta l’esigenza di un rituale simbolico di purificazione ma anche un imprigionamento senza alcuna possibilità di redenzione. La libertà di una navigazione senza rotta è, in realtà, una schiavitù impossibile da riscattare<sup>3</sup>.*

Questa spietata usanza rifletteva la paura e l’incomprensione che circondavano la malattia mentale in quel periodo. I "folli" erano visti come pericolosi e incontrollabili, e la loro eliminazione era considerata necessaria per proteggere la comunità.

Tuttavia, è importante sottolineare che non tutti i "folli" erano sottoposti a questo trattamento crudele. Alcuni venivano curati in istituti specializzati, mentre altri erano semplicemente emarginati all'interno delle loro comunità.

Il viaggio comincia!

---

<sup>3</sup> M. Recalcati, *Scacco alla ragione*, Repubblica, 29-05-16

# CAPITOLO 1

“Noi la chiamiamo follia, altri la definiscono malattia”

Alda Merini “La pazza della porta accanto” Bompiani 1955.

## EX-CURSUS SUL CONCETTO DI FOLLIA

### 1.1 Il significato della follia

Interessante risalire **all’etimologia** della parola follia. Il termine deriva dal latino *follis* e il suo significato rimanda a *vuoto* o *mantice*, stessa radice di folata, refolo, figuratamente *testa vuota*. Le diverse epoche storiche, gli influssi culturali, le convenzioni sociali, hanno modificato nel tempo il significato attribuito a questo termine: *folle* è qualcosa o qualcuno che prima era definito normale e viceversa. Ecco, quindi, che la follia si presenta come un fenomeno mutevole e versatile nelle diverse epoche storiche.

**Nella Grecia classica** la follia è legata alla sfera sacra: il folle rappresenta la voce del divino da ascoltare e interpretare. Ippocrate (460 AC- 377 AC, nato nell’isola di Kos) nel “*De morbo sacro*” rifiuta le pratiche operate da sacerdoti e sciamani. Il celebre pensatore di Cnido elabora una teoria che pone al centro quattro fluidi corporei: il fluido rosso e caldo proveniente dal cuore, il fluido bianco e freddo originato dal cervello, il fluido giallo e caldo prodotto nel fegato, e il fluido nero e freddo secreto nella milza. Lo squilibrio di uno o più di questi fluidi, o l’influenza di fattori esterni come il clima o l’alimentazione, era ritenuto la causa della malattia. Nella sua scuola, si associava la predominanza del fluido nero, secreto dalla bile, a un’indole triste, introversa e pessimista: la malinconia (dal greco melas, "nero", e chole, "bile")

**Nel periodo Medievale**, l'Altro, nella sua accezione di "folle", assume una connotazione ambivalente, intrisa di sacro e profano. Da un lato, il folle è visto come una manifestazione del divino o del demoniaco, una maschera del mistero che, sebbene incuta timore, è comunque rispettata. Distinguere il "folle di Dio" dall'indemoniato è un'impresa ardua, tanto quanto discernere se una malattia fisica è causata da "spiriti" maligni che corrompono il corpo. Il folle incarna l'eterna lotta tra "bene" e "male", offrendo l'opportunità di sconfiggere il demone. La cura della follia è quindi di natura mistico-religiosa, affidata ai sacerdoti del tempio che, attraverso riti e preghiere, tentano di alleviare i sintomi. In questo contesto, il controllo della malattia mentale, in particolare nelle donne, è esercitato dalla Chiesa, nelle figure degli esorcisti e degli inquisitori. L'accesso alle chiese è precluso ai folli, mentre le persone possedute dal demone, principalmente donne, vengono considerate streghe e condannate al rogo. I malati mentali sono indemoniati, in quanto la forza malvagia, insinuandosi negli umori, contamina il corpo. L'uccisione, tramite rogo o impalamento, distrugge il corpo dell'indemoniato, liberando l'anima e permettendole di ascendere a Dio. *Il Malleus Maleficarum* pubblicato nel 1487 diventa il testo principale da cui l'Inquisizione trae i suoi giudizi e le sue condanne. Anche nei secoli successivi, il folle, rimane sempre un mistero, temuto e ostracizzato. Stigma e contenimento sono le difese che la società attua rispetto a comportamenti bizzarri e aggressivi, la follia è una minaccia all'ordine sociale. Nessuna cura prevista, ma solo la detenzione in prigioni infami dove i reclusi vengono frustati, picchiati. Un destino comune sia per malati mentali, sia per criminali, vagabondi, alcolisti ladri, ecc.

**Nel XVIII secolo** si accende un barlume di speranza. La psichiatria emerge come scienza medica, svincolandosi dalla religione e la malattia mentale è finalmente riconosciuta: una

svolta epocale, anche se la guarigione resta un miraggio, la follia è una condanna ineluttabile e la mente umana, un mistero da esplorare. Alla fine del Settecento, un pioniere, il medico **Philippe Pinel**, assume la direzione dell'**Ospedale della Bicetre**, a Parigi, un luogo dove regna l'oppressione. Davanti ai suoi occhi si presenta uno spettacolo desolante: persone ingabbiate come bestie feroci, imprigionate nelle catene della loro stessa mente.

Pinel, con audacia e intuito rivoluzionario, vede in loro non creature da temere, ma esseri sofferenti da comprendere e curare, la loro alienazione è una malattia, un tracollo della ragione sopraffatta dai tormenti. Con un gesto coraggioso, egli spezza le catene che li tenevano prigionieri, liberandoli non solo dalle sbarre di ferro, ma anche dalle barriere dell'ignoranza e della paura. Il suo obiettivo: curare, non punire.

Il trattamento Pinel è rivoluzionario per quell'epoca: il trattamento morale. Un approccio basato sulla comprensione, sull'ascolto e sulla cura, antesignano della moderna psicoterapia. L'opera di Pinel segna una nuova era nella cura della mente, la sua intuizione apre la strada a un futuro in cui la follia non sarebbe più stata considerata una maledizione, ma una malattia da curare. Descrive quattro malattie mentali di base o "follie": semplice malinconia, mania, idiozia e demenza.

“L'asilo di Pinel è organizzato in tre modi principali:

- Il silenzio: prigioniero soltanto di se stesso, il malato è coinvolto in un rapporto colpevole con se stesso: la colpevolezza è spostata verso l'interno. L'assenza di linguaggio, quindi, ha per correlativo l'emergere della confessione.
- Il riconoscimento nello specchio: la follia vedrà se stessa e sarà vista da se stessa, sarà, contemporaneamente, puro oggetto e soggetto assoluto.

- Il giudizio perpetuo. La follia viene anche continuamente giudicata dall'esterno da una sorta di tribunale invisibile; il malato deve essere perfettamente consapevole di tutto questo, il legame tra colpa e punizione deve essere evidente.

Al silenzio, al riconoscimento nello specchio e al giudizio perpetuo si aggiunge una quarta struttura fondamentale: il personaggio **medico**. Fra tutte esso è senza dubbio l'elemento più importante perché guiderà infine tutta l'esperienza moderna della follia e diverrà la figura essenziale dell'asilo. *L'homo medicus* acquisterà autorità come sapiente e come saggio; sarà colui che delimiterà, conoscerà e dominerà la follia.”<sup>4</sup>

Il concetto di devianza morale si afferma attraverso il lavoro di Pinel, inserendo questa categoria all'interno della mania senza delirio o monomania impulsiva. Questa condizione, caratterizzata da comportamenti violenti ma senza distorsioni nella percezione della realtà, viene successivamente perfezionata da **Prichard** in Inghilterra nel 1835, la "*moral insanity*", stato caratterizzato dalla perversione morale, dalla mancanza di sensi di colpa e dall'immoralità dei comportamenti.

Inizialmente considerata una forma di monomania, la devianza morale è successivamente distinta come una categoria nosografica autonoma, separata dalla monomania, e infine equiparata da **Cesare Lombroso** al delinquente nato e sottolineandone l'assenza di rimorso come tratto distintivo. L'Antropologia Criminale di Lombroso delinea una stretta connessione tra crimine e follia, basata su criteri anatomici e tratti somatici. Il corpo diventa la manifestazione della degenerazione, identificando la pazzia come una debolezza sempre pericolosa. Le note antropometriche, come le misurazioni del naso e

---

<sup>4</sup> <http://www.gianfrancobertagni.it/materiali/filosofiacritica/sintesifollia.htm>

del cranio, diventano strumenti per identificare la follia e prevedere la pericolosità degli individui.

La psichiatria italiana ha adottato ampiamente questa teoria, collocando la follia morale al centro delle sue riflessioni sulle malattie mentali e la pericolosità sociale. Livi, con la sua definizione nosografica completa ha contribuito a consolidare la sua importanza nel contesto scientifico e giuridico italiano.

All'inizio del **XIX secolo**, il concetto di devianza morale si diffonde nella teoria della degenerazione, che considera il folle marchiato da una tara costituzionale ereditaria, che lo rende irrecuperabile e pericoloso. Questa idea è ampiamente accettata dal darwinismo sociale, che vede la degenerazione come un fenomeno trasmissibile attraverso le generazioni.

La devianza morale è considerata un pericolo per la società e, di conseguenza, è giustificato scientificamente l'internamento perpetuo in manicomio come unico rimedio contro questo pericolo. Questo concetto di pericolosità sociale ha avuto profonde implicazioni sia scientifiche che giuridiche, codificando il pericolo sociale come una malattia psichiatrica. L'incremento esponenziale degli internamenti nei manicomi civili in Italia riflette l'efficacia della psichiatria nel controllo sociale. Le valutazioni dei medici sulla pericolosità degli individui si trasformano in giustificazioni per l'internamento, sia nei manicomi che nelle prigioni.

Il numero elevato di internati, la bassa percentuale di dimissioni e la frequente ricaduta nel sistema indicano una gestione inadeguata e una mancanza di alternative al trattamento in manicomio. L'espansione rapida delle strutture psichiatriche riflette l'impegno

finanziario e politico nell'affrontare la devianza sociale secondo i dettami della psichiatria dell'epoca.

Attualmente il costrutto di **disturbo mentale** è delineato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, Testo Revisionato (DSM-5-TR), che definisce un disturbo mentale una condizione caratterizzata da:

- **Anomalie nel pensiero, nell'umore o nel comportamento:** queste anomalie possono causare disagio significativo nella vita quotidiana di un individuo, influenzando la sua capacità di funzionare al lavoro, a scuola o nelle relazioni interpersonali.
- **Disturbi nella sfera cognitiva, emotiva o comportamentale:** I disturbi mentali possono influenzare la capacità di un individuo di pensare chiaramente, regolare le emozioni o comportarsi in modo appropriato.
- **Disagio significativo o menomazione del funzionamento:** I sintomi di un disturbo mentale devono causare disagio significativo o menomazione del funzionamento in un'importante area della vita dell'individuo.
- **Non dovuti a una sostanza o a una condizione medica:** I sintomi non devono essere dovuti agli effetti diretti di una sostanza (ad esempio, abuso di droghe o alcol) o a una condizione medica generale (ad esempio, ictus o trauma cranico).
- **Non dovuti a una reazione a un evento stressante:** I sintomi non devono essere semplicemente una reazione a un evento stressante della vita (ad esempio, lutto o divorzio).

## CAPITOLO 2

### UN VIAGGIO ATTRAVERSO I SECOLI: L'EVOLUZIONE DEL DIRITTO E LA TUTELA DEI *FOLLI*

La gravità di un reato non è necessariamente indice di pericolosità sociale, rischio di recidiva, disturbo mentale. Esistono diversi fattori che possono influenzare il comportamento di un individuo, e non è possibile fare generalizzazioni. La valutazione di un individuo che ha commesso un reato deve essere complessa e multifattoriale, e non può basarsi su stereotipi o luoghi comuni. A tale proposito, nei secoli ci si è interrogati sul legame tra Diritto e Psichiatria, ripercorriamo ora alcuni passaggi storici salienti.

#### 2.1 Lex Carolin, Codice Leopoldino, Codice Zanardelli

Accanto al Diritto Ecclesiastico nasce e si sviluppa una dottrina giuridica che adotta un approccio medico- scientifico: la **Lex Carolina**. Promulgata da Carlo V d'Asburgo nel 1532. *“Immune da pena è il furioso come l'infante”* (1532) è stato uno dei primi tentativi di introdurre una condizione di vizio di mente all'interno di una legge penale, ma anche di indicare la probabilità che l'autore di reato potesse successivamente diventare *folle* e avere così una pena straordinaria. Contemporaneamente in Italia, per tutto il XVI e il XVII secolo si inizia a parlare di imputabilità e si comincia ad escluderla per gli alienati: precursore di questo movimento è Paolo Zacchia un medico pontificio che, con le sue idee all'avanguardia, dà una veste di dottrina scientifica alle sue esperienze medico-psicologiche<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, Utet giuridica, 7 ed., 2020



Tra fine Settecento e prima metà dell'Ottocento, in Europa, nascono numerosi codici e insiemi di leggi che gettano le basi per il diritto moderno. Tra questi, un'eccellenza italiana: **il Codice Leopoldino**. Emanato nel 1786, ben prima della Rivoluzione francese, questo codice introduce concetti all'avanguardia come la parità di fronte alla legge, l'abolizione della pena di morte e della tortura, e l'introduzione dell'ergastolo.

La Rivoluzione francese, con la sua Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino, rappresenta un ulteriore passo avanti nella tutela dei diritti individuali, gettando le basi anche per il diritto dei malati mentali. Tuttavia, solo con il **Codice penale napoleonico** si introduce esplicitamente il concetto di stato di demenza come causa di non imputabilità. La caduta di Napoleone e la Restaurazione riportano in vigore le vecchie leggi, ma in Italia si assiste ad un nuovo fermento: nascono codici regionali che introducono concetti innovativi come l'esclusione della colpa in caso di totale privazione della ragione.

L'unificazione d'Italia segna un momento di svolta anche per l'apparato legislativo, un fermento di idee che pervade l'ambiente politico e scientifico, preludio all'emanazione di un nuovo codice, promulgato nel 1889, il primo Codice penale dell'Italia Unita, **il Codice Zanardelli**, in vigore fino al 1930. Le libertà individuali e le responsabilità ad esse connesse erano al centro del dibattito, scatenando accese discussioni tra schieramenti diametralmente opposti. Da un lato, gli spiritualisti e i classici, dall'altro i materialisti e i positivisti: due visioni del mondo inconciliabili si scontravano, alimentando un acceso dibattito. Al centro della contesa, le implicazioni legate alla capacità d'intendere e di volere dei malati di mente, tema cruciale per la stesura degli articoli del codice dedicati all'imputabilità.

Nonostante le forti pressioni esercitate dai medici positivisti, che auspicavano l'istituzione di appositi manicomi criminali, il testo definitivo del codice non ne fece menzione. Le posizioni scientifiche espresse durante quel periodo storico offrono una preziosa chiave di lettura per comprendere i meccanismi che portarono alla sistematizzazione della psichiatria come disciplina autonoma, delineandone caratteristiche e indirizzi. Per la prima volta viene riconosciuta la non imputabilità per alcune categorie di malati mentali e viene eliminato il concetto di "*forza irresistibile*".

Secondo la teoria di Cesare Lombroso, il libero arbitrio e la capacità individuale di scegliere il bene o il male erano illusori. Egli sosteneva che il comportamento criminale era determinato da fattori biologici innati, negando quindi la responsabilità morale dell'individuo per le proprie azioni.

Lombroso proponeva di rivoluzionare il sistema giuridico, sostituendo il principio della responsabilità morale con quello della responsabilità sociale. In quest'ottica, gli individui ritenuti criminali non sarebbero stati puniti in base alla gravità del reato commesso, ma in base alla loro pericolosità sociale.

La pena detentiva, secondo Lombroso, non era sufficiente a contenere i criminali e a prevenire i reati. Egli propugnava quindi l'istituzione di appositi istituti, non carceri ma luoghi di "*custodia e cura*", dove gli individui ritenuti socialmente pericolosi sarebbero stati sottoposti a misure di controllo e rieducazione.

Scrivendo Lombroso nel 1872:

*“si può discutere a lungo da un lato e dall'altro sulla teoria della pena, ma in un punto oramai tutti convengono: che fra i delinquenti e quelli creduti tali, ve n'ha molti che, o*

*sono, o furono sempre alienati, per cui la prigione è un'ingiustizia, la libertà un pericolo, e a cui mal si provvede da noi con mezze misure, che violano ad un tempo la morale e la sicurezza”*<sup>6</sup>.

Gli individui che commettevano reati in uno stato di alterazione mentale tale da compromettere la loro coscienza o il libero arbitrio, pur essendo prosciolti perché non punibili, erano affidati alle forze dell'ordine. Nel caso in cui il giudice riteneva la loro libertà un pericolo sociale, l'autorità competente ne disponeva il ricovero temporaneo in un apposito istituto per l'osservazione (Il Manicomio). Se al termine di questo periodo la pericolosità del soggetto veniva confermata, il giudice ne ordinava il ricovero definitivo. Sebbene il codice non menzionasse esplicitamente i "*manicomi giudiziari*", già nel 1886 furono istituite le prime strutture di questo tipo, come quella di Montelupo Fiorentino. In attesa della riforma, Lombroso proponeva la creazione di strutture ad hoc per i rei impazziti nelle carceri e settori speciali, all'interno dei manicomi provinciali per le forme *intermedie* di pazzie. Secondo Lombroso i soggetti che avrebbero dovuto essere accolti in dette strutture:

"... un manicomio criminale, capace di almeno 300 letti. In questo dovrebbero essere ricevuti:

1° Tutti i servi di pena impazziti, e con tendenze pericolose, incendiarie, omicide od oscene, dopo trascorso lo stadio acuto del male.

---

<sup>6</sup> Lombroso C., Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia, *Resoconto del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere* (RILSL), S.II, vol.V, nn.1 e 2, 1872

2° Tutti gli alienati che, per tendenze omicide, incendiarie, pederastiche, ecc., vennero sottoposti a inquisizioni giudiziarie, restata sospesa per la riconosciuta alienazione.

3° Tutti quelli imputati di crimini strani, atroci, senza un movente chiaro, o con un movente sproporzionato al delitto.

4° Quelli che furono spinti al delitto da un'abituale, evidente, infermità, come: pellagra, alcoolismo, isterismo, malattie puerperali, epilessia, massime quando abbiano parentele con alienati o con epilettici, e presentino una mala costruzione del cranio.

5° Gli alienati provenienti dalle carceri, che notoriamente passarono una parte della loro esistenza nei vizj, nei delitti, dovranno essere segregati a seconda dei ceti e delle abitudini; dormiranno ciascuno in una cella; la disciplina dovrà essere severa, la vigilanza maggiore che nei manicomi comuni, e analoga a quella delle case penali, ma il lavoro proporzionato alle forze, all'aria aperta, alternato da lunghi riposi, da divertimenti, biliardi, ecc.

La direzione dovrebb'essere medica, il personale carcerario.

Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi, e già sottoposti a varj processi, non potranno essere dimessi mai; gli alienati a follia istantanea, od intermittente, che offrano segni di perfetta guarigione, saranno segnalati per la dimissione dopo uno o due anni di osservazione, ma sottoposti, dopo la loro uscita, a visite mediche mensili per molti anni di seguito."<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Lombroso C., Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia, *Resoconto del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere* (RILSL), S.II, vol.V, nn.1 e 2, 1872

La resistenza dei giuristi ai nuovi paradigmi della Scuola positiva era evidente, come testimoniato dalla relazione del 1892 redatta da Lombroso, Tamburini ed Ascenzi, incaricati di ispezionare i manicomi del Regno. Essi lamentavano che i manicomi criminali ospitavano principalmente detenuti impazziti durante la pena anziché i soggetti considerati più pericolosi, sollecitando modifiche normative per adattare i manicomi a una popolazione più adeguata. Secondo Lombroso, queste nuove strutture dovevano essere destinate a *"meglio conciliare l'umanità colla sicurezza sociale"*<sup>8</sup>. Fin dall'inizio il manicomio criminale era stato individuato, infatti, come luogo delle "misure di sicurezza", uno dei cardini della scuola positiva.

Un percorso lungo e complesso, che testimonia l'impegno costante verso una società più giusta e attenta ai bisogni dei più fragili. Un viaggio che continua ancora oggi, con nuove sfide e nuovi traguardi da raggiungere.

## 2.2 La Legge 36 del 1904

La legge numero 36 del 1904, "**Disposizioni sui manicomi e sugli alienati**", fu la genesi di un acceso dibattito parlamentare. Il Presidente del Consiglio Giolitti presentò al Senato il disegno di legge sulle disposizioni dei manicomi pubblici e privati, che si concentrò soprattutto sul ruolo del Tribunale nella decisione di internamento, con critiche riguardo alla competenza della magistratura in materia medica. Nonostante le contestazioni, il progetto di legge fu approvato senza modifiche il 12 febbraio 1904, diventando così la prima legge italiana sui manicomi.

---

<sup>8</sup> Lombroso C., *L'uomo delinquente*, 5°ed., vol III, Bocca, Torino, 1897, p. 543

L'art 1 stabiliva che "*debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possono essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi...*" Si istituì l'internamento per i *soggetti socialmente pericolosi o pubblicamente scandalosi*, il giudice civile era competente in materia. Queste categorie, seppur labili, divennero vincolanti, con la morale, a ergersi a imperativo giuridico.

La legge non contemplava il ricovero volontario, ma solo quello coattivo, ordinato dall'autorità giudiziaria per coloro i quali, malati di mente, turbavano l'ordine sociale. La finalità della legge era la tutela dell'ordine pubblico e del buon costume e non del soggetto reo e folle. *Pericoloso a sé e agli altri o di pubblico scandalo*: questa l'espressione presente nel linguaggio comune. All'internamento definitivo in manicomio seguiva la procedura di interdizione che era valida fino alla dimissione definitiva del soggetto. L'internamento comportava l'iscrizione nel casellario giudiziario e la conseguente perdita dei diritti civili e politici. Con la legge del 1904 gli psichiatri avevano grandi responsabilità poiché erano deputati alla gestione del controllo sociale delle manifestazioni devianti, attribuendo così un grande potere ai direttori di manicomio (ammissione, dimissione, diagnosi, terapia, andamento economico, amministrativo e disciplinare...). Partendo dall'idea che la priorità fosse il benessere e l'armonia sociale, il sistema in vigore si basava sull'isolamento in manicomio di coloro che venivano considerati "incompatibili" con la società. Era dovere di ogni medico che avesse a che fare con un malato di mente denunciarlo alle autorità, così come si faceva per alcolisti e tossicodipendenti. Se un paziente fosse fuggito dal manicomio, sarebbe stato necessario perseguirlo e riportarlo indietro, proprio come un detenuto. L'obiettivo principale era

quello di custodire queste persone, limitando la loro libertà personale per ordine dell'autorità giudiziaria. Questo approccio era giustificato dal clima politico e culturale dell'epoca in Italia. Per la psichiatria italiana, la questione manicomiale non era esclusivamente di carattere medico, ma anche sociale, legata alla difesa della collettività e alla sicurezza pubblica. Il dibattito rifletteva una visione che identificava nei manicomi una forma di protezione necessaria, sebbene vi fossero voci critiche che li consideravano fabbriche di cronici o incurabili. Privilegiare la custodia rispetto alla cura, era il consolidare l'idea che il folle rappresentasse, nell'organismo sociale, ciò che le tossine rappresentano nell'organismo individuale.

Questo era il trattamento giuridico e sanitario dei malati di mente, che rimase in vigore per settantaquattro anni, fino all'entrata in vigore della legge n 180 del 1978.

### 2.3 Il Codice Rocco

Rappresentò un importante punto di svolta normativo in Italia, conferendo al giudice penale il compito di trattare coloro che, nonostante fossero stati assolti, venivano considerati *socialmente pericolosi*. Questa evoluzione normativa fu fortemente influenzata dalle nuove concezioni della prevenzione e della retribuzione, sviluppate dalla scuola di pensiero elvetico-germanica, scuola che precedentemente, distingueva tra prevenzione generale e prevenzione speciale, ma successivamente combinava la prevenzione con la retribuzione. Questa confusione concettuale portava alla netta separazione della prevenzione speciale, affidata alle misure di sicurezza, dal sistema penale ordinario, aprendo la strada al sistema del **doppio binario**. In tale sistema, la retribuzione e la prevenzione generale da un lato, e la prevenzione speciale con l'individualizzazione della misura dall'altro, erano chiaramente distinte.

La pena e le misure di sicurezza non potevano essere equivalenti, poiché avevano finalità completamente diverse: la pena infliggeva una sanzione in risposta alla violazione della legge, mentre le misure di sicurezza erano basate sullo status individuale e miravano alla neutralizzazione e alla rieducazione, giustificando anche la possibilità di cumulo delle due forme di restrizione della libertà, come nel caso degli *imputabili parzialmente*.

Il principio di attribuzione delle misure doveva essere diverso: basandosi sul concetto classico del libero arbitrio e avendo lo scopo di garantire la sicurezza, il principio "*Non il fatto, ma l'autore deve essere punito*" non poteva applicare il principio "*nullum crimen sine culpa*". Il criterio per l'applicazione di questo principio fu tratto dall'Antropologia criminale italiana e dalla Scuola positiva, basato sulla "*pericolosità dell'autore per la società*", una pericolosità ontologicamente determinata e naturalisticamente data, che poteva essere predefinita grazie ai contributi della criminologia, dell'antropologia e della psichiatria.

Il manicomio giudiziario fu incluso nel codice come parte delle "misure amministrative di sicurezza", segnando il passaggio da un sistema penale monistico a uno duale. Sebbene alcuni vedessero il riferimento alla natura amministrativa delle misure come un modo per preservare la natura retributiva della pena e giustificare il fatto che il giudizio sulla pericolosità non fosse oggetto di giudizio, Alfredo Rocco stesso spiegò le ragioni di questa impostazione definendo l'applicazione delle misure di sicurezza come un atto amministrativo, immune dalla rigidità propria delle decisioni giurisdizionali. Le misure di sicurezza furono assimilate alle misure amministrative di polizia, con l'obiettivo di garantire un'armoniosa coesistenza tra di esse. Questo approccio consentiva una duplicazione delle attività di polizia, senza ridurne o impoverirne il contenuto.



La corretta collocazione sistematica delle misure di sicurezza fu giustificata anche dalla mancanza di proporzione tra il reato commesso e la misura di sicurezza, che non era una reazione di giustizia ma un'azione di difesa contro il pericolo di nuovi reati. La funzione delle misure di sicurezza, quindi, non era quella di infliggere un male in risposta a un crimine, ma di prevenire e neutralizzare la pericolosità individuale. Mentre il carcere doveva essere caratterizzato da rigidità e rigore per scopi repressivi, gli istituti dove venivano eseguite le misure di sicurezza dovevano mirare alla rigenerazione morale e sociale degli internati.

Nella determinazione *della pericolosità* degli individui, Rocco delineò una serie di presunzioni basate su caratteristiche personali quali immaturità psicologica, patologie mentali o corruzione morale e le categorie di individui presuntivamente pericolosi sarebbero state soggette a misure detentive.

In definitiva, il Codice Rocco segnò una significativa trasformazione nel sistema penale italiano, conferendo al giudice penale un ruolo centrale nella gestione dei soggetti considerati socialmente pericolosi e introducendo un nuovo approccio basato sulla prevenzione speciale e sulla neutralizzazione del pericolo individuale.

La misura di sicurezza detentiva del codice Rocco si cristallizzava come l'incarnazione dei principi epistemologici della Scuola positiva nel contesto normativo. L'eclittismo della Terza scuola si risolve nella regolamentazione giuridica delle sanzioni, la neutralizzazione dei malati di mente, semi-infermi e, soprattutto, infermi, con una quasi completa adozione delle teorie della Scuola positiva. Si può riconoscere a questa scuola un merito spesso negato: la rigorosa sistematizzazione della classificazione dogmatica, la piena coerenza logica tra i concetti di riferimento e la formulazione delle norme,

l'elaborazione di nuovi elementi costitutivi per determinare effetti giuridici neutralizzanti, e lo sviluppo di schemi presuntivi che richiamano il modello della *personalità folle* creato dalla psichiatria ottocentesca.

La *categoria della pericolosità sociale*, centrale nel discorso della Scuola positiva, richiede diagnosi e prognosi certe del reo, privilegiando l'osservazione clinica rispetto alla logica giuridica. Questo ha portato alla costruzione di categorie giuridiche dai contenuti sfuggenti e alla trasformazione del processo penale, in cui il giudice è chiamato a basare le sue decisioni sulla perizia dello psichiatra, riducendo così il suo ruolo a uno di ordine amministrativo e autoritario.

## 2.4 La grande transizione dettata dalla legge Basaglia

La legge Basaglia, formalmente nota come Legge 180 del 1978, rappresenta un punto di svolta fondamentale nella gestione della salute mentale in Italia. Intitolata allo psichiatra Franco Basaglia, questa legge ha portato alla chiusura progressiva degli ospedali psichiatrici, noti anche come manicomi, e ha introdotto un nuovo modello di assistenza basato sui servizi territoriali. L'obiettivo principale era quello di trattare i pazienti in ambienti meno restrittivi e più umanizzati, enfatizzando il diritto alla libertà e alla dignità delle persone affette da disturbi mentali. Infatti in queste istituzioni i pazienti venivano segregati dalla società, subendo spesso abusi e violazioni dei loro diritti fondamentali e la loro reclusione poteva essere a tempo indeterminato.

Tra il 1961 e il 1968, Basaglia si circonda di gruppo di psichiatri che condividono le sue idee e il suo approccio rivoluzionario alla malattia mentale. Basaglia credeva che

la malattia mentale dovesse essere affrontata in modo olistico, considerando non solo i sintomi clinici, ma anche le condizioni sociali, economiche e culturali dei pazienti. Nell'ospedale psichiatrico di Gorizia i pazienti vengono lasciati liberi di passeggiare nel giardino, tra i diversi reparti, di consumare i pasti all'aperto e di frequentare la società. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) dichiarerà Trieste zona pilota per la psichiatria, consacrando a livello internazionale la legge Basaglia. Trieste ha avuto così il primato della città che prima ha chiuso definitivamente il proprio manicomio. La legge ha promosso l'integrazione sociale dei pazienti e il loro trattamento all'interno della comunità, attraverso servizi di salute mentale territoriali, limitando l'istituzionalizzazione e favorendo l'approccio terapeutico personalizzato e il supporto riabilitativo e continuativo. Tuttavia, la transizione non è stata priva di sfide. La chiusura degli ospedali psichiatrici ha richiesto un notevole sforzo di riorganizzazione e di investimento nei servizi territoriali. Nonostante i progressi significativi, persistono problemi di finanziamento, risorse umane e stigmatizzazione sociale. La Legge Basaglia ha sicuramente rappresentato una rivoluzione nel modo di concepire la salute mentale, promuovendo un approccio più umano e rispettoso della dignità delle persone. La sua eredità continua a ispirare il movimento per i diritti dei pazienti psichiatrici in tutto il mondo, evidenziando l'importanza di un sistema sanitario inclusivo e basato sulla comunità.

In sintesi i punti salienti:

- L'eliminazione del concetto di pericolosità per sé e per gli altri, il trattamento sanitario in psichiatria è basato sul diritto della persona alla cura e alla salute.
- Il rispetto dei diritti umani (diritto di comunicare, diritto di voto)

- La disposizione di chiusura degli OP su tutto il territorio nazionale
- La predisposizione di strutture alternative al manicomio
- L'assistenza psichiatrica si apre al territorio: un passo fondamentale per una presa in carico più efficiente e vicina alle persone che ne hanno bisogno.  
Nascono i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), reparti ospedalieri dedicati al trattamento delle crisi psichiatriche acute.
- Cure tempestive e personalizzate:
- **Trattamento volontario:** la maggior parte dei pazienti accede al servizio consensualmente, ricevendo supporto e cure adeguate per affrontare la fase acuta del disturbo.
- **Prevenzione, cura e riabilitazione:** Gli SPDC non si limitano all'emergenza, ma offrono un percorso di cura completo che punta alla guarigione e al reinserimento sociale del paziente.
- **Interventi mirati anche in caso di rifiuto:**
- **Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO):** in situazioni gravi, quando il soggetto rifiuta le cure e si trova in condizioni tali da mettere a rischio sé stesso o gli altri, in caso di acuzie psicopatologiche, è possibile attivare il TSO. Un provvedimento eccezionale che garantisce l'intervento medico necessario, sempre nel rispetto dei diritti umani.
- Un'assistenza completa e accessibile:
- I nuovi SPDC rappresentano un punto di riferimento fondamentale per la salute mentale, garantendo una risposta rapida e professionale alle esigenze di chi soffre.

- L'apertura dei servizi al territorio favorisce un approccio più umano e personalizzato, promuovendo il benessere mentale della comunità.
- L'istituzione degli SPDC segna un progresso significativo nella lotta allo stigma e nella tutela dei diritti delle persone con disagio psichico. Un impegno concreto per costruire una società più inclusiva e solidale.
- Introduzione del concetto di “correlazione funzionale” tra Spdc o strutture di ricovero e servizi territoriali, sulla scia del principio di continuità terapeutica.

## 2.5 L'epoca moderna: dagli OPG alle REMS

Nel 1975, con il nuovo Ordinamento Penitenziario (legge n. 354/1975), il manicomio giudiziario cambia nome in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.) La concezione dell'internato passa così da persona che deve essere prevalentemente punita, a malato che deve essere principalmente curato; da qui anche la scelta del nome “*ospedale*”. Questo era l'intento del legislatore che prevedeva un trattamento rivolto alla rieducazione attraverso percorsi finalizzati al reinserimento sociale. Gli OPG erano strutture che ospitavano persone giudicate incapaci di intendere e di volere al momento del reato commesso, ma considerate socialmente pericolose. In Italia erano distribuiti su tutto il territorio.

- **OPG di Aversa:** fondato nel 1876, è stato il primo manicomio criminale in Italia.
- **OPG di Montelupo Fiorentino:** conosciuto anche come OPG di Montelupo.
- **OPG di Barcellona Pozzo di Gotto:** uno degli OPG più grandi e conosciuti in Italia.

- **OPG di Castiglione delle Stiviere:** questo OPG è diventato un centro di residenzialità psichiatrica dopo la chiusura degli altri OPG.
- **OPG di Reggio Emilia:** un altro dei principali ospedali psichiatrici giudiziari italiani.

Le persone internate negli OPG spesso rimanevano lì per periodi indeterminati, senza un percorso chiaro di riabilitazione o reinserimento nella società. Queste strutture erano spesso criticate per le loro condizioni fatiscenti, per la mancanza di adeguati trattamenti terapeutici, per le condizioni di vita disumane in cui versavano i pazienti.

La transizione dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) segna un'altra tappa importante nella riforma del sistema di salute mentale in Italia. La chiusura degli OPG è stata sancita dalla Legge 81 del 2014, e ha rappresentato una svolta fondamentale nel sistema penale-psichiatrico italiano. Questa legge ha promosso la chiusura definitiva degli OPG e la loro sostituzione con le REMS, Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, strutture più piccole e orientate alla riabilitazione e al trattamento terapeutico delle persone con disturbi mentali che sono sottoposte a misure di sicurezza, garantendo che tali misure di sicurezza siano eseguite in ambienti specializzati, terapeuticamente avanzati e meno carcerari, enfatizzando la cura e la riabilitazione piuttosto che la sola custodia.

L'introduzione delle REMS è stata accolta con favore da molti esperti e attivisti per i diritti umani, ma ha anche sollevato alcune sfide. La transizione ha richiesto una stretta collaborazione tra il sistema sanitario e quello giudiziario, oltre a un'adeguata formazione del personale e investimenti nei servizi di salute mentale territoriali. Inoltre, c'è stata una

crescente domanda di risorse per garantire che le REMS possano ospitare e trattare in modo efficace tutti coloro che ne hanno bisogno.

Nonostante queste sfide, la transizione dagli OPG alle REMS è stata un passo importante verso un sistema più umano e rispettoso dei diritti delle persone con disturbi mentali. Rappresenta un impegno per un approccio più terapeutico e meno coercitivo, in cui la riabilitazione e il reinserimento sono le finalità principali.

Richiamiamo la teoria del doppio binario che è un concetto legale secondo cui i reati possono essere trattati su due binari diversi a seconda della valutazione peritale sulle condizioni mentali del reo. Se una persona viene riconosciuta inferma di mente o con una capacità ridotta di intendere e volere, può essere sottoposta a misure di sicurezza piuttosto che a pene detentive tradizionali. La teoria del doppio binario permette di differenziare tra sanzione penale e misura di sicurezza, basandosi sul concetto di pericolosità sociale. Se una persona è giudicata colpevole di un reato ma con vizio totale di mente, viene dichiarata non imputabile e non può essere incarcerata nel sistema penitenziario tradizionale. Tuttavia, se ritenuta pericolosa per la società, potrebbe essere soggetta a misure di sicurezza, che in passato includevano il ricovero in un OPG e oggi le REMS

Questo sistema permette di adottare un approccio più terapeutico per i criminali con problemi mentali, differenziandoli da coloro che sono capaci di intendere e volere.

## CAPITOLO 3

### CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE, IMPUTABILITA', PERICOLOSITÀ SOCIALE.

#### 3.1 Capacità di intendere e volere

L'esame del discernimento e della volontà rappresenta un'analisi cruciale nel contesto giuridico, con implicazioni significative per la valutazione della responsabilità individuale e l'applicazione di eventuali sanzioni. In questa sede, ci si propone di approfondire le peculiarità di tali concetti, delineandone i contorni e le implicazioni.

**Capacità di intendere** "*capacità di intendere*", definita anche *discernimento*, si configura come la facoltà di discernere il valore e le implicazioni delle proprie azioni nel contesto sociale. Essa implica la capacità di:

- **Comprendere la natura e le conseguenze del proprio Comportamento:** l'individuo deve essere in grado di cogliere il significato e le potenziali ripercussioni delle proprie azioni, sia a livello immediato che in una prospettiva più ampia.
- **Valutare le opzioni e le alternative disponibili:** la capacità di discernimento implica la possibilità di soppesare diverse opzioni e di scegliere quella più ragionevole e consona al contesto.
- **Prendere decisioni consapevoli e responsabili:** L'individuo deve essere in grado di assumersi la responsabilità delle proprie scelte, consapevole delle implicazioni etiche e legali che ne derivano.



## **Volontà:**

La volontà, definita anche "*capacità di volere*", si configura come la facoltà di autodeterminarsi e di agire in maniera coerente con le proprie decisioni. Essa implica la capacità di:

- **Controllare i propri impulsi e le proprie emozioni:** l'individuo deve essere in grado di gestire le proprie emozioni e di non lasciarsi sopraffare da impulsi momentanei che potrebbero compromettere la razionalità del suo comportamento.
- **Perseguire i propri obiettivi in modo coerente:** La volontà implica la perseveranza nel perseguire i propri obiettivi, nonostante le difficoltà o le eventuali distrazioni.
- **Assumersi la responsabilità delle proprie azioni:** L'individuo deve essere in grado di assumersi la responsabilità delle proprie azioni, anche quando le conseguenze non sono quelle desiderate.

## **Valutazione del discernimento e della volontà:**

La valutazione del discernimento e della volontà nel processo penale avviene principalmente attraverso la perizia psichiatrica. L'articolo 220 del codice di procedura penale stabilisce che: "*il principale strumento di valutazione della capacità di intendere e di volere nel processo penale è la perizia psichiatrica. Essa rappresenta una fonte di prova ed è richiesta quando "occorre svolgere indagini o acquisire dati e valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche"*.

Lo psichiatra forense, esaminati gli atti di accusa e svolti gli accertamenti clinici necessari, è chiamato a pronunciarsi sulla capacità di intendere e di volere dell'imputato

al momento del fatto. L'analisi del discernimento e della volontà rappresenta un tassello fondamentale per la valutazione della responsabilità individuale e l'applicazione di un sistema giudiziario equo. In caso di vizio di mente, il perito dovrà anche valutare la pericolosità sociale del soggetto.

### 3.2 L'imputabilità

Potremmo definire l'imputabilità, il crinale della responsabilità del fatto-reato per la conseguente attribuzione della condanna. L'ordinamento giuridico italiano considera l'imputabilità come la capacità di una persona di essere ritenuta responsabile penalmente per le proprie azioni. Come ci ricorda Cassinelli *“L'imputabilità indica la capacità di agire nel diritto penale, l'idoneità a rispondere penalmente di un fatto ”*<sup>9</sup>(L'articolo 85 del Codice penale stabilisce che: *“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..... Si ha imputabilità quando il soggetto è capace di compiere una scelta, quando la sua volontà è libera e capace di discernere il male dal bene e di operare di conseguenza. L'accertamento della capacità così descritta ha il compito di determinare lo status di un soggetto e verificare se lo stesso possa essere considerato penalmente capace.”*<sup>10</sup>

L'imputabilità non è una componente del reato ma un presupposto dello stesso; quindi, il suo accertamento è preliminare ad ogni rapporto di diritto penale tra l'autore ed il fatto-reato. Attribuire un reato ad un soggetto capace è poi il presupposto per l'applicazione a

---

<sup>9</sup> Bruno Cassinelli, *Storia della pazzia, editore dall'Oglio, 1964 pag. 497.*

<sup>10</sup> <http://www.avvocatocastellaneta.it/articoli/difesa-penale-e-scienza/disturbi-della-personalita-capaci-di-incidere-sulla-imputabilita-presupposti>

costui di una "pena". Infatti, secondo l'Art. 27 della Costituzione, la pena deve consistere in trattamenti volti alla rieducazione del reo: il giudizio di colpevolezza non può essere disgiunto da un giudizio di "rimproverabilità" del fatto. Il sistema penale individua le situazioni che impediscono il giudizio di imputabilità e la conseguente attribuzione di una pena.

Quando vi è esclusione della responsabilità per vizio di mente nel Codice penale?

La risposta la troviamo nell'art. 88 del c.p.: "*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 e di volere*". Questa norma è in stretta relazione con l'art. 85 c.p. e costituisce la principale deroga alla capacità di diritto penale. L'imputabilità è esclusa solo nel caso in cui venga dimostrata una condizione di infermità mentale che abbia influenzato in modo giuridicamente rilevante la capacità di intendere e di volere del soggetto autore di reato.

Manzini sostiene che "*L'infermità totale di mente, nel nostro diritto, deve considerarsi causa di esclusione della capacità di diritto penale, perché essa costituisce un arresto di sviluppo o disfacimento di quelle condizioni psichiche individuali, che il diritto presuppone in coloro cui sono dirette le norme penale*".<sup>11</sup> La regola è quindi la capacità, l'eccezione è l'incapacità, determinata da infermità psichica o fisica permanente o transitoria purché incidente sulla capacità di intendere e di volere, incapacità sussistente al momento del fatto-reato.

---

<sup>11</sup> Manzini, *Trattato*, vol. 2 pag. 113

Quindi, perché sussista il vizio di mente, deve sempre essere dimostrato che il soggetto era affetto da infermità mentale al momento in cui compiva il reato occorre pertanto valuarne

1. la natura e l'entità dell'infermità da cui soggetto era affetto;
2. la gravità delle eventuali ripercussioni di quell'infermità sulla capacità di intendere e di volere;
3. l'esclusione totale o una notevole compromissione anche di una sola delle due capacità;
4. la derivazione causale diretta tra il vizio di mente obiettivato e il comportamento delittuoso in discussione.

**L'imputabilità è sempre presunta in chi ha compiuto 18 anni** (salvo dimostrare il contrario con la perizia) e sempre esclusa in chi non ha ancora 14 anni (articolo 97 cp). stabilisce che al di sotto dei 14 anni non si ha mai la capacità di intendere e di volere e non è neppure ammessa la prova contraria. L'articolo 98 c.p. stabilisce che dai 14 ai 18 anni, il giudice deve verificare se quel soggetto ha la capacità o meno di intendere e di volere rispetto al tipo di reato che è stato attuato. Sarà imputabile solo se ne verrà dimostrata la capacità di intendere e di volere. Se il soggetto infradiciottenne è riconosciuto colpevole, la sanzione penale si applica ma potrà beneficiare di una circostanza attenuante, fino al massimo di 1/3;

**Se il vizio di mente è totale** il soggetto non può essere condannato, ma, se il Giudice accerta che il soggetto è **socialmente pericoloso**, applicherà nei suoi confronti una misura

di sicurezza, come disposto dall'art. 202 del Codice penale, emettendo un provvedimento che limiti la possibilità che commetta altri reati.

Se **il vizio di mente è parziale** la condanna viene diminuita. Infatti, l'art. 89 c.p. recita: *" Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita"*. Il soggetto condannato per vizio parziale di mente è sottoposto alla assegnazione ad una casa di cura o custodia come misura di sicurezza.

Per le persone maggiorenni le condizioni che escludono l'imputabilità sono:

1. Piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore (art. 91 c.p.)
2. Azione di sostanze stupefacenti, derivante da caso fortuito o da forza maggiore (art. 93 c.p.)
3. Infermità, malattia psichica (art. 88 c.p.)
4. Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti l'art. 95 c.p. stabilisce: *" Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcol ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni di cui agli artt. 88 e 89 c.p."*  
L'intossicazione da alcol rappresenta la fase finale dell'alcolismo. L'intossicazione da stupefacenti deve essere distinta in accidentale, volontaria, colposa, preordinata, abituale cronica.
5. Sordomutismo L'art. 96 c.p. cita: *" Non è imputabile il sordomuto (ora "sordo") che, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva, per causa della sua infermità la*

*capacità di intendere o di volere. Se la capacità d'intendere o di volere era grandemente scemata, ma non esclusa, la pena è diminuita". Nel sordo quindi, atteso che udito e linguaggio sono fondamentali per lo sviluppo dell'uomo, la capacità si considera piena e quindi occorre accertare, caso per caso se tale stato incida o meno sulla capacità del soggetto.<sup>12</sup>*

### **In sintesi**

Qualunque forma di infermità come esclusione o riduzione dell'imputabilità vengono trattate negli articoli 88/89 c.p.

- L'infermità genera il vizio di mente totale o parziale. Il soggetto agente è posto in tale stato da escludere o attenuare la capacità di intendere e volere.
- Il disturbo deve essere causa del crimine (cass.9163/2005) è comunque necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo.
- Le caratteristiche del disturbo devono essere idonee a determinare una situazione psichica incontrollabile e ingestibile.

---

<sup>12</sup> Cfr <http://www.modernlaw.it/content/articoli/approfondimenti/il-vizio-di-mente-nel-codice-di-proc>

### 3.3 Pericolosità sociale

**La pericolosità sociale**, si riferisce alla probabilità e non alla possibilità che un individuo, autore di crimini, ne commetta altri in futuro. L'articolo 203 del Codice penale definisce la persona socialmente pericolosa come *"la persona anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso un reato o un quasi-reato (artt. 49 e 115 del Codice penale), quando è probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reati (art. 203 del Codice penale)"*.

Un individuo, sebbene non ritenuto colpevole, potrebbe comunque presentare una certa inclinazione a commettere ulteriori reati, indipendentemente dalla loro natura. Questa eventualità, definita "pericolosità sociale", viene esaminata in base a criteri specifici. Secondo le disposizioni vigenti (art. 203cp), la valutazione della pericolosità sociale si basa su due fattori principali: la gravità del reato commesso e la potenziale predisposizione del soggetto a delinquere.

La gravità del reato viene determinata considerando le modalità di esecuzione, l'entità del danno o del pericolo arrecato alla vittima, e l'intensità del dolo o del grado di colpa.

La valutazione della predisposizione a delinquere tiene conto di diversi elementi, tra cui i motivi e il carattere dell'individuo, i suoi precedenti penali e la condotta di vita prima, durante e dopo il reato, nonché le sue condizioni di vita personali e socio-familiari. L'applicazione di misure di sicurezza è subordinata all'accertamento della pericolosità sociale del soggetto, basandosi sui criteri sopra descritti.

La correlazione automatica tra un tipo di reato e una specifica durata della pericolosità sociale è stata oggetto di numerose critiche. Già la psichiatria classica dell'Ottocento evidenziava l'assenza di un legame univoco tra i due aspetti.

Fino a qualche decennio fa, l'articolo 204 del Codice penale stabiliva casi specifici in cui la pericolosità sociale era presunta a priori, determinando l'automatica applicazione di misure di sicurezza senza possibilità di valutazione individuale da parte del giudice. Tra questi casi figuravano il proscioglimento per infermità e il riconoscimento di seminfermità di mente. Tale norma, ritenuta eccessivamente rigida, impediva al giudice di valutare caso per caso, rischiando di penalizzare ingiustamente persone già prosciolte per vizio di mente. Questo meccanismo, definito "pericolosità presunta", prevedeva in ogni caso l'internamento in manicomio giudiziario (OPG), anche in caso di successiva perizia che ne dichiarasse la non pericolosità. Inoltre, il giudice non era obbligato ad applicare tale misura solo dopo un periodo di tempo determinato (dai 5 ai 10 anni a seconda della gravità del reato) tra la commissione del fatto e la sentenza, o tra il proscioglimento e l'inizio dell'applicazione della misura di sicurezza. La valutazione della pericolosità sociale richiede un'analisi attenta e individualizzata, basandosi su criteri oggettivi e scongiurando automatismi che potrebbero ledere i diritti individuali. L'evoluzione del sistema penale ha superato il concetto di "pericolosità presunta", favorendo un approccio più equo e garantista.

Le misure di sicurezza sono di due tipi personali e patrimoniali.

“Ai sensi dell’art. 215 del Codice penale, le misure di sicurezza personali si distinguono in detentive e non detentive.



Sono misure di sicurezza detentive:

- 1) l'assegnazione a una colonia agricola o ad una casa di lavoro
- 2) il ricovero in una casa di cura e di custodia
- 3) il ricovero in un manicomio giudiziario
- 4) il ricovero in un riformatorio giudiziario

Sono misure di sicurezza non detentive

- 1) la libertà vigilata
- 2) il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province
- 3) il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche
- 4) l'espulsione dello straniero dallo Stato <sup>13</sup>

Misure patrimoniali

Ai sensi dell'art. 236 del Codice penale,

Sono misure di sicurezza patrimoniali:

- 1) la cauzione di buona condotta
- 2) la confisca

Quando la legge stabilisce una misura di sicurezza senza indicarne la specie, il giudice dispone che si applichi la libertà vigilata, a meno che, trattandosi di un condannato per

---

<sup>13</sup> Art 215 Codice penale

delitto, ritenga di disporre l'assegnazione di lui a una colonia agricola o ad una casa di lavoro.

Nei Paesi europei, il soggetto autore di reato, con diagnosi di vizio totale o parziale di mente, al momento in cui ha commesso il delitto, viene preso in carico dal sistema sanitario per la sua cura, la sua riabilitazione e la sua risocializzazione. Solo in Italia rimane ancora nell'ambito del sistema penale.

### 3.4 La pericolosità sociale nella pratica psichiatrico forense.

Nel campo psichiatrico, il termine "*pericolosità*" apre un confronto con un concetto che appartiene più al diritto che alla clinica. Questo termine, era utilizzato dalla psichiatria negli scorsi decenni, quando l'approccio al paziente era di tipo custodialistico. Erano i tempi in cui gli psichiatri impiegavano formule come "*pericoloso per sé e per gli altri*",<sup>14</sup> come si evince dai certificati di ricovero obbligatorio. Tuttavia, questa terminologia, ormai desueta, persiste ancora impropriamente, nel linguaggio comune. La psichiatria italiana moderna, nata dopo la rivoluzionaria trasformazione del 1978 apportata dalle leggi 180 e 833, ha gestito il ricovero coatto attraverso il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), uno strumento finalizzato alla non lesività dei diritti del malato, attraverso il disciplinamento e la limitazione del potere di ricovero obbligatorio esercitato dallo psichiatra.<sup>15</sup> La rete di presidi territoriali ambulatoriali risponde alla finalità, come

---

<sup>14</sup> L. 14 febbraio 1904 n. 36 *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*

<sup>15</sup> L. 13 maggio 1978, n. 180, recante Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, le cui disposizioni degli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9 sono rimaste operative fino all'entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (l. 23 dicembre 1978, n. 833) 3Cass. pen., sez. IV, 14 novembre 2007 – 11 marzo 2008, n. 10795

prevista dalla legge, di una psichiatria sociale e di comunità al servizio del malato, volta a superare l'approccio custodialistico del controllo sociale.

La pericolosità sociale nei malati di mente viene valutata in sede di incarico peritale dove il quesito sulla pericolosità sociale, per i malati di mente, è posto congiuntamente a quello sull'imputabilità:

*“In caso del riconoscimento di un vizio parziale o totale di mente dica il perito se, in dipendenza dell'infermità riscontrata, il periziando sia attualmente da considerare persona socialmente pericolosa ex art. 203 c.p.”*<sup>16</sup>

La figura dello psichiatra assume un ruolo particolare nell'ambito del diritto, è il consulente CTU o CTP. In questo contesto, lo specialista si trova a dover affrontare il complesso tema della pericolosità sociale. A seguito di un reato e durante la perizia, il giudice può richiedere allo psichiatra di approfondire la presenza o meno di pericolosità sociale, in relazione al vizio di mente eventualmente diagnosticato. Tale valutazione non si concentra su una generica inclinazione antisociale, bensì su quei fattori che influenzano l'andamento del disturbo di cui il soggetto è affetto e la sua correlazione con il reato commesso e la potenziale commissione di nuovi illeciti. Lo psichiatra si pronuncia pertanto limitatamente alla pericolosità direttamente discendente dalla riscontrata incapacità di intendere e di volere.

Lo psichiatra, dunque, è chiamato a esaminare la componente psichiatrica del comportamento del reo, stimando la probabilità che nuovi episodi di malattia o ricadute del disturbo psichiatrico possano determinare la commissione di nuovi reati. La valutazione della pericolosità è riferita al momento dell'indagine peritale. Un esempio

---

<sup>16</sup> Cfr articolo 203 Codice penale

emblematico è quello in cui il reato rappresenta, in chiave psichiatrica, un sintomo: un paziente con manie persecutorie che aggredisce il presunto persecutore in base al suo delirio, o un paziente schizofrenico che aggredisce un passante spinto da allucinazioni imperative. In tali casi, la garanzia di cura coincide con la prevenzione di nuovi reati, rendendo il dibattito sull'imputabilità e sulla pericolosità sociale relativamente lineare. Il dilemma della pericolosità tra cura e prevenzione diviene irrisolvibile se il reato commesso sia un episodio isolato o la manifestazione di una tendenza a reiterare condotte illecite. La presenza di un precedente reato rende il giudizio di pericolosità più concreto e giustifica la richiesta di un programma di cure e, in alcuni casi, di misure di custodia per contenere il rischio di recidive, anche se i portatori di disturbo mentale non mostrano, una volta commesso il reato una maggiore probabilità di recidiva.

Più complesso è il caso di disturbi mentali meno gravi ma complicati da più diagnosi, come quelli della personalità. Tra gli esperti prevale l'opinione che la classificazione diagnostica non sia sufficiente a stimare la pericolosità sociale. In tali casi, diviene fondamentale un'attenta valutazione clinica che consideri la gravità del quadro psichiatrico, la storia personale e sociale del reo, il contesto in cui il reato è stato commesso e le sue modalità di esecuzione. Un elemento chiave è la prognosi, ovvero la stima della probabilità di recidiva. Tale valutazione si basa su una serie di fattori, tra cui la compliance del reo alle cure, la sua rete sociale e il supporto familiare, la presenza di condizioni di marginalità o di abuso di sostanze. In definitiva, il giudizio di pericolosità sociale è un compito complesso e delicato che richiede una valutazione multidisciplinare attenta e scrupolosa. L'obiettivo è quello di individuare le migliori strategie per garantire la cura del reo e al contempo, tutelare la sicurezza della collettività.

Il perito, escluso il vizio di mente, non dovrà esprimersi rispetto alla pericolosità sociale della persona esaminata. Tale valutazione sarà di competenza a questo punto, esclusivamente il giudice. Le misure di sicurezza sono provvedimenti volti a tutelare la collettività dal pericolo rappresentato dall'autore del reato. La tipologia di misura di sicurezza da applicare è decisa dal giudice, tenendo conto di una serie di fattori, tra cui la gravità del reato commesso, la pericolosità sociale dell'autore e le sue condizioni psichiche.

**All'esito dell'accertamento dell'imputabilità e della pericolosità sociale si applicheranno le seguenti pene:**

1. Presenza di vizio totale di mente e giudizio di pericolosità sociale: proscioglimento e ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) fino alla sussistenza del giudizio di pericolosità (misura di sicurezza ex art. 222 c.p.);
2. Presenza di vizio totale di mente e giudizio di non pericolosità sociale: proscioglimento e archiviazione del caso;
3. Presenza di vizio parziale di mente e giudizio di pericolosità sociale: pena diminuita di un terzo e successivamente internamento in Casa di Cura e Custodia (misura di sicurezza ex art. 219 c.p.);
4. Presenza di vizio parziale di mente e giudizio di non pericolosità sociale: pena ridotta di un terzo e non sono applicate le misure di sicurezza;
5. Soggetto considerato imputabile: misura penale

La Corte Costituzionale con sentenza n. 253 del 18 luglio del 2003 ha decretato un principio cardine riguardo le misure da adottare nei confronti dei malati di mente socialmente pericolosi in riferimento alla misura di sicurezza ex art. 222 c.p

*“E’ costituzionalmente illegittimo l’art. 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario – OPG-) nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell’infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale”. Non è quindi automatico che il malato di mente pericoloso socialmente sia internato in una OPG ma, a seconda del livello di pericolosità sociale desunta, è possibile che vengano adottate altre misure per la salvaguardia sociale. Per esempio una casa di Cura o Custodia, la libertà vigilata etc. “<sup>17</sup>*

### **Indicatori clinici di pericolosità sociale**

Il perito deve valutare su mandato del tribunale la presenza e persistenza della pericolosità sociale psichiatrica sotto il profilo eminentemente clinico. Gli indicatori da utilizzare per la valutazione peritale sono stati indicati in modo chiaro da U. Fornari.<sup>18</sup>

Gli indicatori, sono utilizzati da perito anche per decidere il tipo, i tempi e le modalità di intervento sociosanitario da attuare, che devono essere sottoposti a periodiche verifiche.

### **Indicatori interni**

---

<sup>17</sup> Università-telematica-e-campus/criminologia- lezioni Professore Palmegiani Armando

<sup>18</sup> U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forens*, Utet 2008

1. Presenza e persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo, alla luce della quale il reato ha assunto “valore di malattia”;
2. Assente consapevolezza di malattia (insight);
3. Non accettazione delle terapie prescritte;
4. Mancata o inadeguata risposta a quelle praticate (purché adeguate sotto il profilo qualitativo e del range terapeutico ed effettivamente somministrate);
5. Presenza di segni di disorganizzazione cognitiva e di impoverimento ideomotorio e psicomotorio che impediscano un compenso in tempi ragionevoli.

#### **Indicatori esterni**

1. Caratteristiche dell’ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza);
2. Esistenza ed adeguatezza dei servizi psichiatrici di zona; disponibilità e capacità di formulare progetti terapeutici da parte degli stessi;
3. Disponibilità di reinserimento lavorativo;
4. Tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell’ambiente in cui viveva prima del fatto reato;
5. Opportunità alternative di sistemazione logistica.

#### **Criticità dell’oggi sulla capacità di intendere e volere e sulla valutazione pericolosità sociale**

L'articolo 133 cp affronta il tema spinoso della valutazione della pericolosità sociale, tema complesso e tuttora aperto per la psichiatria forense. Nonostante gli sforzi per codificare i criteri di giudizio, la discrezionalità rimane un elemento centrale, con margini di soggettività da parte del giudice, specie in sede di perizia psichiatrica con conseguenti punti deboli e criticità.

La prevalenza di elementi non psichiatrici: la valutazione si basa spesso su fattori esterni come i precedenti penali, piuttosto che su elementi strettamente psichiatrici. Questo può portare a una sovrastima della pericolosità, trasformando gli psichiatri in meri agenti di controllo sociale, oltrepassando il loro ruolo di consulenti tecnici.

Un'altra critica è legata alla parziale mancanza di scientificità, in special modo per quanto attiene i fattori di predittività clinici, che spesso variano da autore ad autore. La valutazione della pericolosità sociale rimane un'area problematica, con diverse criticità che ne minano l'affidabilità e l'oggettività. È necessario un impegno concreto per sviluppare strumenti e criteri più scientifici e standardizzati, al fine di garantire valutazioni più eque e accurate.

Attualmente, le criticità nel sistema di salute mentale riguardano diverse aree. Un tema centrale è la valutazione della capacità di intendere e volere nelle persone che compiono reati sotto l'influenza di disturbi mentali o l'uso di sostanze. Questa valutazione è cruciale per determinare la responsabilità legale e la conseguente gestione giudiziaria e sanitaria. La pericolosità sociale legata all'uso di sostanze psicoattive solleva questioni su come equilibrare sicurezza pubblica e diritti individuali. Inoltre, i percorsi di cura spesso soffrono di discontinuità tra le cure offerte dal sistema sanitario e le esigenze di sorveglianza del sistema giudiziario. Il parallelismo tra il Ministero della Giustizia e il



Ministero della Salute necessita di maggiore coordinamento per garantire che le politiche sanitarie e giudiziarie siano allineate per il trattamento e la riabilitazione efficace delle persone con disturbi mentali nel contesto legale.

## CAPITOLO 4 – CASI EMBLEMATICI: STORIE DI AUTORI DI REATO

In questo capitolo analizzeremo l'approccio utilizzato per gli autori di reato per valutare la loro imputabilità e la loro pericolosità sociale.

Verranno tratti casi reali accaduti in epoche differenti dalla fine dell'Ottocento ai giorni nostri. La disamina verrà presentata attraverso la documentazione di perizie psichiatriche svolte dai CTU e attraverso il reperimento di materiale storico, e di cronaca.

### 4.1 Un caso controverso che ha fatto epoca: Callisto Grandi detto Carlino *l'ammazzabambini*

*"Se ero pazzo non dovevo essere messo in carcere ma in un manicomio; se non lo ero, come risultavo dal processo, sarei dovuto essere rilasciato dopo aver espiato la pena."*

L'immagine di un uomo di bassa statura, calvo, con la testa sproporzionata rispetto al corpo e una <<*faccia corta e con certe sporgenze ossee che unite ai cigli ed alla guardatura*>> che un giornalista paragona ad <<*un ourang-outang*>>, viene inviata a Cesare Lombroso dal collega, Enrico Morselli, noto psichiatra dell'epoca. La foto ritrae Callisto Grandi, detto Carlino, per la sua bassa statura, un artigiano di 24 anni, arrestato nel 1875, con l'accusa di aver commesso quattro efferati omicidi di bambini e del tentato omicidio di un altro.

La sua colpevolezza è schiacciante: i crimini sono premeditati e compiuti con lucida freddezza. La motivazione: la vendetta. La condanna: venti anni di lavori forzati nel carcere delle Murate a Firenze.

Ma il famoso Cesare Lombroso, padre dell'antropologia criminale, si oppone pubblicamente a questa sentenza e sostiene che il Grandi non è un criminale, ma un *alienato mentale* affetto da *cretinismo*. Una condizione che, secondo Lombroso, lo rende incapace di intendere e volere e lo rende preda di "*istinti crudeli e feroci*". Il dibattito infuria e la tesi di Lombroso sfida le convinzioni dell'epoca e apre nuovi scenari sulla gestione dei criminali alienati. Il caso di Callisto Grandi diventa una pietra miliare nella storia della criminologia italiana, spingendo verso l'istituzione dei manicomi giudiziari. Un uomo, due volti. Un enigma che scuote le coscienze e alimenta la dicotomia tra follia e crimine. Un caso che riecheggia nelle aule di tribunale e nelle pagine dei giornali, lasciandoci interrogare sulla natura della personalità umana e sui confini della giustizia.

Entriamo ora nel vivo della storia di un uomo di 24 anni e della sua vendetta efferata. Tutto ha inizio tra il 1873 e il 1875, nella quiete di un borgo toscano, Incisa Valdarno, dove un artigiano dal volto segnato, Callisto Grandi, custodisce un animo tormentato. Orfano e solo, nutre un rancore profondo verso la gioventù spensierata che lo deride e lo tormenta. La sua bottega, in cui costruisce carri, per lui rifugio di solitudine, diventa teatro di una vendetta efferata.

Quattro bambini cadono vittime di una furia cieca e premeditata, una punizione feroce, un risarcimento per le angherie subite. Callisto, soprannominato "*ventundito*" per la sua deformità, al piede destro, non cerca il piacere, ma la soddisfazione di una giustizia distorta.

Le sue parole, pronunciate durante il processo, sono un lamento straziante: "*mi canzonavano, mi prendevano a burla, mi dileggiavano, mi dicevano pelato, ventundito, perchè ho un piede con sei dita, e mi dicevano guercio e nano e mi facevano il capo*

*grosso e quando venivano in bottega mi facevano sempre qualche biricchinata>>>*. Le burle dei ragazzini, un'insopportabile ferita per l'animo fragile di Callisto, una sottile linea che separa la sofferenza dalla vendetta. Callisto agisce. Attira le vittime all'interno della sua bottega con lusinghe, piccoli doni e a volte anche soldi. Il *modus operandi*: un colpo contundente sferrato con una ruota pesante o una pala, ogni vittima in quanto colpevole agli occhi di Callisto, deve subire la morte come massima punizione. I corpi delle vittime vengono poi occultati in una fossa, non molto profonda. In un primo tempo, infatti si pensa che i bambini fossero caduti accidentalmente nel fiume Arno.

**Luigino Bonecchi**, un bimbo di 4 anni, è la prima vittima, la salma viene ritrovata a distanza di due anni nel sottoscala della bottega. **Arturo degli Innocenti** sempre di 4 anni, è il secondo malcapitato, **Angiolo Martelli** 7 anni, **Fortunato Paladini** di 9 anni e l'ultimo, ma sopravvissuto, **Amerigo Turchi** sempre di 9 anni. A tradire il Grandi è proprio quest'ultimo evento: il bambino, salvato all'ultimo momento prima di venire schiacciato dalla pesante ruota. Amerigo racconterà che era entrato nella bottega, per la proposta fattagli da Callisto, giocare a nascondino. Il bambino, disteso a terra per nascondersi in una buca, era stato colpito e coperto di terra, ma era riuscito miracolosamente a rialzarsi, gridando, chiedendo aiuto e implorando Carlino di fermarsi. Le urla del piccolo fanno accorrere alcune persone che sfondano la porta della bottega e salvano Amerigo sanguinante. Carlino cerca di giustificarsi dicendo che il ragazzo si era ferito cadendo su una ruota. Colto in flagranza di reato, la centralità del processo, riguarda la sanità di mente di Callisto Grandi e i giudici si avvalgono di ipotesi interpretative piuttosto diffuse all'epoca, come la relazione tra l'aspetto fisico e quello psichico. Senza dubbio il Grandi non appariva mentalmente stabile ma le sue anomalie psichiche offrirono spunti per cercare di consolidare le teorie legate all'atavismo.

## **Il dissidio tra scienza e giustizia nel caso di Callisto Grandi**

Nel caso di Callisto Grandi, la perizia psichiatrica assume un ruolo centrale, innescando un acceso dibattito tra le "scienze umane" dell'epoca: filosofia positiva, antropologia, frenologia, psicologia e psichiatria. Da un lato, emerge un ritratto vivido e complesso della personalità di Callisto, delineato dalle perizie che ne attestano la profonda sofferenza interiore. Dall'altro, si staglia l'imperturbabilità dei giudici, tenacemente ancorati all'accusa formulata in istruttoria, quasi a difendere l'infallibilità della giustizia stessa. Un'infallibilità che non ammette negligenze o errori, e che rende inconcepibile l'idea di processare un pazzo. Callisto Grandi non era affetto da parafilie specifiche, ascrivibili alla sessuale, il desiderio fortissimo di vendetta di cui non negherà mai l'esistenza sono il motore degli omicidi da lui commessi. Il processo penale prosegue il suo corso inesorabile, incurante della salute mentale di Callisto, che viene condannato dai giudici e Lombroso considerava particolarmente grave e paradossale quella scelta giuridica. La pericolosità del suo atto criminale diventa l'inquietante quesito che tormenta la corte: come conciliarla con un verdetto di infermità mentale? Assoluzione e "nessuna colpa" si configurano come un'inaccettabile minaccia all'ordine sociale.

Per stabilire la pena, diventa fondamentale individuare il movente del gesto criminale. A partire dalla seconda metà dell'Ottocento, la valutazione dei reati si basa proprio sul criterio motivazionale: l'azione criminale è intenzionale e in quale misura? Un dialogo impossibile.

Gli alienisti, chiamati a rispondere a questo quesito, si trovano in una posizione scomoda. La loro formazione e la necessità di definire il proprio ruolo professionale li portano a fornire descrizioni nosologiche che poco si adattano alle esigenze della macchina

giudiziaria. La comprensione psicopatologica del processo mentale che ha portato all'assassinio non può giustificare il crimine stesso. Le loro voci, inascoltate e sconfitte, si perdono nel clamore del processo. *“Era naturale, dunque, che il Grandi andasse al pubblico dibattimento (18 dicembre 1876), accompagnato e sorretto da medici periti, che portassero dinanzi a' magistrati cotesto dubbio, cotesto problema, e con la face della scienza s'ingegnassero alla meglio di rischiararlo. Ma la face della scienza, diciamolo apertamente, non trovò nell'aula di S. Pancrazio, aere quieto e sereno: in certi momenti anzi, venti contrari minacciarono di soffocarla e spegnerla a viva forza.”*<sup>19</sup>

### **Un tragico epilogo.**

Il caso di Callisto Grandi rappresenta la drammatica rappresentazione di un conflitto insanabile: da un lato la scienza, con la sua complessa e sfaccettata comprensione dell'animo umano, dall'altro la giustizia, rigidamente ancorata a principi di ordine e punizione. Un dissidio che lascia spazio solo a un tragico epilogo, in cui la sofferenza individuale viene sacrificata sull'altare di un'infalibilità illusoria. Callisto, Carlo, Carlino. Un nome, tre identità sfocate, alla deriva nel mare tempestoso dell'esistenza. La pena scontata, il carcere alle spalle, ma il futuro un enigma indecifrabile. Dove andare? Come ricucire i brandelli di una vita spezzata? L'unica via d'uscita, la follia: una diagnosi di "megalomania paranoica" che diventa un sigillo di condanna, ma anche paradossalmente assoluzione. Il manicomio, un nuovo carcere, ma questa volta con la maschera della cura. Riecheggiano le parole di Cesare Lombroso, un assassino come *l'ammazzabambini* avrebbe dovuto finire subito in un manicomio per le sue problematiche psichiatriche.

---

<sup>19</sup> Studio Medico-Legale dei Periti F. BINI, C. LIVI ed E. MORSELLI, 1876.

Lombroso considerava particolarmente grave e paradossale quella scelta giuridica. Nelle parole di Callisto, Carlo, Carlino, l'eco di un dolore lacerante. Una storia tragica e emblematica, che il Grandi non ha saputo comprendere. Se era pazzo, perché incarcerarlo? Se era sano, perché non concedergli la libertà? Un quesito senza risposta. Muore al Manicomio di San Salvi nel 1911.

## 4.2 Un fosco delitto nel Convento di Caravate

*“C’è nell’uomo la possibilità di ogni crimine, anche in luogo santo”.*

### **Il luogo teatro dell’evento**

Il fatto di cronaca nera è avvenuto nel 1953 in *“Valcuvia situata nel cuore del Varesotto, è una valle ampia e aperta, cosparsa di centri abitati nascosti tra boschi di faggi e castagni. È attraversata dal torrente Boesio che si getta nel Lago Maggiore a Laveno. I monti che la circondano sono a sud il massiccio del Campo dei Fiori (m. 1226), a nord il Sasso del Ferro (m. 1062) e i monti Nudo (m. 1295), della Colonna (m. 1203) e San Martino (m. 1087)”*.<sup>20</sup> Il reato si svolge nel Convento dei frati Passionisti di Santa Maria di Caravate. Durante il Medioevo, Caravate divenne parte del feudo di Angera, sotto il controllo della famiglia Visconti, una delle più potenti dinastie lombarde. In questo periodo, il paese era caratterizzato da attività agricole e artigianali, e la costruzione di chiese e strutture fortificate testimonia l'importanza del villaggio nella difesa del territorio.

---

<sup>20</sup> <http://www.ilvaresotto.it/valli/Valcuvia.htm#gsc.tab=0>

Nel Rinascimento, Caravate e i territori circostanti passarono sotto il dominio degli Sforza, altra importante famiglia milanese, e successivamente sotto la dominazione spagnola e austriaca, che influenzarono la cultura e l'architettura locali.

Durante il XIX secolo, Caravate, come molte altre località italiane, fu coinvolta nei movimenti per l'unificazione dell'Italia. Dopo l'Unità d'Italia nel 1861, il paese conobbe una lenta trasformazione, con la costruzione di infrastrutture e il miglioramento delle condizioni di vita degli abitanti.

Oggi, Caravate è un tranquillo comune che combina il fascino della sua storia con la bellezza del paesaggio lombardo.

### **Lo svolgimento dei fatti**

I Passionisti costituiscono una congregazione fondata da San Paolo della Croce (1694-1775), caratterizzata da una vita comunitaria basata sulla contemplazione, la solitudine, penitenza e vivendo sull'aiuto agli uomini. Al momento dei fatti, nel Convento vivevano una quindicina di Padri e una trentina di giovani che frequentano gli studi necessari per poter giungere all'Ordine sacro ed erano presenti anche operai adetti alla ristrutturazione del convento. Tutto ebbe inizio all'inizio di aprile con un devastante incendio che distrusse parte del Convento, L'incendio, inizialmente attribuito a un corto circuito fu solo il primo tassello di un incubo ben più grande. Poco dopo, una lettera minatoria anonima preannunciava ulteriori sciagure, gettando nel panico la popolazione. Il 25 maggio, il fedele cane da guardia del Convento morì avvelenato. Due giorni dopo, una seconda lettera minatoria, ancora più sinistra della prima, faceva presagire il peggio. *“Le ore sono contate per voi figli di sciuscià; è fallito il colpo di bruciarvi tutti: prima*



*la prova del fuoco, poi il veleno al cane, il terzo tentativo non mancherà*".<sup>21</sup> La lettera aveva come sigillo il simbolo della morte

Il 10 giugno, il cuoco del Convento rischiò la propria vita dopo aver bevuto il caffè della mattina, risultato contaminato con cianuro ed arsenicato di piombo. Si salvò dopo il ricovero in ospedale. Un secondo tentativo di avvelenamento venne perpretato ai danni frate addetto all'orto, Il religioso si salvò perchè aveva diluito il caffè con molta acqua. Una terza lettera anonima arrivò, con minacce sempre più gravi: *"I giovani dovranno tutti morire per primi: poi seguiranno tutti gli altri"*<sup>22</sup>.

L'apice della tensione si raggiunse il 18 giugno con il brutale assassinio di Luigi Parma, un giovane studente amato da tutti, trovato senza vita nel bosco vicino al Convento.

L'autopsia rilevò che la vittima era stata colpita alla testa con un oggetto contundente. e che gli altri colpi erano stati inflitti post-mortem. La forte pioggia aveva cancellato le tracce del reato, ma le forze dell'ordine propendevano per l'ipotesi che il colpevole fosse qualcuno con accesso al convento. Oltre trenta ore di indagini serrate: interrogatori, perizie calligrafiche. Infine, un investigatore notò delle macchie di sangue sulla tonaca di un novizio, Francesco Molteni, che alla fine confessò.

### **Chi era Francesco Molteni**

Di corporatura robusta di media grandezza, capelli castani, era nato a Pescate di Garlate, vicino a Lecco, il 6 agosto 1930, settimo di otto figli, l'ultimo dei quali aveva precedenti psichiatrici che avevano richiesto due ricoveri a causa di episodi allucinatori. Dopo aver terminato le scuole medie, Francesco lavorò brevemente in una tipografia; alla morte

---

<sup>21</sup> Birkhoff, J.M., Blasotta D, O. Ferrario *Due omicidi in Valcuvia visti dal Criminologo in Terra e gente appunti di storie di lago e di montagna Comunità Montana della Valcuvia* 2006

<sup>22</sup> Ibidem

del padre, fu ospitato in vari istituti: prima a Erba, poi a Novara e infine a San Zenone di Treviso. Nel settembre 1952, arrivò al Convento dei frati Passionisti di Santa Maria di Caravate, dove fu accolto con qualche dubbio, avendo avvertito la vocazione solo a 22 anni, motivo per cui la sua fede doveva essere testata. Durante quel periodo, si dimostrò sempre preciso, zelante, scrupoloso, autocontrollato e rispettoso di ogni consuetudine dell'ambiente, tanto che alla fine nessuno dubitava più di lui. Tuttavia, gli studi religiosi causarono un generale indebolimento fisico e un lieve esaurimento nervoso, tanto che, al momento dell'arresto, il suo viso appariva pallido ed emaciato. L'anno prima del reato, aveva consultato uno specialista di Como per mal di testa ricorrenti, che non furono considerati seri.

### **La svolta decisiva**

Un novizio del Convento, Francesco Molteni fu trovato con tracce di sangue sulla tonaca. Sottoposto a interrogatorio, confessò, con un mix di freddezza e lucida follia, di essere l'autore di tutti i crimini.

Mosso da un desiderio morboso di "*assistere a eventi straordinari*", Molteni agì con lucida crudeltà.: appiccò il fuoco al Convento, inviò le lettere minatorie, avvelenò con il cianuro il cane e tentò di fare lo stesso con i frati. L'omicidio del novizio Parma, da lui descritto come un atto impulsivo, era stato l'apice della sua follia. La sorprendente confessione di Molteni aveva lasciato sbigottiti gli investigatori. Giustificava le sue azioni affermando di essere un "*neroniano*", desideroso di vivere esperienze straordinarie. Questa era la motivazione per cui, il 9 aprile, aveva agito in quel modo. Gli investigatori erano colpiti dalla sua calma nell'affrontare le varie domande e dal singolare piacere, accompagnato da risate, nel rievocare le sue azioni più oscure come il

godimento nel guardare Luigi Parma mentre esalava l'ultimo respiro. Si arrivò perfino a ipotizzare che Molteni potesse essere un mitomane, poiché narrava dettagli dei crimini che non trovavano conferma nei risultati delle indagini. Questi dubbi portarono a ritenere necessaria una valutazione medica specializzata per esaminare la personalità e la psiche del colpevole. Fu quindi deciso che il reo, ritenuto pericoloso per sé e per gli altri, venisse trasferito all'Ospedale Psichiatrico di Bizzozero, a Varese, dove fu nuovamente interrogato e osservato dal Professor Fiamberti, direttore della struttura. Il 27 giugno si decise il suo trasferimento al manicomio criminale di Reggio Emilia, per sottoporlo a un'attenta valutazione scientifica che determinasse la sua capacità di intendere e di volere al momento dei fatti. Nel manicomio criminale di Reggio Emilia, Molteni fu immediatamente considerato un "malato di mente" nonostante un miglioramento fisico che gli aveva fatto guadagnare 10 chili. Scrisse un memoriale per gli psichiatri, caratterizzato da una grafia piccola e ordinata, priva di segni di impulsività. Fu sottoposto ai test neurologici dell'epoca, come l'elettroencefalogramma e l'osservazione durante il lavoro come scrivano. L'aumento di peso suggerisce che gli fossero somministrati psicofarmaci.

Cinque mesi dopo, il 7 novembre 1953, venne depositata la perizia del Professor Fiamberti e del Professor Fraulini, direttore del manicomio giudiziario di Reggio Emilia, che lo dichiarava completamente incapace di intendere e volere. Non sappiamo come si concluse la vicenda, ma se il giudice avesse accettato questa valutazione, Molteni sarebbe rimasto in ospedale psichiatrico giudiziario per almeno dieci anni, come previsto dalla legge dell'epoca, un periodo estendibile fino alla guarigione completa.

### 4.3 La storia di Stella

***“Era come staccata da tutto. Le cose intorno a lei non erano più in scala. Lo specchietto che si teneva davanti alla faccia sembrava lontanissimo e piccolo come una moneta”.***<sup>23</sup>

La protagonista di questa vicenda la chiameremo Stella, come il personaggio femminile del romanzo di Patrick McGrath *follia*, titolo originale *Asylum*, letteralmente *manicomio*, che è il luogo centrale del romanzo e anche il luogo dove si conclude la vicenda della nostra protagonista.

Il tragico evento, accade in un'operosa cittadina di provincia nel Nord Italia, dove Stella, una madre quarantenne ha gettato dal balcone del terzo piano del loro appartamento i suoi due figli, di 7 e di 4 anni, I due piccoli ricoverati in ospedale in gravi condizioni, non sono fortunatamente stati diagnosticati in pericolo di vita. Stella, che ha problemi psichici, viene arresta con l'accusa di duplice tentato omicidio aggravato. Secondo quanto emerso dalle indagini, avrebbe agito per il "bene" dei figli, non sentendosi in grado di occuparsene adeguatamente. Stella si trovava nell'appartamento con i figli e la madre, quando ha improvvisamente afferrato i piccoli intenti a giocare e ha gettato prima l'uno e poi l'altra dal balcone. La nonna materna era in cucina a preparare il pranzo e il marito era al lavoro. Un condomino del piano terra ha visto precipitare la bambina sul tavolino davanti al quale era seduto. Si è alzato di soprassalto per andare a chiamare l'ambulanza, ma la sua corsa è stata frenata dal secondo tonfo sordo, quello del bambino. Un volo di circa otto metri. Sul posto sono intervenute ambulanze e Polizia. Stella, che non ha negato le proprie responsabilità, è stata sottoposta a un interrogatorio e poi ricoverata nel reparto di

---

<sup>23</sup> P. McGrath, *Follia* Adelphi, Milano, 1996, p. 159

psichiatria dell'ospedale della città. La tragedia ha sconvolto la comunità locale. I vicini di casa la descrivono come una persona fragile, ma mai violenta, una mamma amorevole. *"Non avremmo mai immaginato che potesse compiere un gesto del genere"*. La Procura ha aperto un'inchiesta per fare luce sulla vicenda per capire cosa abbia spinto la donna a compiere un gesto così estremo.

### **La perizia psichiatrica**

Il nodo di questo reato non è quello giurisprudenziale o normativo, visto che l'omicidio aggravato dal vincolo della parentela è già punibile con pene appropriate, quando c'è imputabilità, ma nello specifico caso se l'autrice del reato era al momento del tragico evento in grado di intendere e di volere.

Viene disposto dal Tribunale competente di effettuare la perizia psichiatrica in capo alla signora Stella al fine di rispondere ai quesiti:

"Visitata l'indagata, attualmente detenuta agli aa.dd. presso SPDC di ■■■■■ stabiliscano i periti le condizioni fisio-psichiche della medesima:

- 1) Accertino se si trovi in condizioni di salute psichica tali da compromettere le sue capacità di intendere e volere parzialmente o totalmente (sia in epoca attuale, sia al momento dei fatti).
- 2) In caso positivo esprimano un giudizio sulla sua pericolosità sociale al fine di eventuale applicazione di misura di sicurezza.
- 3) Dicano i Consulenti sulla sua eventuale capacità di stare in giudizio.

## **Chi è Stella?**

### **Dagli incontri peritali emerge che:**

Figlia unica, madre vivente e padre deceduto per malattia, sofferente di depressione con necessità di cure specialistiche ma non di ricovero. L'adolescenza di Stella è caratterizzata da un persistente disagio psicologico: timida, sempre imbronciata, non provava gioia per niente, manifestando inoltre un'importante conflittualità con la figura paterna. Cresciuta da una nonna anziana si confronta con una figura materna impegnata lavorativamente e poco incline a manifestarle appoggio e affetto. Conseguisce la scolarità dell'obbligo con fatica per problemi di fobia scolastica e problemi di apprendimento. Riesce a conseguire il diploma di maestra d'asilo. Le difficoltà nella gestione dei rapporti interpersonali l'ha condotta a cambiare numerose attività lavorative, nell'impossibilità di reggerne i contesti relazionali. Al momento dei fatti era disoccupata.

Non ha avuto relazioni sentimentali significative prima del matrimonio. In assenza di sentimenti d'innamoramento, si sposa all'età di trenta anni: "*...Me lo hanno presentato dei conoscenti ...avevo paura di dire a mia madre che mi sposavo ...sembrava una brava persona, ma dopo un po' è diventato caparbio, mi sgridava per niente ... ultimamente pensava solo al lavoro e io mi sentivo sola...*".

Dall'unione coniugale nascono un maschio e dopo 3 anni una femmina; la gestione psicologica e materiale dei figli determina la presenza nel vissuto di Stella di progressivamente pervasivi sentimenti d'inadeguatezza, insieme all'aggravarsi della condizione depressiva già sofferta nel passato, con la necessità di un costante supporto assistenziale dei familiari e del CPS competente.

Per quanto attiene più specificatamente all'anamnesi psicopatologica si segnala quanto segue.

- Soggettivamente la paziente riferisce di soffrire di depressione sin dall'adolescenza, descrivendosi come persona di indole anedonica, inibita, timida e pessimistica. Riferisce anche in ordine alle diverse cure intraprese presso specialisti privati e del servizio psichiatrico territoriale, specificando che la sua sofferenza depressiva si è aggravata negli ultimi anni, alternandosi a periodi di relativo benessere.

A suo dire, "anche i figli hanno peggiorato la depressione" e ancora oggi non riesce a capire *"perché improvvisamente le venivano i forti esaurimenti"*.

- La certificazione redatta dallo Psichiatra del CPS attesta che: "Stella è nota al CPS della città dall'età di 17 anni quando fu seguita e trattata per un Disturbo d'Ansia ad insorgenza adolescenziale e seguita per un periodo di circa 10 anni."

La paziente, che ha un adeguato livello intellettuale e culturale, è affetta da un disturbo di personalità con tratti borderline ed evitante, essenzialmente caratterizzato da significativa instabilità emotiva e dell'identità, nonché da sentimenti di inadeguatezza ed ipersensibilità al giudizio negativo.

Accanto a tale aspetto si riconoscono i segni di un tratto dipendente di personalità, caratterizzato sia dalla difficoltà a prendere decisioni quotidiane in assenza di consigli e rassicurazioni, sia dal timore di perdere il supporto e l'approvazione degli altri.

Tale configurazione personologica riconosce la sua eziopatogenesi nell'ambiente familiare entro cui è cresciuta essenzialmente caratterizzato da elevati livelli di emotività espressa nei termini di eccessiva critica e ostilità (più paterna). Al momento della presa in carico la paziente presentava uno stato di deflessione dell'umore e disforia correlato ad insuccesso lavorativo: a sua intensa preoccupazione "*di non essere all'altezza*" dei compiti a lei assegnati presso un asilo nido implicò l'emergere di una significativa disregolazione emotiva che si spinse sino ad esperienze dissociative, Stella imputava il proprio fallimento professionale alla "*cattiveria*" dei superiori.

Successivamente, dopo essere stata assunta presso una RSA, ricomparve lo stesso problema: la paziente si sentiva vittima del giudizio negativo e dell'isolamento da parte di molti colleghi con conseguente ansia e disorganizzazione nel lavoro . . .

I figli desiderati da entrambi i coniugi; le gravidanze, come pure il travaglio e il parto, non hanno presentato problemi, Stella ricorda il periodo come sereno e felice. **Dei bambini non sa, potrebbero essere destinati ad una vita infelice, che poi è il motivo per cui avrebbe cercato di ucciderli.** Non sa perché da qualche mese sia tornata a star male, le mancavano le forze, pensava al suicidio, a una overdose di farmaci.

*"Io ai miei bimbi gli volevo bene, li adoravo, ho fatto di tutto per fargli vivere una vita felice, ma questo che ho fatto l'ho fatto perché non li vedevo felici"*

Dal giorno delle dimissioni stava male, si sentiva bloccata, troppo sedata, e il marito era arrabbiatissimo. "*Non so cosa è capitato in quei giorni...sono entrata in tilt...non so perché... Sono uscita da un reparto per star bene, e rientrare a casa, nei miei ritmi mi ha scombussolato tutto.*"



Dopo le dimissioni è andata a visita in CPS, dove ha rappresentato le sue difficoltà, la sedazione, e concordato di ridurre le dosi; non ha parlato dei pensieri sui bimbi, semplicemente perché ancora non li aveva definiti nella sua mente.

La domanda sul perché i bimbi erano condannati ad essere infelici, non produce altro che una risposta insoddisfacente e generica: "*perché io li vedevo così*"

### **I fatti nel racconto di Stella**

Dimessa dal SPDC da circa una settimana, e dopo un controllo in ambulatorio, ha sempre assunto i farmaci. Ciò nonostante, dice, "*mi sentivo strana, non mi sentivo io*". Pensava di uccidersi, di prendere tanti farmaci insieme. Si sentiva spossata, incapace di badare alla casa.

*"Forse avrei dovuto stare ancora una settimana in ospedale, ma io volevo vedere la mia casa, i miei figli ...Ho cercato di fare tutto questo per amore, non per odio, anche se il gesto che ho fatto è di cattiveria, di brutalità".*

In parte si vergognava della sua inadeguatezza, ma subito aggiunge che le altre mamme avevano un marito che le sosteneva, una famiglia che le sosteneva, mentre lei si è ritrovata da sola. "*È stato un attimo.*" Era ora di pranzo, non ricorda di essersi alzata con quel pensiero in testa. La bambina aveva in mano un giocattolino: "*.... allora io l'ho presa.*" Non sa se il fratellino si fosse accorto che aveva già gettato la sorellina "*ho sentito un tonfo.*" Dopo voleva seguirli, ma aveva paura a salire sulla sedia "*... li avrei seguiti ...Mi sono sentita come una persona che non doveva fare quella cosa ...è stato un raptus ... non ero lucida ...giravo per casa come se non avessi nulla da fare...*"

Ha capito subito che era una cosa brutta

*"Giravo per casa intontita e non avevo l'appoggio dei familiari, mi dicevano che sarebbe passato ...Non potrò vivere in quel quartiere, e non so se mio marito mi perdonerà questo gesto ... "*

E i bambini?

A conclusione di ogni discorso, i suoi pensieri restano polarizzati su quanto tempo dovrà stare in reparto, sulla sua collocazione futura, sul giudizio dei magistrati e del marito.

L'invito a riflettere, a comprendere il significato e l'enormità del gesto che ha commesso, le scivola addosso. Il "cosa ho fatto, e perché è successo?" non ha ancora iniziato a occuparle la mente, focalizzata com'è sul "quando uscirò e dove andrò.

## **Valutazioni peritali conclusive**

I risultati dell'indagine peritale suggeriscono che già dall'adolescenza, risulta portatrice di una grave meipragia personologica nel cui contesto si è gradualmente strutturato un severo disturbo dell'umore, di tipo depressivo. Nonostante i numerosi interventi specialistici prescritti nel tempo da psichiatri del pubblico e del privato, sia in forma di intervento psicoterapico che di protocollo psicofarmacologico, nonché di costante supporto assistenziale, il disturbo dell'affettività ha assunto forma invalidante, giungendo non solo a menomare il funzionamento personale del soggetto, ma anche le sue risorse professionali e genitoriali .

In tal senso sappiamo come eventi quali la nascita dei due figli e problemi di salute della madre, per altro di lieve entità, abbiano assunto valenza prognostica negativa, verosimilmente esasperando il break down personologico di Stella.

Sul versante più specificatamente clinico, dobbiamo ora osservare quanto segue.

La costellazione distimica sofferta dall'imputata, caratterizzata da ansia libera, anedonia, apatia, abulia, rimuginazioni pessimistiche, sentimenti pervasivi di inadeguatezza e colpa, particolarmente in questi ultimi due anni ha riconosciuto ricorrenti fasi di acuzie. Così anche la regressione personologica

Sappiamo in effetti, dalla copiosa documentazione specialistica esaminata, che in questi periodi critici, necessitanti anche di trattamento ospedaliero veniva a determinarsi nella Paziente l'istaurarsi di modalità primitive del funzionamento personale, sorrette da difese arcaiche del sistema dell'Io quali la scissione, la proiezione, l'identificazione proiettiva e la negazione di aspetti del reale.

-l'intensificarsi della più sopra citata sintomatologia depressiva, con la comparsa di ideazione auto-eterolesiva, e l'accesso ad angoscianti esperienze psicotiche quali il delirio di colpa e rovina (rimanendo, di fondo, quelle a contenuto persecutorio).

In quest'ultima forma di delirio, patognomica della Depressione Psicotica( nel caso che trattiamo, avvalendoci anche dell'accurato approfondimento psicodiagnostico ,meglio definibile come Episodio Depressivo Maggiore Ricorrente con Sintomi Psicotici) la weltanschauung del soggetto è dominata da un'inarginabile perdita di senso dell'esistenza e da una disperazione inemendabile che per la regressione psicotica in atto, viene proiettata in genere e paradossalmente, sulle persone più care: nel caso nostro, i figli appunto.

Ed è proprio in tale contesto clinico, che l'eventuale messa in atto eterolesiva viene proposta come gesto altruistico, d'amore, che libera anche i congiunti dall'insanabile sofferenza di questo mondo, da un destino di privazioni, miserie ed infelicità.

Abbiamo potuto constatare come l'ideazione derealizzante di colpa e di rovina e i conseguenti propositi auto/eterolesivi, negli scompensi psicopatologici precedenti ai fatti, lasciassero per così dire all'Io della perizianda, un margine difensivo: la stessa, infatti, comunicava i suoi intenti, richiedeva di essere "contenuta" in SPDC o in Comunità Terapeutica, sollecitava un allontanamento dei propri figli (e non certo per rendersi più gradevole la vita!)

Diversamente il giorno dei fatti, quando la sua esperienza delirante si è fatta improvvisamente pervasiva, forse nel cogliersi come persona inguaribile, disperatamente sola e devitalizzata: così, dissolto totalmente l'esame di realtà, si è dispiegato il progetto psicotico di porre rimedio alla tragicità della sua esistenza e a quella dei suoi figli, come ci è noto.

Sfortunatamente, tali "suicidi allargati" correlati alla Depressione Psicotica sono pressoché imprevedibili; ne fa testo non solo il caso che trattiamo, ma quanto pubblicato da autorevoli specialisti dell'ambito criminologico.

La prevenzione di tali intenzionali "suicidi allargati" è estremamente difficile, in quanto il soggetto, giunto all'apice del suo pessimismo cosmico, persegue il suo fine delirante nel silenzio, per non essere ostacolato nel porre rimedio alla tragicità della sua esistenza e a quella dei suoi cari.

Dobbiamo infine osservare che nell'attualità, gli aspetti deliranti dell'infermità mentale riscontrata, sembrano dissolti. Permangono evidenti invece le croniche stigmate depressive della Paziente, un tratto stolido ed una franca regressione comportamentale, oltre ad una sorta di anestesia psichica ed emotiva relativa al fatto per cui si procede.

### **La risposta dei Periti CTU ai quesiti del Giudice**

Le valutazioni diagnostiche e prognostiche permettono ai CTU di rispondere attendibilmente ai quesiti posti dal Giudice

- 1) *Non vi è dubbio che al momento dei fatti per cui si procede, l'imputata presentasse uno scompenso psicotico caratterizzata fra l'altro da pervasiva attività delirante di colpa e rovina in grado di determinare le patognomiche anomalie del comportamento per cui si procede, venendosi così a configurare e quanto previsto **dall'art.88 del c.p.***

Nell'attualità gli aspetti deliranti dell'infermità mentale riscontrata sembrano dissolti. Permangono evidenti invece le croniche stigmate depressive della Paziente, ed una franca regressione comportamentale, sintomi questi che non incidono significativamente sulla sua capacità di intendere e volere.

- 2) L'infermit  mentale riscontrata, nella sua processualit , non preclude oggi a Stella la possibilit  di comprendere la reale valenza delle accuse a suo carico, di rendere deposizioni attendibili, di sostenere confronti, di partecipare validamente alla propria difesa. ***In tal senso, la perizianda   da considerarsi persona capace di stare in giudizio.***
- 3) In ordine alla pericolosit  sociale dobbiamo osservare quanto segue.

- Abbiamo constatato come il soggetto, per ora, riesca ad adire ad una formale consapevolezza del disvalore e della gravit  del proprio agito eterolesivo.

In effetti, l'invito a riflettere, a comprendere il significato e l'enormit  del gesto che ha commesso, sembra scivolarle addosso. Prevalgono al riguardo sia una sorta di anestesia psichica ed emotiva, che sentimenti di smarrimento abbandonico non disgiunti da preoccupazioni correlate all'esito dell'iter giudiziario in essere.

-Abbiamo rilevato che a tutt'oggi, spentasi la bouff  delirante, nonostante le cure in atto presso il SPDC permangono evidenti le croniche e gravi manifestazioni depressive della Paziente, un suo tratto stolido, un rallentamento ideomotorio verosimilmente iatrogeno ed una franca regressione comportamentale.

*Riteniamo pertanto necessario, al fine di prevenire il futuro verificarsi di fatti analoghi a quelli per cui si procede, che la Pz venga al pi  presto inserita in un contesto comunitario atto a promuovere la graduale integrazione/rielaborazione dell'accaduto e ad affrontare con strategie terapeutiche integrate anche di tipo educativo l'assetto psicopatologico nel cui contesto si sono concretizzati i fatti reato.*

***All'uopo si identifica come struttura idonea e confacente al caso, l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Casaligon delle Silver.***

## 4.4 il caso di Ignis

*“Ero disperato ma non dicevo niente cercavo come al solito aiuto nella cocaina, ma ne prendevo sempre di più!”*

Ignis, nome di fantasia, un nome affascinante che richiama immagini di fiamme e fuoco, evocativo del reato di cui il soggetto sarà il protagonista.

Ignis, di origine nordafricane, da circa quarant'anni residente in Italia, si trasferisce dal Sud al Nord. Ha una qualifica professionale e svolge lavori nel settore edilizio come operaio. Successivamente inizia a lavorare come autotrasportatore dipendente per poi mettersi in proprio, ma a causa della crisi economica l'attività fallirà. Da allora si alternano periodi di disoccupazione a periodi nei quali svolge lavori occasionali. Inizia uno stabile rapporto di convivenza con una donna italiana. Dalla relazione due figli. Nonostante i fatti per cui si procede il legame affettivo della coppia perdura.

### **Che cosa accade?**

Arrestato per tentato omicidio e incendio doloso. Ignis, che si trovava in stato di alterazione psicofisica, dovuta all'assunzione di sostanze stupefacenti, di cui da anni, era consumatore abituale, ha cosparsa di benzina la sua compagna e l'appartamento. Si è barricato in casa dove erano presenti il figlio e il suocero e poi ha appiccato il fuoco. Le tre vittime sono riuscite a salvarsi grazie all'intervento dei carabinieri, che hanno sfondato la porta d'ingresso dell'appartamento e le hanno portate in salvo. L'uomo è stato arrestato e portato in carcere.

Il Giudice chiede di effettuare una perizia psichiatrica al fine di rispondere ai quesiti

- Se costui al momento dei fatti fosse capace di intendere e volere.

- Se è capace di stare in giudizio.
- Esprima inoltre il perito il giudizio sull'attuale pericolosità sociale dello stesso.

### **L'anamnesi psicopatologica**

Il periziando non riferisce familiarità per malattie psichiatriche né precedenti psicopatologici di rilievo; riferisce ingravescente disagio psichico di tipo disadattivo (ansia libera e somatizzata, deflessione dell'umore, crisi di pervasiva labilità emotiva, ritiro sociale, rimuginazioni pessimistiche) dopo la perdita del lavoro e le conseguenti problematiche economiche.

Si registra un saltuario abuso di bevande alcoliche e un uso di cocaina, con graduale aumento dell'assunzione della sostanza nel tempo: inizialmente 2 grammi/settimana; 5 grammi/settimana; nei mesi precedenti ai fatti, in più occasioni uso di 5-7grammi/die. Il referto dell'esame tossicologico effettuato a cura del SERT attesta "molta positività" per cocaina e un accesso al P.S. dell'ospedale della città per "riferita assunzione incongrua di prodotti detergenti".

Ignis giunge all'osservazione specialistica dopo i fatti-reato.

### **La visita Psichiatrica**

Ingresso dalla libertà per gravi anomalie del comportamento. Ignis, riferisce di aver appiccato fuoco alla propria abitazione, dopo essere venuto a conoscenza di tradimento coniugale. Causa lo stato di ansia libera risulta difficile dirimere la questione psicopatologica (veridicità o meno dei fatti anche per uso recente di cocaina).



Non manifesta alterazioni del rapporto di realtà né ideazione anticonservativa. Unicamente provato dagli eventi ed emotivamente labile anche per deprivazione sonno.

#### Seconda visita

Al colloquio il Paziente. presenta labilità emotiva. Riferisce ingestione incongrua di detergente al culmine di un momento caratterizzato da tensione emotiva ingravescente legata a notizie in merito al proprio reato apprese al telegiornale e non corrispondenti alla reale dinamica dei fatti. Presenta slivellamento in senso depressivo del tono dell'umore con modalità reattiva all'accaduto e alla detenzione. Viene prescritta terapia farmacologica

Dal colloquio psicologico di sostegno Ignis riferisce un miglioramento del tono dell'umore e della quota ansiosa, anche grazie a colloqui effettuati negli ultimi giorni con la moglie che l'ha rassicurato circa lo stato emotivo del figlio che ha assistito all'accaduto. Labile emotivamente quando ne parla. Riferisce di sentirsi sostenuto a livello sanitario più disponibile ad accettare la sua permanenza in carcere.

-Visita SERT “Riferisce di aver iniziato a sniffare cocaina all'età di 31 anni. A suo avviso l'utilizzo della sostanza (con amici due, tre volte la settimana) non è mai stato un problema per cui non ha mai sentito la necessità di rivolgersi ad un servizio. Negli ultimi tre anni invece dopo la perdita del lavoro l'assunzione è andata via via aumentando sia come frequenza che come quantità d'uso fino ad arrivare all'episodio che lo ha condotto in carcere quando a suo dire era completamente alterato sia dalla droga che dall'alcool. Ignis chiede la presa in carico per affrontare il problema della cocaina e dell'alcool in quanto spaventato di aver perso il controllo e di non essersi reso conto di quello che faceva.

## Colloqui Psichiatrici

Il periziando si è presentato ai colloqui discretamente curato nell'aspetto esteriore, lucido e collaborante. È apparso in grado di comprendere appieno le finalità dell'accertamento peritale e di rispondere coerentemente alle domande poste.

La descrizione delle diverse fasi esistenziali è stata commentata da tonalità affettive adeguate. Si segnala un fondo di labilità emotiva che diviene pervasiva nell'ancor incredula riconsiderazione dei fatti-reato”: *Come ho potuto fare tutto questo a mia moglie e a mio figlio, io darei la vita per loro e quasi gliela toglievo, ero fuori di me, devo cambiare vita...*”.

Le funzioni psichiche superiori sono integre. L'eloquio è fluente e sorretto da nessi logici. L'umore appare instabile, reattivamente alle vicende giudiziarie in essere e a preoccupazioni riguardanti le difficili condizioni economiche ed abitative in cui versano i famigliari. L'ansia è ben contenuta dalle terapie psicofarmacologiche in atto.

Non si evidenziano disturbi della forma e del contenuto del pensiero, né fenomeni dispercettivi. Il comportamento è adeguato al contesto.

In ordine ai fatti per cui si procede il soggetto sa offrire una sua versione giustificatoria, significativa ai nostri fini.

*“...Non riesco ad accettare il mio fallimento lavorativo e mi sentivo un niente per non poter dare sicurezza economica ed un futuro ai miei figli come fanno i padri, mi vergognavo di me anche con mia moglie, ero disperato ma non dicevo niente cercavo come al solito aiuto nella cocaina, ma ne prendevo sempre di più.. ne usavo già 5 grammi la settimana, per poi arrivare nel periodo dei miei misfatti ad assumerne talvolta anche 6 0*

*7 grammi in un giorno, roba da rimanerci secco. Non ricordo cosa io abbia combinato, ricordo l'immagine di mio suocero che mi diceva- adesso chiamo i carabinieri- Mi ha raccontato l'Avvocato il disastro che ho fatto..Ricordo che in quei giorni ero inquieto, non riuscivo a dormire, mi dava fastidio tutto ed ero tormentato dal pensiero che mia moglie andava con altri ..”.*

### **Valutazioni Psicodiagnostiche Conclusive**

I dati clinico- anamnestici in nostro possesso suggeriscono che Ignis non presenta disturbi strutturati in ambito nevrotico e psicotico, né deficit cognitivi di rilievo clinico.

Sul versante personologico si riscontra una certa fragilità dell'Io esprimendosi nell'incapacità di tollerare angosce depressive, nella facile destabilizzazione a fronte di stressor lavorativi, nell'impiego di difese psichiche primitive quali la negazione o la scissione. Tale assetto meiopragico ha sicuramente favorito nel soggetto, il ricorso all'uso di sostanze con modalità autoterapeutica (alcool, cocaina) da più di 15 anni con il successivo strutturarsi dapprima di una Dipendenza da Cocaina e successivamente di un Disturbo da Uso di Cocaina Grave.

Al riguardo sappiamo di come già nei mesi precedenti i fatti reato, l'imputato fosse giunto ad impiegare con una certa continuità sino a 6-7grammi/die di sostanza e di come nel periodo precedente i fatti reato, il medesimo presentasse sintomi patognomonicamente correlati al cronico impiego di cocaina quali insonnia, ipervigilanza, disforia, discontrollo degli impulsi, acriticità, ideazione paranoide, delirio di gelosia, episodi confusivi.

È anche ipotizzabile in capo al periziando, nei mesi precedenti ai fatti reato, l'esistenza di un Disturbo dell'Adattamento Misto reattivo a eventi stressogeni lavorativi, non

riconosciuto nella sua valenza psicopatologica dal paziente in ragione del suo profilo caratteriale e culturale. All'accertamento specialistico attuale le sintomatologie disadattive appaiono ben contenute dalle terapie psicofarmacologiche prescritte. Perdura lo svezzamento da cocaina, pur dichiarandosi il soggetto ancora esposto al rischio di ricaduta.

Queste valutazioni diagnostiche e prognostiche ci permettono di rispondere attendibilmente ai quesiti posti dal Giudice

1) Al momento dei fatti per cui si procede, Ignis presentava un Disturbo dell'Adattamento Misto ed un disturbo Psicotico indotto da cocaina. Le fenomenologie cliniche di tale Reazione Psicotica (così definita da Fornari nel suo trattato di Psichiatria Forense) erano tali da configurare **quanto previsto dall'art. 88 del C.P.**

2) Il periziando, nell'attualità, si mostra in grado di comprendere la reale valenza delle accuse a suo carico, di sostenere confronti, di rendere deposizioni attendibili, di partecipare validamente alla propria difesa. **In tal senso Ignis è persona capace di stare in giudizio.**

3) Il signor Ignis oggi mantiene una condizione di svezzamento da cocaina perché imposta dall'ambiente restrittivo in cui si trova. Certo è che ai fini prognostici oltre che di sicurezza sociale, anche in considerazione del franco tratto tossicomano presentato dall'imputato, appare necessario che il medesimo sia inserito in struttura comunitaria specificatamente vocata al trattamento di pazienti tossicodipendenti.

In tale sede sarà poi rivalutata dai curanti l'evoluzione clinica del caso e la pericolosità sociale del periziando, nei tempi e nei modi ritenuti più opportuni dal Giudice competente.

## CONCLUSIONI

Siamo giunti alla fine del viaggio e l'approdo ci induce a riflessioni conclusive. La metafora del viaggio, utilizzata per immaginare un'odissea sulla nave dei folli in compagnia di autori di reato, ci ha permesso di esplorare in profondità le complessità e le contraddizioni del comportamento umano, sia attraverso casi storici che attuali. Questo viaggio immaginario ha evidenziato come la società, attraverso i secoli, abbia percepito e trattato coloro che deviano dalle norme stabilite. Dalla follia criminale del passato alle moderne interpretazioni psicologiche e sociologiche, ogni tappa di questo viaggio ha rivelato le tensioni tra controllo sociale, giustizia e umanità. I casi storici hanno offerto una prospettiva sui cambiamenti nel trattamento dei criminali, dall'epoca in cui la follia era considerata un segno di possessione o malvagità, alle prime forme di internamento nei manicomio, fino alle più recenti misure di riabilitazione e reinserimento sociale. Nel contempo, l'analisi dei casi attuali ha mostrato come la società contemporanea continui a confrontarsi con dilemmi etici e pratici riguardanti la punizione, la cura e la prevenzione del crimine.

Nello specifico, il presente lavoro attraverso l'exkursus storico e attraverso i casi descritti, ci consente di comprendere quanto sia complesso e critico l'approccio agli autori di reato e la valutazione dell'imputabilità. La criticità delle valutazioni è determinata da più fattori tra cui l'entità del fatto reato, la complessità dei disturbi mentali che, in relazione al contesto e al supporto di riferimento determinano quadri estremamente pleomorfi, l'eterogeneità delle valutazioni peritali influenzate a loro volta dal background di ciascun perito, l'influenza di variabili quali l'uso di sostanze che determina diversa connotazione a seconda del fatto che sia un uso acuto o cronico.

Numerosi sono i tentativi in corso negli ultimi decenni di uniformare il giudizio di non imputabilità per vizio di mente cercando di adattare tale valutazione al progresso scientifico in materia di disturbo mentale.

Il paradigma medico-nosografico secondo cui i disturbi mentali sono malattie biologicamente determinate fa sì che, per compromettere l'imputabilità è necessario che le stesse trovino un riscontro clinico e siano nosograficamente classificabili. La giurisprudenza si è, infatti, orientata nel riconoscere il vizio totale o parziale di mente laddove correlato a una malattia di tipo organico o comunque clinicamente classificato. Tale approccio escluderebbe quei fenomeni episodici e transitori e, in generale, «tutte le anomalie della personalità o del carattere o del sentimento, ma anche le neuro-psicosi o psiconevrosi che sono malattie del sistema nervoso che non hanno base anatomica e si manifestano con disturbi puramente funzionali, vale a dire, privi di substrato organico e senza lesioni di organi» (Cass. pen., sez. I, n. 369/1978, cit.)

A questo concetto puramente nosografico e rigidamente classificatorio, negli anni si è aggiunto un approccio orientato a tenere in considerazione fondamenti psicodinamici. Si è accolta, progressivamente l'idea che la malattia mentale tragga la sua origine da fattori di natura interpersonale.

Al paradigma psicologico succede quello sociologico. La malattia mentale sarebbe riconnessa alle disfunzioni della società con cui l'individuo entra in contatto. Il comportamento psicopatologico si sostanzierebbe nel conflitto con la struttura sociale in cui l'uomo vive. La giurisprudenza non ha mai recepito questa concezione, anzi ha espressamente negato che il disadattamento sociale possa integrare quella infermità richiesta dagli artt. 88 e 89 c.p. 41

L'attuale cultura psichiatrica è quella di accogliere un paradigma integrato (bio-psico-sociale) che tenga conto dell'interrelazione tra aspetto medico, psicologico e sociologico ugualmente coinvolti nella genesi del disturbo.

Ovviamente la considerazione di questi fattori complica ulteriormente la valutazione, determinando ad oggi visioni estremamente dipendenti dal giudizio peritale, che per questo dovrebbe essere espresso da figure di grande esperienza sia in ambito clinico che forense. Secondo l'attuale paradigma entrano in gioco nel determinare la non imputabilità non solo i disturbi psichiatrici maggiori intensi in senso classico, ma anche i disturbi di personalità gravi.

Alla complessità della valutazione psichiatrico-forense si somma poi la criticità dello stabilire quale percorso debba intraprendere l'autore di reato giudicato non imputabile, ma pericoloso socialmente.

Anche in questo caso il perito è chiamato a determinare quale possa essere l'idoneo provvedimento atto a prevenire il rischio di reiterare fatti-reato.

L'evoluzione storica delle risorse e dei sistemi di cura-custodia in vigore ha visto un rapido passaggio da quelli che erano definiti manicomi criminali, agli OPG fino ad arrivare alle attuali residenze per l'espiazione delle misure di sicurezza. La criticità dell'attuale organizzazione risiede nel fatto che queste strutture, spesso necessarie per quegli autori di reato il cui vizio di mente determina una reale pericolosità, siano sovente senza posti disponibili, necessitando lo scorrimento di una lunga lista di attesa. In attesa dell'ingresso in REMS capita sovente che gli autori di reato vengano collocati negli SPDC con notevoli difficoltà per operatori e utenti di tale luogo adibito alla cura di acuzie psicopatologiche.

In alternativa o al termine del periodo da scontare nelle REMS gli autori di reato vengono soventemente obbligati a un percorso di cura comunitario o alla frequenza del programma disposto dal Centro Psicosociale di riferimento, demandando il “controllo” della situazione dell’autore di reato con pericolosità sociale ai Dipartimenti di Salute Mentale. Per questa specifica competenza si era cercato di creare delle vere e proprie equipè forense specializzate nell’occuparsi del percorso di questi utenti. Risulta però critico disporre delle risorse umane formate e disponibili ad occuparsi del tema.

Le riflessioni conclusive, partendo dalla disamina storica introduttiva e passando dalla presentazione di casi, consentono di comprendere la complessità dell’argomento e lo sforzo nel cercare di cambiare l’approccio agli autori di reato orientandosi sempre più ad un sistema di cura, di riabilitazione e reinserimento sociale che, possono risultare vincenti solo in presenza di un imprescindibile appropriato inquadramento peritale e delle indispensabili risorse strutturali, umane e legislative per organizzarne il percorso.

Affrontare questo tema spesso determina l’insorgere di ulteriori domande, più che l’ottenimento di risposte, segno delle necessità di studi, di consensus conference e di “sdoganare” un argomento ancor oggi considerato tabù, per definire meglio un tema eterogeneo, complesso, ma di fondamentale importanza.

La nave dei folli diventa un potente richiamo alla riflessione sulla condizione umana, invitandoci a considerare soluzioni che rispettino la dignità e la complessità di ogni individuo, anche di quelli che scelgono o sono costretti a navigare controcorrente.



## BIBLIOGRAFIA

AA.VV, *Terra e gente appunti di storie di lago e di montagna* Comunità, Montana della Valcuvia 2006.

Bandini. T, *La perizia psichiatrica e criminologica: Principi e metodi*, Zanichelli, 2015.

Bandini. T, & Rocca, G, *La psichiatria forense e il "vizio di mente": criticità attuali e prospettive metodologiche*, In Riv. It. Medicina legale, 2010(3), 415.

Bandini. T, *Il contributo del clinico al dibattito sulla psichiatria e sull'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*. In O. De Leonardis (a cura di), *Curare o punire*, Unicopli, Milano, 1998.

Benvenuti. G, *Psichiatria e giustizia: manuale di psichiatria forense*. Utet 2008.

Bini.F, Livi. C, *Studio medico-legale dei Periti*, Morselli, 1876.

Bontempelli. M, *Imputabilità e vizio di mente: Un'analisi psichiatrico-forense*, Franco Angeli, 2018.

Brant.S, R, Disanto (a cura di), *Das Narrenschiff. La nave dei folli*,

Schena Editore, 1989.

Cabiale. A, *L'accertamento giudiziale della pericolosità sociale, tra presente e futuro*, Archi-vio Penale, 2022, n. 2.

Cancrini. L, *Pericolosità sociale e misure di sicurezza*, Giuffrè, 2006.

- Cantelmo. L, *Il giudizio di pericolosità sociale: tra psichiatria e diritto*, Editoriale Giuffrè, 2010.
- Caprara. G. V, *Pericolosità sociale e personalità deviante*, Il Mulino, 2010.
- Cassinelli. B, *Storia della pazzia*, dall'Oglio,1964.
- Castelli. D, *La pericolosità sociale tra diritto e psichiatria*, Giuffrè, 2005.
- Di Blasi. G, *La valutazione psichiatrica del rischio di recidiva: strumenti e metodologie*. Giuffrè,2011
- Foucault. M, *Follia e psichiatria, detti e scritti 1957-1984, la psicologia dal 1850 al 1950* Cortina, 2006.
- Fornari. U, *Trattato di Psichiatria Forense*, Utet ,2008.
- Goffman. E, *Asylums, Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza* (1961), Torino, Giulio Einaudi Editore 2003.
- Lascio. G. M, *Misure di sicurezza e pericolosità sociale: profili problematici e prospettive di riforme*, Giuffrè, 2007.
- Lombroso. C, *L'uomo delinquente*, Hoepli, 1876.
- Lombroso. C, *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia, Resoconto del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere (RILSL)*, S.II, vol.V, nn.1 e 2, 1872.
- Mannarini. S, *Diagnosi psichiatrica e perizia criminologica*, Carocci, 2011.

Mastronardi V.M, Palermo. G.B, *Il profilo criminologico. Dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici*, Giuffrè, 2021.

Mc Grath,P, *Follia*, Adelphi, Milano, 1996.

Merini. A, *La pazza della porta accanto*, Bompiani, 1955.

Melossi. D, *Criminologia e sistema penale*, Laterza ,2012.

Montanari. G, *Criminologia Teorie, metodi e nuove sfide*, Il Mulino, 2021.

Nicolò. G, (a cura di), Pompili. E (a cura di) *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*, Cortina, 2023.

Nivoli. G, Loretto. L, Milai. P, Nivoli. A, *Psichiatria forense*, Piccin, 2019.

Ponti. G, Merzagora Betsos. I, *Compendio di criminologia*, Giuffrè, 2020, quinta edizione.

Recalcati. M, *Scacco alla ragione*, Repubblica, 29-05-16.

Rossi. P, *Vizio di mente e imputabilità: Profili giuridici e psichiatrici*, Giappichelli, 2011.

Sanvitale.F, Palmegiani.A, *Amnesie dalla strage di Erba al delitto di Cogne*, Sovera Edizioni, 2018.

Sanvitale.F, Palmegiani.A ,*Un mostro chiamato Girolimoni. Una storia di serial killer di bambine e innocenti*, Sovera Edizioni, 2011.

Sartori. G, *Perizie psichiatriche: Metodologia e casi pratici*, Edizioni Universitarie, 2014.

Tartaglione.A, *Psicopatologia forense e perizia criminologica*, Hoepli, 2009.

Tonioni. F, *Manuale di criminologia clinica e forense*, Franco Angeli, 2020.

Vernon. D, *Criminal Behavior: A Psychosocial Approach*, Prentice Hall,2022.

Zappalà. ., *Codice penale e di Procedura Penale Annotato con la Giurisprudenza*, Giuffrè 2023.

## **Sitografia**

<https://www.poesiedautore.it/konstantinos-kavafis/itaca>

<http://www.modernlaw.it/content/articoli/approfondimenti/il-vizio-di-mente-nel-codice-di-proc>

<http://www.avvocatocastellaneta.it/articoli/difesa-penale-e-scienza/disturbi-della-personalita-capaci-di-incidere-sulla-imputabilita-presupposti>

Universita-telematica-e-campus/criminologia- lezioni Professore Palmegiani Armando  
<http://www.gianfrancobertagni.it/materiali/filosofiacritica/sintesifollia.htm>

<https://www.conoscifirenze.it/personaggi-fiorentini/810-callisto-grandi-ammazzabambini.html>

<https://www.lacitta.eu/storia/15315-la-nave-dei-folli-das-narrenschiff.htm>

