**IL RUOLO DELL’ACCUSA E DELLA DIFESA NEL DILEMMA TRA RESPONSABILITA’, PUNIZIONE E SICUREZZA**

1. **IL VIZIO DI MENTE**

* Secondo la più accreditata dottrina, sia psichiatrico – forense, che medico legale, è oramai pacifico - nel solco dell’insegnamento contenuto nella sentenza delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione n. 9163/2005 - che le nozioni di “capacità di intendere e di volere”, di “infermità” e di “vizio di mente” non corrispondono a categorie scientifico – naturalistiche, ma altro non sono che **CONVENZIONI GIURIDICHE** (nate in un periodo storico dominato dall’ideologia positivista ed ancorato a una psichiatria biologica oramai del tutto superata) il cui contenuto sostanziale deve essere continuamente adeguato ai tempi dalla prassi giurisprudenziale.
* Nel conferimento dell’incarico al consulente tecnico ovvero al perito psichiatrico, pertanto, deve prestarsi attenzione a che lo stesso sia aggiornato al contenuto sostanziale più recente di tali convenzioni giuridiche come elaborato dalla prassi giurisprudenziale secondo gli sviluppi del migliore sapere psichiatrico – forense e medico legale.
* Di seguito una sintetica rassegna dell’attuale “stato convenzionale giuridico” di tali nozioni.
* La **CAPACITA’ D’INTENDERE**, equivale ad un “pensare ordinato”; il che vuol dire rendersi conto del “valore sociale” dell’atto che si intende compiere, di prefigurarsene le conseguenze, di stabilire gli effetti ed i mezzi per produrli; comporta, pertanto, un uso efficace dei processi di conoscenza e del principio di realtà.

La **CAPACITA’ DI VOLERE** implica l’attitudine della persona a determinarsi in modo autonomo, selezionando le spinte ad agire o non agire; significa, quindi, determinarsi nelle azioni in modo socialmente adeguato ed accettato

* Per quanto concerne la nozione di **INFERMITA’** di cui agli artt. 88 e 89 c.p. rientrano oggi pacificamente, non soltanto le “**malattie mentali**” nosograficamente individuate ed elencate nei trattati di medicina (in quanto il concetto di infermità non è sovrapponibile a quello di malattia, sussistendo tra i due termini un rapporto di genere a specie), ma anche quei “**disturbi di personalità**” che in concreto abbiano l’attitudine a compromettere gravemente la capacità di intendere e di volere del soggetto.
* Per la ricordata sentenza delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione del 2005 i **“disturbi della personalità”** possono essere suddivisi in tre gruppi, così come riportato nel “DSM IV” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) dell’Associazione degli Psichiatri Americani - adottato nel 1992 da gran parte degli Stati membri della Organizzazione Mondiale della Sanità:

Gruppo A:

* Disturbo schizotipico di personalità (da non confondersi con la schizofrenia);
* Disturbo paranoide di personalità (da non confondersi con la schizofrenia paranoide o il disturbo delirante);
* Disturbo schizoide di personalità (da non confondersi con la sindrome di Aspenger).

N.B.: gli ultimi due disturbi della personalità non più inclusi nel “DSM V”.

Gruppo B:

* Disturbo antisociale di personalità (da non confondersi col sadismo”);
* Disturbo borderline di personalità (da non confondersi con il disturbo bipolare o ciclotimia, il disturbo schizoaffettivo e l’organizzazione borderline);
* Disturbo narcisistico di personalità;
* Disturbo istrionico di personalità.

N.B.: quest’ultimo disturbo non più incluso nel “DSM V”.

Gruppo C:

* Disturbo evitante di personalità;
* Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità;
* Disturbo dipendente di personalità

N.B.: quest’ultimo disturbo non più incluso nel “DSM V”.

Il “DSM IV” e il “DSM V” prevedono, poi, anche un “disturbo di personalità non altrimenti specificato” nel quale vanno ricondotte “le alterazioni di funzionamento della personalità che non soddisfano i criteri per alcuno specifico disturbo della personalità”.

* Tali “disturbi della personalità” rientrano, comunque, nella più ampia categoria delle **“psicopatie”** (diverse dalle “psicosi” che sono considerate dalla giurisprudenza delle vere e proprie malattie mentali) e si caratterizzano come “modello costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente dalle aspettative di cultura dell’individuo”e sono “inflessibili, non adattivi, persistenti e causano una compromissione sociale significativa o sofferenza soggettiva”.
* Naturalmente occorre accertare, in concreto, se ed in quale misura tali disturbi di personalità abbiano effettivamente inciso sulla capacità di intendere e di volere compromettendola del tutto o grandemente scemandola.

Ne consegue, sempre seguendo l’insegnamento della ricordata sentenza delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione del 2005, che tali disturbi di personalità possono acquisire rilevanza solo ove siano **“di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere”**.

Deve, cioè, trattarsi di “un disturbo idoneo a determinare (e che abbia, in effetti, determinato, stante la ricordata necessaria analisi in concreto) una situazione di assetto psichico incontrollabile ed ingestibile (totalmente o in grave misura) che, incolpevolmente, renda l’agente incapace di esercitare il dovuto controllo dei propri atti, di conseguentemente indirizzarli, di percepire il disvalore sociale del fatto, di autonomamente, liberamente, autodeterminarsi: ed a tale accertamento il giudice deve procedere avvalendosi degli strumenti tutti a sua disposizione, dell’indispensabile apporto e contributo tecnico, di ogni altro elemento di valutazione e di giudizio desumibile dalle acquisizioni processuali”.

* Per converso, **non** possono avere **rilievo** ai fini della “infermità”, e quindi della imputabilità, altre “**anomalie caratteriali**”, “**disarmonie della personalità**”, “**alterazioni di tipo caratteriale**”, “**deviazioni del carattere e del sentimento**”, che, pur afferendo alla sfera del processo psichico di determinazione e di inibizione, non presentano, tuttavia, le connotazioni sopra descritte e non attingono, quindi, a quel rilievo di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente, nei termini e nella misura voluta dalla norma, secondo quanto sopra si è detto.
* Né possono assume alcun rilievo gli **“stati emotivi e passionali”** per l’espressa disposizione normativa di cui all’art. 90 c.p.
* Infine, è necessaria **la sussistenza del nesso di causalità tra il disturbo mentale e il fatto reato** che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo. Il Giudice deve cioè concretamente accertare se il fatto reato trovi la sua genesi e la sua motivazione nel disturbo mentale (che potrebbe anche avere una incidenza solo “settoriale”) che in tal guisa assurge ad elemento condizionante della condotta. Così dovendosi interpretare l’inciso “nel momento in cui ha commesso il fatto”.
* Per riassumere: I disturbi della personalità possono essere apprezzati alla luce delle norme di cui agli artt. 88 e 89 c.p., con conseguente pronuncia di totale o parziale infermità di mente dell’imputato, a condizione che essi: a) siano inquadrabili nelle classificazioni riconosciute a livello internazionale dalla moderna psichiatria forense; b) siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere; c) siano in rapporto di causalità con il fatto reato.
* Logico corollario di carattere generale:

L’infermità mentale va accertata in relazione alla commissione di ciascun reato, non costituendo la stessa uno stato permanente; essa non può essere ritenuta *sic et simpliciter* sulla base di un precedente proscioglimento dell’imputato per totale incapacità di intendere e di volere (in tal senso, già la sentenza n. 3843/97, Sezione VI, Corte di Cassazione).

Non esiste incompatibilità logico-giuridica tra due sentenze, emesse nei confronti dello stesso imputato per fatti diversi, commessi in tempi diversi, delle quali una lo ritenga incapace e l’altra invece capace perché, come detto, l’infermità mentale non costituisce uno “status” permanente dell’individuo e l’accertamento delle condizioni mentali, ai fini dell’imputabilità, deve essere effettuato in relazione al momento in cui il reato è stato commesso (sentenza n. 2883/89, Sezione I, Corte di Cassazione).

* Nei casi di difetto di imputabilità **non** può avanzarsi **richiesta di archiviazione** perché tale ipotesi non è prevista dagli articoli 408 e 411 c.p.p.

Il G.U.P. può pronunciare **sentenza di non luogo a procedere**, **ai sensi dell’art. 425 c.p.p.**, nei confronti di “persona non punibile per qualsiasi causa”, e quindi anche nell’ipotesi di difetto di imputabilità per incapacità di intendere e di volere.

Questo, però, solo a condizione che non debba essere applicata una **misura di sicurezza personale**, in considerazione della pericolosità sociale dell’imputato, come si ricava dal comma 4 dell’art. 425 c.p.p.

Sempre nei casi di difetto di imputabilità non è praticabile la via della **sentenza ex art. 129 c.p.p.** ovvero quella della **sentenza ex art. 469 c.p.p.**

1. **LA PERICOLOSITA’ SOCIALE**

* Ai fini della applicabilità delle misure di sicurezza personali, e quindi agli effetti della legge penale, la nozione di pericolosità sociale rilevante si ricava tuttora dall’**art. 203 c.p.** che la ritiene sussistere quando il soggetto che ha commesso il reato **“è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati”**.

La norma prevede, però, anche che **“la qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell’articolo 133 c.p.”**

Tale richiamo impone al Giudice di effettuare la prognosi di pericolosità sociale necessaria per l’applicazione delle misure di sicurezza, utilizzando come parametri gli stessi indici da prendere in considerazione ai fini della determinazione dell’entità del trattamento sanzionatorio e dovendosi escludere che tale valutazione possa essere fondata esclusivamente sulle risultanze medico-psichiatriche.

Al Giudice, tuttavia, non è imposto di desumere la pericolosità sociale necessariamente dalla contemporanea presenza di tutti i parametri previsti dal citato art. 133 c.p., essendo sufficiente che la relativa valutazione si fondi su di uno solo di essi ritenuto di valore assorbente (sentenza n. 43631/17 della Sezione V della Corte di Cassazione).

* L’art. 1, comma 1, lett. b) del D.L. n. 52/14, nel testo risultante dalla legge di conversione n. 81/14 – la normativa volta al definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari - prevede che: *“Il giudice dispone nei confronti dell’infermo di mente e del seminfermo di mente l’applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e di custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a far fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all’articolo 133, secondo comma, numero 4, c.p. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell’articolo 679 c.p.p. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”.*

Merita di essere segnalato che la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 186/2015, ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale di tale norma nella parte in cui stabilisce che l’accertamento della pericolosità sociale è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all’art. 133, comma 2, nr. 4 c.p. (si parla di *pericolosità sociale decontestualizzata*), in quanto ha chiarito che: “la disposizione censurata non ha modificato, neppure indirettamente, per le persone inferme o seminferme di mente, la nozione di pericolosità sociale, ma si è limitata ad incidere sui criteri di scelta tra le diverse misure di sicurezza e sulle condizioni per l’applicazione di quelle detentive”.

Dr. Guido RISPOLI