

Individui pericolosi, società a rischio

Mario Colucci Individui pericolosi, società a rischio	3
Mauro Bertani La misura del pericolo (Lombroso & co.)	21
Pepe Dell'Acqua, Silvia D'Autilia Il ladro di biciclette e il pugile assassino	39
Giovanna Del Giudice, Stefano Cecconi Il caso StopOpg. Quando la partecipazione migliora il progetto politico	60
Roberto Mezzina La contaminazione tra psichiatria e giustizia in Gran Bretagna	74
Franco Venturini, Stella Goulart L'insicurezza sociale in Brasile	92
Alessandro Dal Lago Come cambia la percezione del pericolo al tempo del Califfo	
Ciro Tarantino L'individuo inaffidabile	104

MATERIALI

Michel Foucault L'evoluzione della nozione di "individuo pericoloso" nella psichiatria legale del XIX secolo	125
Robert Castel Dalla pericolosità al rischio	147
Françoise Digneffe Genealogia del concetto di pericolosità	167
Pierangelo Di Vittorio Degenerazione. Alle origini del rapporto tra psichiatria e giustizia	184

POST

Pier Aldo Rovatti "Una società terribile"	193
--	-----



Il ladro di biciclette e il pugile assassino

PEPPE DELL'ACQUA
SILVIA D'AUTILIA

1. Milano, estate 2010. Una donna filippina di quarant'anni viene aggredita mentre si reca al lavoro, presa a pugni e uccisa. La donna muore col volto fracassato dai colpi potentissimi di Oleg Fedchenko, ucraino di venticinque anni, che da qualche tempo vive in Italia. Abita con la madre, è impegnato in lavori saltuari e frequenta una palestra, fa uso di sostanze stupefacenti. Vuole fare il pugile, è molto ben allenato. Cosa succede quella mattina? Oleg è stato lasciato dalla fidanzata. Il giorno del fatto, in crisi di astinenza da cocaina o ancora sotto l'effetto della sostanza, esce di casa con l'intenzione di vendicarsi. Dopo l'aggressione, immediatamente catturato, portato in carcere, dirà che nel volto della sua vittima, la prima donna incontrata, aveva colto i tratti di un diavolo.

La sua evidente condizione di eccitamento, il comportamento esplosivo e le parole palesemente deliranti e allucinate inducono il giudice a emettere un'ordinanza di misura di sicurezza provvisoria (art. 206 del Codice penale)¹ e l'avvio in Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG). Il giudice nomina un perito psichiatra che confermerà l'infermità mentale e con questa l'incapacità di intendere e di volere al momento del reato, la non imputabilità e, rilevata la pericolosità sociale, Oleg viene prosciolto. La misura di sicurezza da provvisoria diviene definitiva (art. 222 del Co-

Peppe Dell'Acqua, psichiatra, già direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste, dirige dal 2011 la Collana 180 – Archivio critico della salute mentale (edizioni alpha beta, Merano) ed è tra i fondatori e animatori del Forum salute mentale. Silvia D'Autilia è dottoressa di ricerca in Filosofia presso l'Università di Trieste, collabora con la Collana 180 e si occupa dei nodi tra psichiatria e soggetto, follia e potere.

1. Articolo 206 del Codice penale, "Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza": "Durante l'istruzione o il giudizio, può disporsi che il minore di età o l'infermo di mente [...] siano provvisoriamente ricoverati in un riformatorio o in un manicomio giudiziale".

dice penale):² dovrà restare in OPG per un minimo di cinque anni. Non ci sarà il dibattimento, il reato perde la sua consistenza, Oleg scompare, al suo posto rimane la malattia mentale e la pericolosità.

Dopo circa tre anni, la misura di sicurezza verrà revocata. Gli psichiatri dell'OPG presenteranno al tribunale di sorveglianza l'istanza di revoca, su sollecitazione della difesa. Il quadro psicopatologico è migliorato e non è più evidenziabile la pericolosità sociale. Oleg usufruisce di alcuni permessi e si comporta adeguatamente.

Nel settembre 2014 il magistrato di sorveglianza revoca la misura di sicurezza. Oleg torna in libertà. Oggi vive in Ucraina, nella sua città.

2. In tutto il mondo si ritiene che gran parte dei reati commessi dalle persone con disturbo mentale siano influenzati da questa condizione e possano determinare particolari percorsi processuali. In Italia, chiunque commetta un reato è responsabile e dunque punibile se è in possesso della capacità di intendere e di volere. Nel caso di infermità di mente, questa capacità può risultare parzialmente o totalmente assente. In breve, in presenza di reato, se vi sia sospetto di malattia mentale, si avvia una sequenza: reato, sospetto di malattia mentale, perizia, infermità di mente, incapacità di intendere e di volere, non imputabilità, proscioglimento,³ pericolosità sociale, OPG (ora REMS).⁴ Oppure: reato, sospetto di malattia mentale, perizia, seminfermità mentale, capacità ridotta, imputabilità, processo, eventuale condanna, carcere.⁵

Il Codice penale definisce negli articoli 88 e 89⁶ la questione dell'imputabilità in rapporto all'infermità mentale e il perito deve rispondere

2. Articolo 222 del Codice penale, "Ricovero in un OPG": "Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, [...] è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un OPG, per un tempo non inferiore a due anni".

3. Il proscioglimento è la sentenza emessa in fase istruttoria o dibattimentale in cui si dichiara di non doversi procedere nei confronti dell'imputato.

4. Cfr. legge 81/2014.

5. Benché sia entrata in vigore la legge 81/2014 di cui si parlerà nei prossimi paragrafi, con la finalità di chiudere gli OPG, l'impianto del Codice penale del 1930 è rimasto totalmente invariato a tutt'ora.

6. Articolo 88 del Codice penale, "Vizio totale di mente": "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere". Articolo 89 del Codice penale, "Vizio parziale di mente": "Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita".

alle domande del giudice che vengono così formulate: “Dica il perito se al momento in cui commise i fatti, l'imputato si trovasse in stato di infermità mentale tale da escludere o da scemare grandemente le sue capacità di intendere e di volere; quale sia la sua attuale condizione mentale; se sia persona socialmente pericolosa”. L'esito della perizia può essere: assenza di infermità mentale, in questo caso la persona viene sottoposta a giudizio e il processo proseguirà; presenza di infermità, in questo caso si verificano due condizioni tra loro alternative: l'infermità esclude la capacità (vizio totale di mente) oppure l'infermità è tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità (vizio parziale di mente o seminfermità).

Nel caso della totale incapacità, il giudice stabilisce che la persona non è imputabile e la proscioglie, perché non è possibile riconoscere la responsabilità personale, non c'è stata colpevolezza. La malattia diventa il colpevole; il disturbo mentale sovradetermina il comportamento e gli atti criminosi conseguenti. In questo caso, in presenza di pericolosità, la persona viene inviata in OPG (REMS) in esecuzione della misura di sicurezza detentiva per due, cinque o dieci anni, in relazione alla risonanza sociale del reato e alla pena prevista dal Codice.

Diverso è il caso della seminfermità: la capacità, per quanto ridotta, sussiste. La persona è imputabile e viene processata. In caso di condanna, la pena verrà diminuita di un terzo. Se riconosciuta anche socialmente pericolosa, la persona verrà inviata in OPG (REMS), solo dopo aver scontato la pena detentiva in carcere.

3. L'automatismo descritto è parte di quanto da più di ottant'anni accade in Italia per accantonare il “pazzo criminale” in un altro luogo. La pericolosità contemplata dal Codice penale riguarda pregiudicati che hanno reiterato reati e comportamenti della stessa natura, rivelandosi recidivi e continuando a creare turbamento sociale (art. 203 del Codice penale).⁷ La pericolosità sociale che si riconosce nella persona con disturbo mentale ha a che vedere con la sua malattia. Il reato, banale o efferato che sia, agli occhi del giudice e dell'opinione pubblica, assume

7. Articolo 203 del Codice penale, “Pericolosità sociale”: “Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, [...] quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati” (cfr. anche l'articolo 133 del Codice penale).

la dimensione dell'incomprensibile. Il fatto appare senza una finalità. La spiegazione è nella malattia.

Di fronte a questo dato, i tribunali hanno vissuto tutto l'imbarazzo di non sapere come comportarsi. Come si fa a condannare lo scemo del villaggio, il pazzo furioso, il maniaco lucido? Come si fa a portare in processo chi già *ictu oculi* vive lontano dal comune pensare e dal comune agire? Si afferma l'intenzione di comprendere "per pietà e per scienza" chi, pur avendo compiuto un crimine, non può esserne l'autore. La pietà vorrebbe che la persona non fosse sottoposta a processo, non potendo a cagione della sua malattia comprenderne il senso, né espiare consapevolmente la pena. La psichiatria nascente toglie dall'imbarazzo la giustizia.

Si produce un accostamento tra l'oggettività della valutazione clinico-medica e il reato. L'obiettivo è la tutela dell'organizzazione sociale, la salvaguardia dell'ordine e della morale. Ma perché questo avvenga occorre che la giustizia abdichi in favore della psichiatria. In tutta Europa, e con gli imperi coloniali in tutto il mondo, si vanno erigendo i manicomi con l'andamento di un irrefrenabile contagio. Una pandemia.⁸

La malattia finisce per funzionare come uno scambiatore:⁹ si possono immaginare due binari che inizialmente viaggiano paralleli, si incrociano, si scambiano, finché uno va da una parte e uno dall'altra. Di fronte alla malattia, la psichiatria porta con sé gli strumenti per spiegare e trattare il reato, mettendo in atto meccanismi di controllo e protezione sociale. La psichiatria si dispone a spiegare il reato attribuendo nomi ai comportamenti umani: nominata una diagnosi all'interno di un paradigma (che è quello medico o organico-biologico), si parlerà di schizofrenia, paranoia, psicosi maniaco-depressiva, disturbo di personalità, sviluppo morboso, perversione e di tutte quelle definizioni che pretendono di conferire a ogni reato una spiegazione. La nosografia si sostituisce all'universo delle passioni, dei sentimenti e dei comportamenti umani. La diagnosi sostituisce la persona. Il reato diventa quella malattia. È uno scambio totale.

Ricostruire minuziosamente la biografia e il reato, come facevano i grandi maestri dell'alienismo, significava attribuire il comportamento criminoso a una malattia già inscritta nella biologia. Perché questa me-

8. Si consiglia la lettura di J.M. Machado de Assis, "L'Alienista", in *La cartomante e altri racconti*, Einaudi, Torino 1990.

9. Cfr. F. Migliorino, *Il corpo come testo. Storie del diritto*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.

ticolosità? Per dimostrare che, qualsiasi segno, la svogliatezza piuttosto che lo zelo, la genialità o l'opacità, la freddezza o il calore delle passioni, il rigore morale piuttosto che la dissolutezza, sono tutti preludi di malattia che, appena nominata, la rendono certa.

Il rituale mette in pace il cuore della giustizia – “è la scienza che dice questo!” – e, in virtù della scientificità, svanisce l'imbarazzo che il giudice avverte nei confronti del folle-reo: il crimine, commesso senza interessi, viene ora ricondotto a un quadro esplicativo che svincola la giustizia dal rischio di pronunciare condanne diseguali. E quanto diseguali saranno nei tempi a venire per il malato di mente non potevano immaginarlo! In questi termini, la *condicio sine qua non* “la legge è uguale per tutti” è rispettata da uno spostamento di campo: dal focus del reato a quello della malattia.

Il trattamento del folle-reo diviene sempre più mirato e specifico: divieto di comunicazione, separazione dal resto del contratto sociale, isolamento, disciplina. La categoria della pericolosità occupa totalmente il campo. Ci si potrebbe chiedere se la pericolosità nasca con la psichiatria o la psichiatria nasca con la pericolosità. Il punto è che la pericolosità non è più connessa al reato, ma presunta dal fatto che la malattia ha sostituito la persona.

4. Brescia, 27 agosto 2008. Mauro Priscoli¹⁰ viene arrestato per il furto di una bicicletta. Resta in carcere in custodia cautelare. Dopo diciotto giorni, il giudice emette l'ordinanza della misura di sicurezza provvisoria e lo invia all'OPG di Montelupo Fiorentino. Con la perizia psichiatrica, sei mesi dopo, la misura di sicurezza diventerà definitiva. Morirà nella sua cella di Montelupo il 29 novembre 2009.

Completate le scuole dell'obbligo, ha iniziato a lavorare in diverse officine come meccanico. A ventisei anni si sposa con una ragazza del suo paese. Riesce ad avviare un'autofficina. La scelta di lavorare in proprio è dovuta a diverse esperienze lavorative deludenti. I fallimenti avevano convinto Mauro di essere mobbizzato, mal visto, se non perseguitato.

L'impresa, intestata alla moglie, fallisce. Hanno inizio insuperabili

10. La storia di Mauro è desunta da una consulenza tecnica ordinata dalla Procura della Repubblica di Firenze al fine di documentare presunte cattive pratiche e mancanza o lacunosa assistenza nei confronti degli internati dell'OPG di Montelupo Fiorentino. La perizia commissionata ed eseguita da Giuseppe Dell'Acqua nel corso del 2011 si è basata sulla consultazione di ventuno cartelle cliniche riferite a ventuno internati deceduti nei dieci anni precedenti. Solo il nome del protagonista è fittizio.

problemi economici e le relazioni, sia con la moglie che con i familiari, si rompono. Per Mauro la moglie è stata la causa del fallimento e sospetta che lo tradisca. Dopo il divorzio comincia a vivere per strada.

Aumenta la distanza dal mondo delle sue relazioni, la sua vita si immiserisce. Scompare alla vista di tutti. Solo un furto di bicicletta lo rende “presente” alle forze dell’ordine. Una volta in carcere, all’attenzione delle istituzioni, nessuno sembra riconoscere la consistenza del suo disagio e consigliare l’intervento di qualche aiuto sociale e psicologico, tanto che la moglie saprà solo dopo la sua morte dell’avvenuto internamento in OPG.

Viene arrestato perché “si impossessava della bicicletta n. 118 del servizio comunale Bici Mia, di proprietà di Brescia Mobilità, sottraendola dalle rastrelliere poste sulla pubblica via, con aggravio di recidiva infraquinquennale”. Era stato fermato per la stessa ragione tempo prima. Il giudice si rende conto delle difficoltà, della carenza di reti sociali e relazionali, dell’esiguità del reato e tuttavia la pericolosità presunta finisce per determinare ogni sua decisione.

All’ingresso in OPG viene descritto come tranquillo, rispettoso, silenzioso e adeguato. Il primo mese trascorre senza particolari evenienze. Mauro interroga insistentemente gli operatori sulla ragione della sua presenza in quel luogo, che non sa cosa sia e che di giorno in giorno percepisce come certezza del complotto di cui è vittima.

Verrà diagnosticato un disturbo paranoide di personalità e prescritto un trattamento farmacologico. Mauro rifiuta ostinatamente: sa di aver rubato una bicicletta e dice che semmai dovrebbe stare in carcere, non ha bisogno di farmaci, non ha malattie.

Sulla cartella si annota “delirio florido, minacciosità, rifiuto ostinato della terapia”. “Per attenuare la criticità, per tutelare l’incolumità del paziente e degli altri, si dispone il 29.10.2008 alle ore 17.30 la contenzione con 4 fasce, al reparto vigilanza, per il tempo necessario.” Una volta legato viene sottoposto a terapia iniettiva con una copiosa dose di neurolettici e ansiolitici.¹¹

11. Riteniamo opportuno arricchire le informazioni relative all’internamento di Mauro riportando in dettaglio il trattamento farmacologico. La contenzione e i farmaci vanno intesi in questo rapporto come direttamente connessi e conseguenti alla pericolosità che porta Mauro in OPG e che domina in ogni angolo di quell’istituto. Stando alla cartella clinica, diversi sono i farmaci somministrati: Largactil, Tavor, Clopixolo Acufase, Haldol Decaonas, Valium, Serenase. L’assunzione dei farmaci, le conseguenze della contenzione, in concomitanza al regime istituzionale di abbandono e trascuratezza, costeranno a Mauro un deterioramento progressivo e silenzioso fino alla morte.

Il diario clinico, a giustificazione della contenzione, annota che Mauro è “disinibito, mostra un atteggiamento polemico, beffardo e squalificante nei confronti degli operatori”. Continua a dichiarare di opporsi a qualsiasi trattamento e che ritiene di essere perseguitato, che vuole parlare con qualcuno. E ancora “assenza completa di coscienza di malattia”.

Il giorno 31 ottobre, una nota della cartella riferisce che resta contenuto perché rifiuta di “collaborare”. Nel lessico dell’istituzione, “collaborare” significa non accettare la punizione come trattamento e ha a che vedere con la persistenza della pericolosità. Lo stesso giorno, nel tardo pomeriggio, si dispone la cessazione della contenzione: “Il quadro psicopatologico appare ancora impegnato, il paziente è sufficientemente sedato”, si dispone la cessazione della contenzione.

Da questo momento Mauro entra nella routine dell’istituzione: ha accettato di “collaborare”.

Nell’aprile 2009 viene sottoposto al riesame della pericolosità sociale. Il risultato dell’accertamento si riduce a uno scarno dispositivo: “Rilevato che le condizioni psichiche del soggetto restano ancora critiche [!], pur se si va verso una certa stabilizzazione; rilevato ancora che per la esiguità del reato (furto di bicicletta nel periodo in cui il soggetto viveva da clochard) devono essere attivati i servizi psicosociali; ritenuto comunque che non può allo stato attuale essere esclusa la pericolosità sociale, si conferma la misura di sicurezza per ulteriori mesi sei”. Ogni passaggio ne denuncia l’arbitrarietà e l’infondatezza. La pericolosità compare in tutta la sua evanescenza, un pretesto per trattenere Mauro, non sapendo cos’altro fare. Quanto scrive il giudice dovrebbe semmai esigere l’immediata liberazione di Mauro.

Dopo otto mesi si registra un primo contatto con l’assistente sociale del comune di origine che non porterà a niente di operativo. Nell’agosto 2009 l’adattamento all’istituzione è totale. Il 31 agosto la perizia cui Mauro è stato sottoposto prescrive la misura di sicurezza definitiva. Dovrà rimanere per due anni in OPG. La decisione risulta incomprensibile. Mauro si chiude in un mutismo impenetrabile, si incupisce, in attesa della fine di un incubo.

A metà novembre Mauro sta male, viene visto dal medico, che prescrive esami ecografici e radiografici. Per le farraginosità organizzative dell’OPG, gli esami non verranno eseguiti in tempo. Il 29 novembre, di primo mattino, Mauro muore mentre nella sua cella si sta preparando un caffè. L’autopsia dirà di un infarto del miocardio massivo e devastante.

5. La molteplicità delle vie d'accesso nel labirinto della misura di sicurezza comporta l'accumulo di una popolazione eterogenea, di soggetti e storie diversissimi, di percorsi istituzionali devastanti, di condizioni di vita alle periferie del contesto umano e sociale.

Tutto ciò che accade dopo è in ragione della pericolosità. Un velo nero che oscura ogni cosa. Come la sofferenza rinchiusa nel manicomio diventa malattia mentale, così la malattia mentale negli istituti psichiatrici giudiziari diventa pericolosità, come avviene ancora oggi nelle nuove strutture, le REMS, volute dalla legge 81/2014.

“È l'insensatezza di questi luoghi costruiti intorno alla pericolosità la cosa più orrenda. Nelle celle, uomini con storie diverse e drammatiche, spesso drammatiche solo per l'incomprensibile internamento, giungono ad abitare e condividere quel piccolo spazio. Uomini che non si conoscono, costretti gli uni accanto agli altri. Ognuno suppone dell'altro la pericolosità e ne teme imprevedibili gesti e rischiosi comportamenti. I più finiscono per costruire un muro di resistenza intorno al proprio corpo e ai propri pensieri. [...] Gli internati si isolano così nella propria malattia, si rifugiano in essa, la coltivano e vi trovano conforto. [...] L'immutabilità dell'esperienza dello spazio costringe gli internati a difficili esercizi di riduzione di sé, di sottomissione all'istituzione in un tentativo di sopravvivenza per salvaguardare al loro interno almeno un brandello della propria dimensione umana. Costretti in questi luoghi, gli internati ridimensionano il loro sentire, introiettano le regole dell'istituto, interrompono il loro dialogo col tempo. Diventano, loro malgrado, ciò che noi conteniamo nella categoria del 'malato pericoloso'. La continuità dell'esistenza subisce minacce, attentati e fratture crudeli. Le persone, per difesa, per sopravvivere, devono accettare quella unica e piatta identità.”¹²

La misura di sicurezza, una totale riduzione della libertà, prima ancora che ieri negli OPG e oggi nelle REMS, prende forma all'interno di un circuito che potrebbe definirsi persistenza del “manicomio diffuso”. Le persone in difficoltà, con disturbo mentale, tossicodipendenza, miserie relazionali, piccola delinquenza, marginalità comunque espressa, conflittualità familiari passano da un'istituzione all'altra: dal servizio sociale a una cooperativa, dal servizio di salute mentale al carcere, dall'accoglienza

12. P. Dell'Acqua, *Il cavallo blu contro i muri degli OPG*, “Animazione sociale”, 279, 2014, pp. 26-29.

caritativa di qualcuno alla panchina della stazione, dall'ospedale alle cure mediche, dalla protesta clamorosa alla misura di sicurezza. La storia di Adam Mada Kabobo che troveremo nel prossimo paragrafo documenta bene queste peregrinazioni.

Quanto più è complesso il bisogno, tanto più i passaggi diventano vorticosi. Si forma il vuoto e la persona viene centrifugata verso la periferia. Ognuno dei servizi fa quanto gli compete. Mai la persona viene accolta, presa in carico per la globalità del bisogno che esprime.¹³

L'abbandono monta pezzo dopo pezzo la crisi e l'esplosione della pericolosità. Se gli ospedali psichiatrici rispondevano alla funzione del controllo sociale, accogliendo al loro interno, come un ingorgato canale di scolo, i fallimenti di tutto ciò che altre istituzioni espellevano (la scuola, l'ospedale, la famiglia, la fabbrica, le carceri, l'ordine pubblico, la giustizia), la psichiatria ora, trincerata nelle sue competenze e rifiutando formalmente il mandato di controllo, è di fatto complice della deriva e dell'abbandono di aree sempre più cospicue del corpo sociale. Nell'abbandono e nell'invisibilità delle periferie si esercita oggi il controllo più feroce.

L'OPG, la REMS, e la misura di sicurezza comunque, costituiscono il momento drammatico e spesso definitivo del percorso di marginalizzazione. L'arrivo nella REMS non smentisce la consistenza del "manicomio diffuso", ma lo conferma e lo rafforza. Colpisce l'ingenua aspettativa di cura e di soluzione del problema che operatori sociali, dell'ordine pubblico, della giustizia e gli psichiatri stessi ripongono in luoghi che non sono altro che dispositivi di scarico e di allontanamento.

6. Milano, 11 maggio 2013. Adam Mada Kabobo, all'alba, prende a picconate tre persone nel quartiere Niguarda, uccidendole. Aveva dormito in un cantiere edile. Nella torpidezza del risveglio aveva preso con sé un piccone con l'idea di farsi giustizia.

Kabobo era arrivato in Italia dieci mesi prima con un barcone. In un Centro di prima accoglienza partecipa a una protesta con altri giovani immigrati. Incarcerato, obbligato alla dimora nel CARA¹⁴ di Foggia, fugge e giunge a Milano il 16 aprile 2013. Viene intercettato e controllato dalle

13. Cfr. P. Dell'Acqua, S. D'Autilia, *Abbandonare quei luoghi, abitare le soglie*, "Rivista Italiana di Medicina Legale", 3, 2013, pp. 1356-1375.

14. Centro accoglienza richiedenti asilo.

forze dell'ordine. Bivacca in vari luoghi. Resta isolato. Parla un dialetto ghanese che nemmeno i mediatori culturali comprendono. Al mattino dell'11 maggio esce dal cantiere e le prime persone che incontra diventano le sue vittime. Viene immediatamente arrestato.

Il fatto è sconcertante. L'efferatezza del delitto ha in sé la sua incomprendibilità. Il giudice richiede la perizia psichiatrica, che verrà svolta da Isabella Merzagora e Ambrogio Pennati.¹⁵ Kabobo viene condannato all'ergastolo e, con la diminuzione della seminfermità e del patteggiamento, a vent'anni. A termine dell'esecuzione della pena in carcere, dovrà essere sottoposto a tre anni di misura di sicurezza detentiva.

L'esito del processo è accolto con stupore. Che cosa vogliono dire quella perizia e quella condanna? In una lunga intervista al quotidiano "la Repubblica", Isabella Merzagora spiega come sono arrivati a quella conclusione: "C'erano molti elementi. Il colloquio è stato possibile grazie al contributo di una mediatrice culturale. C'era una diagnosi precedente di psicosi, fatta in occasione di una detenzione a Lecce. Sulla diagnosi di psicosi posso dire che abbiamo le nostre certezze. [...] La psicosi – è importante ricordarlo – non si traduce meccanicamente in incapacità. L'esistenza della malattia non comporta incapacità di intendere e di volere, nemmeno parziale. La ricostruzione fatta dallo stesso Kabobo e l'esame degli atti ci hanno fatto propendere per la seminfermità. La malattia è intervenuta nel determinare gli omicidi, ma non era l'unico elemento in campo. C'era un'evidente partecipazione di Kabobo. Usa un'arma che inizialmente ritiene inefficace e la cambia. Dice che le voci gli suggerivano di colpire, ma che aveva anche motivazioni non psicologiche. Abbiamo anche cercato di capire se c'era l'intervento di qualche credenza particolare. Ma non c'era, lo dice lui stesso".¹⁶

La consapevolezza che Kabobo mostra nel corso della perizia denota la capacità di partecipare al giudizio: "C'è una netta distinzione fra la

15. Isabella Merzagora è professore ordinario di Criminologia presso l'Università di Milano e insegna nelle scuole di specializzazione in Psichiatria, in Medicina legale, in Neurologia, in Psicologia clinica, in Neuropsichiatria infantile della stessa università. Ha lavorato a lungo con Gianluigi Ponti, professore di Psicopatologia forense dell'Università di Milano, affrontando i nodi del rapporto psichiatria/giustizia. Segnaliamo: G. Ponti, I. Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina, Milano 1993. Ambrogio Pennati, psichiatra e psicoterapeuta, si occupa di psicopatologia forense, collaborando con Ugo Fornari.

16. Cfr. <ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2013/10/09/kabobo-scontera-la-sua-pena-poi-finira.html>.

capacità di partecipare al giudizio, e quella di intendere e di volere al momento del fatto. Sono capacità e tempi diversi. Dopo la detenzione di Lecce non aveva più assunto i farmaci che gli erano stati prescritti. A San Vittore, dopo l'arresto, ha preso farmaci antipsicotici. Dopo alcuni mesi le sue condizioni erano diverse: capiva di essere accusato, sapeva esprimere valutazioni morali, capiva i diversi ruoli delle persone che aveva di fronte. Sul volere, abbiamo reputato che una porzione di volontà libera dalla patologia ci fosse. Aveva memoria dei fatti. Sull'intendere, diciamo che è poco attrezzato, è possibile che abbia una scarsa dotazione intellettuale”.

La pericolosità sociale pure riscontrata dai periti, in questo caso, viene subordinata all'esecuzione della pena in carcere. Il processo di appello confermerà a pieno, attraverso una nuova perizia, la sentenza di primo grado. La tesi dei legali dell'imputato, che vorrebbero riconosciuta l'incapacità totale al momento del fatto, non è accolta né in primo, né in secondo grado.

7. La psichiatria forense e il manicomio giudiziario nascono all'inizio del secolo XIX da un incrocio tra la necessità di nuovi codici penali e civili, nel mutato assetto politico ed economico, e l'affermazione dell'etica liberale. I crimini senza ragione o il quotidiano disturbo che vedono nella follia, ora già malattia mentale, il responsabile giuridico rendono sempre più ampio l'intervento della psichiatria: la cura e la custodia del folle reo, come strumento separato e speciale di trattamento da adeguare al folle. La finalità di limitazione individuale e di contenimento della s-ragione sociale sono evidenti. La malattia mentale, in questo quadro, è omologata in tutto e per tutto a una visione clinica, biologica e naturalistica.¹⁷

In Italia, il manicomio criminale viene istituito ad Aversa nel 1876.¹⁸ Nasce come sezione di un carcere, promosso da un atto amministrativo, senza che nessuna legge lo avesse deliberato. Con il primo Codice penale dell'Italia unita prende forma il sistema delle misure di sicurezza e si diffonde il manicomio criminale.

Il governo post-unitario si accinge a regolamentare in modo uniforme

17. Cfr. P. Dell'Acqua, *Appunti per la soppressione del manicomio criminale*, "Fuoriluogo", aprile 1998.

18. L'OPG di Aversa è intitolato a Filippo Saporito, entusiasta direttore dei manicomi criminali e propugnatore delle teorie della "bonifica umana".

e “scientificamente fondato” il controllo e la repressione dei fenomeni sociali più inquietanti, affrontandone gli effetti e non le cause. La legge manicomiale verrà approvata nel 1904.¹⁹ In precedenza si era posta la questione dei detenuti “impazziti” in carcere, che trovavano ospitalità nei manicomi civili. Fu Lombroso²⁰ a proporre che i condannati “impazziti”, i rei folli, fossero tolti dalle carceri ordinarie e concentrati nel nascente “manicomio criminale”. I folli rei erano ancora inviati su giudizio motivato del giudice nei comuni manicomi civili.

Il carcere, l'ospedale psichiatrico e il manicomio criminale sono attraversati da problemi di notevole spessore: non solo la criminalità e la follia, ma anche il brigantaggio, i movimenti anarchici, socialisti e operai. Fenomeni tanto diversi tra loro vengono accomunati in un unico modello interpretativo per delimitarli, circoscriverli e confinarli.²¹

Rivisitando i passaggi che edificarono la psichiatria forense e con essa i manicomi giudiziari, emerge il condizionamento della cultura medica della prima metà dell'Ottocento. L'individuazione di categorie come la “monomania omicida” e la catalogazione delle malattie mentali individuavano nella follia il responsabile giuridico di crimini sia banali che efferati, al di fuori della responsabilità del soggetto. La psichiatria allora nascente acquistava credito e potere: la crescita demografica, le strutture urbane, la manodopera industriale, il nuovo ordine della società borghese dovevano essere governati. La psichiatria (e la criminologia) e la medicina di allora si offrirono di svolgere questo compito.

Il corpo sociale, non più una semplice metafora giuridico-politica, era diventato un campo d'intervento privilegiato della medicina. È il medico il tecnico di questo corpo sociale, la medicina è prevenzione e igiene pubblica; la psichiatria diventa garante dell'ordine sociale minacciato

19. Legge 36 del 1904, articolo 1, “Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati”: “Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da qualsiasi causa d'alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo”. È la prima legge italiana in fatto di salute mentale. Promossa dal ministro Giolitti, era costituita da undici articoli che assimilavano la malattia mentale alla pericolosità pubblica e allo scandalo sociale. Prerogativa della legge era la salvaguardia dell'ordine sociale.

20. Cesare Lombroso, vissuto tra il 1835 e il 1909, è stato un medico e un giurista italiano, famoso soprattutto per aver fondato la cosiddetta “antropologia criminale”, disciplina dalla quale saranno fortemente influenzate sia la psichiatria che la giurisprudenza successive. Cfr. anche V. De Mattos, *Una via d'uscita*, alpha beta, Merano 2012.

21. Cfr. A. Manacorda, *Il manicomio giudiziario. Cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari 1982.

dall'incomprensibilità e dalla pericolosità della *follia*.²² La psichiatria nasce vicina al potere.²³

Una polemica a tratti feroce tra due indirizzi giuridici, la scuola classica e la scuola positiva, aveva preceduto l'affermazione della cultura positivista, che stava ponendo le basi delle politiche criminali e psichiatriche. In breve, la scuola classica considerava la pena come mezzo afflittivo, riparatorio nei confronti del reato. La pena doveva essere di entità proporzionale al bene giuridico offeso, avere un carattere retributivo. La scuola positiva, al contrario, riteneva di dover essere più interessata al reo che al reato e riteneva di dover compiere con lo strumento della giustizia penale un'opera di difesa della società. Non un semplice allontanamento temporaneo del reo, ma un'azione in senso attivo che nel tempo assumerà il significato di "bonifica sociale" e che porterà con sé il concetto di "prevenzione" del crimine attraverso interventi che si dovranno attuare prima che la norma penale venga infranta. È qui che assume spessore e forza il concetto di "pericolosità sociale".

La psichiatria non solo viaggia a fianco del potere, ma si fonda attraverso di esso. Quando la psichiatria entra nel campo della giustizia, prende forma con chiarezza nel Codice penale il meccanismo del "doppio binario": la definizione della pena, riferita al fatto-reato, e commisurata alla sua gravità, e la misura di sicurezza legata al riconoscimento della pericolosità sociale.²⁴ La malattia mentale (l'infermità di mente e il vizio di mente) prende il sopravvento sul soggetto giuridico e diventa l'oggetto su cui tanto la psichiatria quanto la giustizia rivolgono la loro attenzione. È una forzatura, si oscura il cittadino, il diritto naturale di ogni soggetto scompare. La giustizia non riconosce più la responsabilità individuale per quel fatto e in quelle circostanze. La malattia sostituisce il reato e il reo.

8. Il 22 luglio 2011 Anders Behring Breivik, un giovane poco più che trentenne, incensurato, bello, biondo, occhi azzurri, organizza, con estrema professionalità, un'incursione in un raduno di giovani socialisti. Uccide

22. Cfr. P. Dell'Acqua, *Appunti per la soppressione del manicomio criminale*, cit.

23. Si pensi al fascismo in Italia, alla soppressione dei portatori di handicap nella Germania nazista, alla psichiatria coloniale, alla Russia di Stalin, ai regimi totalitari dell'America Latina, al determinismo darwiniano negli Stati Uniti. Non è un caso che l'elettroshock venga sperimentato nel 1938 da Ugo Cerletti nell'Italia di Mussolini e che l'intervento di lobotomia, eseguito per la prima volta nel Portogallo di Salazar da Egas Moniz, venga addirittura onorato del Nobel per la medicina.

24. Cfr. U. Fornari, *Psicopatologia e psichiatria forense*, Utet, Torino 1989, pp. 62-63.

settantasette persone tra giovani e poliziotti, e fa molti feriti. Preso dalla polizia, afferma di aver agito per la difesa della cristianità, di voler estirpare le ideologie del socialismo democratico che favoriscono l'ingresso nell'Europa cristiana dei musulmani, degli islamici, degli induisti. È un pazzo o un criminale politico?

Due perizie psichiatriche vengono richieste dal tribunale. Una riscontra un disturbo schizofrenico, un'infermità mentale, l'altra riconosce il giovane sano di mente. Il collegio giudicante condanna Breivik, che ritiene sano di mente, alla massima pena stabilita dalla Costituzione norvegese: ventun anni di carcere e un'eventuale ulteriore limitazione della libertà in caso di non ravvedimento. Una condanna che molti interpretano come il riconoscimento della responsabilità che trattiene il giovane all'interno di un ambito di normalità.

La sentenza scandalizza gli psichiatri. Le conoscenze neuroscientifiche – dicono – potrebbero dimostrare quanto quel giovane uomo fosse determinato nel suo agire da condizionamenti genetici. La sentenza – per molti di loro – riporta indietro di secoli, prima che la pietà e la scienza ci permettessero di riconoscere in gesti così efferati non altro che la malattia mentale, la pericolosità sociale e l'obbligo della società di difendersi. Alcuni propongono di analizzare il genoma, si troverebbero – continuano – i segni che hanno condizionato inesorabilmente quel gesto: Breivik non poteva fare che quello che ha fatto. Come dire, se è un palestinese a compiere una strage, è un terrorista; se è un norvegese bianco, è un pazzo!²⁵

Di recente, nel 2009, una sentenza della Corte d'assise di Trieste e una del Giudice per l'udienza preliminare (GUP) di Como dell'agosto 2011, hanno messo in atto un maldestro tentativo di recuperare le neuroscienze e la genetica a sostegno della perizia e dell'oggettiva presenza di determinanti biologici della pericolosità sociale. Una sorta di psichiatrizzazione delle neuroscienze in chiave neolombrosiana.²⁶ Senza nulla togliere agli straordinari contributi di queste ricerche, va ricordato che oggi il mondo scientifico non nega la componente genetica, ma la

25. Da una conversazione con Lorenza Magliano, psichiatra, a proposito dei luoghi comuni e dello stigma che circondano la schizofrenia.

26. Per un approfondimento sulla controversa introduzione delle conoscenze neuroscientifiche nell'ambito della perizia psichiatrica vedi M. Bertolino, *Prove neuro-psicologiche di verità penale*, "Diritto penale contemporaneo", 2013, <www.penalecontemporaneo.it>.

inscrive in un vasto e variegato terreno di possibilità che non sono altro che le singole cartografie della vita delle persone, dove il cromosoma interagisce, si modifica, cresce a dismisura o scompare negli infiniti e incalcolabili percorsi relazionali, nei luoghi, negli sguardi, nei successi e nei fallimenti. È quanto oggi si definisce epigenetica e rappresenta un segmento di estremo interesse nello studio senza fine del rapporto tra cervello e mente, corpo, sentimenti, emozioni e comportamenti.

9. Gli anni del cambiamento sembrano caratterizzati da un doppio ordine di accadimenti. Da una parte clamori e pregiudizi intorno alla paura dei manicomi che si aprono, dei pazzi pericolosi, del folle gesto, dei suicidi; dall'altra una serie di novità istituzionali, legislative, operative e culturali che, quasi camminando sottotraccia, sembrano non risentire delle polemiche e delle strumentalizzazioni intorno alla radicalità del cambiamento. Prende avvio nel nostro paese un'interrogazione che attraversa impercettibilmente tutte le componenti sociali sul ruolo e la pesantezza delle istituzioni, dalla famiglia alla scuola, dall'ospedale al carcere, dalla fabbrica alle periferie.

La legge 180 e le visioni ora possibili della malattia non si risolvono più nel pessimismo della processualità kraepeliniana.²⁷ O per i farmaci o per i percorsi riabilitativi ora possibili le persone possono guarire e, una volta guarite, possono sviluppare consapevolezza della loro malattia. È il caso di Oleg, il pugile assassino, che inizia a capire quello che ha fatto. La stessa legge che fonda il suo giudizio sull'incapacità e la pericolosità e che lo condannerebbe a un ergastolo bianco, lo fa liberare. Una legge che, ancora una volta, si dimostra inaffidabile, iniqua, che costringe a giudizi di inaccettabile arbitrarietà.

Il Codice penale del 1930 resta statico e immutabile, mentre importanti sentenze della Corte costituzionale aprono a insperati cambiamenti.²⁸ Le concezioni in merito alla malattia mentale del Codice penale sono mutate. Sono cresciute per qualità e quantità le conoscenze e le cure. Se l'ingresso dei farmaci negli ultimi quarant'anni è stato indubbiamente

27. Cfr. D. Piccione, *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, alpha beta, Merano 2013.

28. Pensiamo alla sentenza 253 del 18 luglio 2003 che ha stabilito l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del Codice penale ("Ricovero in un OPG"), o alle sentenze 139 del 1982 e 249 del 1983, che hanno incrinato la corrispondenza tra infermità mentale e pericolosità sociale.

significativo, di maggiore importanza si vanno confermando le modalità di presa in carico proprie della salute mentale comunitaria.

Vivere una condizione di normalità non significa allo stesso tempo godere di buona salute mentale. La normalità ha a che vedere con la norma, vale a dire il modo in cui, in virtù di precise regole o consuetudini sociali, solitamente i soggetti si comportano e agiscono. Il “normale” va inteso quale forzato adattamento alla realtà, alle sue mode, ai suoi usi. Peraltro, non è infrequente che questa forzatura sia di per sé causa di infelicità e di impossibilità di vivere uno stato di intimo benessere. Si può dire che ogni epoca ha il suo normale e il suo diverso, dove per diverso spesso si intende erroneamente il patologico.²⁹

Le politiche sanitarie conseguenti a queste mutate visioni hanno prodotto un’evoluzione tumultuosa delle forme e delle organizzazioni dell’assistenza psichiatrica. Questa dilatazione non si sarebbe compiuta senza i grandi mutamenti politici e il contributo di filosofi, sociologi, antropologi, psichiatri e intellettuali di vario rango che hanno intravisto nel disagio mentale un’esperienza esistenziale, dove la soddisfazione dei bisogni, da quelli primari a quelli radicali, ha un ruolo preponderante nel perdere o nel mantenere il benessere mentale. Il lavoro critico intorno alle psicologie, alle psichiatrie e più in generale alle scienze umane, con i conseguenti processi di deistituzionalizzazione avvenuti tra gli anni sessanta e settanta del secolo scorso, hanno contribuito anch’essi a costruire e allargare un’immagine nuova di salute mentale che, mentre garantisce le più singolari esperienze di vita, non può non stimolare cambiamenti e attenzioni nell’intera comunità.

La concezione deterministica della malattia mentale è tramontata ovunque, anche se nei fatti persistono pratiche psichiatriche che a questa concezione fanno riferimento. La condizione di disturbo mentale non è più rappresentabile come uno stato permanente, immutabile, il cui destino è la cronicità, il deterioramento, l’inguaribilità. Di conseguenza, l’oggetto pericolosità, e la sua previsione, diventa ancora più indefinibile.

Il progressivo abbandono delle istituzioni e l’evoluzione delle politiche di salute mentale hanno visto le pratiche contaminarsi con altri saperi in un’estensione territoriale della cura e del sostegno alle persone.

29. Alcuni passaggi del presente paragrafo sono ripresi da: P. Dell’Acqua, S. D’Autilia, voce “Salute mentale”, in AA.VV., *Dizionario del lavoro educativo*, Carocci, Roma 2014, pp. 314-318.

La riabilitazione calata nella concretezza della vita quotidiana ha potuto abbandonare progressivamente il riferimento al paradigma medico, per assumere la dimensione di pratiche di cura che vogliono garantire prima di tutto i diritti dei soggetti. Per questo non è possibile affrontare la teoria e la pratica della riabilitazione se non considerando che in passato e troppo spesso oggi la psichiatria stessa (trattamenti, percorsi di cura, diagnosi) produce inabilitazione, sottrazione, stigma e marginalizzazione. La ri-abilitazione, intesa come crescita ulteriore, non può che considerare il diritto di cittadinanza, l'ambito dove il cittadino, la persona, il soggetto può trovare il luogo reale per intravedere possibilità di appropriazione del diritto, della sua dignità, della singolare diversità che esprime. È evidente che la disabilità (l'oggetto della riabilitazione) deve essere vista non come conseguenza della malattia, ma del rischio di desocializzazione, discriminazione, esclusione che la malattia porta con sé.

Le persone con disturbo mentale hanno comportamenti e modalità relazionali che sono in rapporto ai sistemi sociali e ai contesti in cui sono inseriti. Rendono quanto mai incerto il concetto di pericolosità sociale, specie quando lo si voglia collegare alle singole esistenze. Tutte le ricerche e le osservazioni che sono state messe in atto per trovare elementi oggettivi a giustificazione della possibilità di predire la pericolosità sociale in conseguenza di un disturbo mentale ne hanno dimostrato l'assoluta impraticabilità. Non esistono rapporti certi di corrispondenza tra malattia mentale e pericolosità sociale.

Una corposa e metodologicamente rigorosa ricerca condotta negli Stati Uniti tra il 2001 e il 2009 dall'Università del North Carolina³⁰ ha preso in esame ben 35.000 cittadini americani, valutando nel corso degli anni la presenza di disturbo mentale ed eventuali reati commessi prima e dopo: "I ricercatori hanno studiato le correlazioni tra le loro dichiarazioni e l'emergenza di comportamenti violenti. Il risultato a cui sono giunti è che il disturbo mentale anche severo, da solo, non è associabile a futuri atti violenti, i quali sono determinati piuttosto dalla storia individuale della persona, dalla condizione sociale ed economica e da altri fattori contestuali come un divorzio, una separazione o la perdita del lavoro. È

30. E.B. Elbogen, S.C. Johnson, *The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder*, "Archives of General Psychiatry", 2, 2009.

insomma la conferma che il contributo dei disturbi mentali alla violenza nella società è eccezionalmente basso”.³¹

Un’analoga ricerca, condotta in Inghilterra nel 2002,³² ha dimostrato che il contributo dei disturbi mentali severi alla violenza è poco significativo. I ricercatori concludono che non è più appropriato, oggi, che le leggi e le politiche sociali siano determinate più dalla preoccupazione per la pericolosità sociale che dalla necessità di disporre risorse e trattamenti terapeutici e riabilitativi efficaci nella comunità.

Gli strumenti e le metodologie finora utilizzati per predire nella pratica il comportamento del malato di mente autore di reato si sono rivelati imprecisi, assolutamente inadeguati e hanno preventivato pericolosità sociali e carriere istituzionali conseguenti in eccesso piuttosto che in difetto. L’efferatezza, la riprovazione sociale, i precedenti penali, gli atteggiamenti sgradevoli, irrispettosi e anomali assumono significato nella valutazione e dunque spostano la questione della pericolosità e del rischio in tutt’altro campo.

Tutti i giudizi di pericolosità, infine, sono conseguenti a un passaggio all’atto, a un gesto, e non a un disturbo mentale. Se il gesto non vi fosse stato, quella stessa persona, con lo stesso disturbo mentale, non sarebbe stata definita socialmente pericolosa.

10. È del tutto evidente ormai che il Codice penale e con esso tutti i percorsi conseguenti al “folle gesto” hanno a che vedere con una cultura obsoleta e con un concetto di malattia mentale che oggi non può più avere senso. Eppure, giudici e psichiatri, con quegli strumenti, persistono a voler difendere l’ordine sociale e a neutralizzare la pericolosità, come Hiroo Onoda, il soldato giapponese che, a guerra finita, continua a combattere il fantasma del nemico nelle foreste filippine.

Che il Codice penale debba essere rivisto in quegli articoli 88 e 89 è convincimento di molti, anche se da decenni, nessuna legislatura è riuscita a mettervi mano e la perizia psichiatrica, nonostante la sua arbitrarietà, continua a essere il luogo in cui converge tutto l’armamentario culturale, con le urgenze del controllo sociale, i burocratismi dei dispositivi legislativi, i condizionamenti che i media e le politiche dominanti mettono in gioco.

31. N. Pitrelli, *Malattia mentale e violenza*, 2009, <www.news-forumsalutementale.it>.

32. E. Walsh, T. Fahy, *Violence in Society. Contribution of Mental Illness is Low*, “British Medical Journal”, 7363, 2002.

Abbiamo più volte detto quanto fragile e incerto sia divenuto il concetto di malattia mentale. Nel dialogo tra psichiatria e giustizia le parole sono diventate logore. Molti parlano ormai di “perizie spazzatura”.³³

Le certezze, fondate sull’indagine naturalistica, sono state incrinata dall’ingresso in campo di altri saperi e dall’evidenza che non è più possibile pensare a una sequenza lineare, causa-effetto, ma a una causalità multifattoriale, dove non solo il biologico, ma tutto quanto si ritrova intorno alla vita della persona entra in gioco, in un condizionamento reciproco dei differenti fattori, tanto che oggi si parla di “causalità circolare”.

Possiamo avvicinarci e comprendere l’altro, riconoscendo nello sguardo e nell’ascolto l’unicità della sua presenza. Una visione, questa, che rimanda alla crisi del pregiudizio dell’inguaribilità. La ricorsività dei comportamenti alterati, le riprese, i lunghi periodi di assenza di malattia, anche determinati dall’uso appropriato di farmaci e trattamenti psicoterapeutici e di integrazione sociale e lavorativa, sono un’evidenza non più trascurabile, ma che fa ancora fatica a essere considerata nella perizia psichiatrica e nei tribunali.

L’incapacità che la perizia accosta al gesto-reato finisce per essere una profezia totalizzante. “Affermare che la malattia non totalizza l’individuo corrisponde a dire che egli è un soggetto: una realtà con la quale, nella pratica dei servizi, per esempio, è necessario confrontarsi. È possibile far crescere un nuovo modo di fare salute mentale proprio attraverso la valorizzazione della soggettività del malato, dei suoi bisogni, dei suoi comportamenti.”³⁴

Il problema si è posto più di quarant’anni fa, in particolare a Trieste. Se, come stiamo dicendo, facciamo crollare e incriniamo irrimediabilmente la nozione di infermità mentale come condizione immutabile, come pietra tombale, crolla tutto il meccanismo e l’automatismo che ne deriva: pericolosità sociale, misura di sicurezza, incapacità di intendere e di volere. In questa nuova prospettiva, il patologico può cessare di essere il nemico che invade la vita delle persone. Diviene un arricchimento, un’addizione, laddove la malattia e la perizia sottraggono senso e creano il vuoto, e per il giudice la possibilità di utilizzare un buon senso con-

33. Per un’approfondita analisi dell’uso controverso della scienza psichiatrica e delle discrasie tra nuovi orientamenti e vecchi paradigmi, cfr. M.T. Collica, “Ruolo del giudice e del perito nell’accertamento del vizio di mente”, in G. De Francesco, C. Piemontese, E. Venafro (a cura di), *La prova dei fatti psichici*, Giappichelli, Torino 2000, pp. 1-40.

34. P. Dell’Acqua, R. Mezzina (a cura di), *Il folle gesto*, Sapere 2000, Roma 1988, p. 247.

sapevole piuttosto che un logoro senso comune. Tutti potranno andare a processo.

Il lavoro del perito, se si vogliono affrontare le contraddizioni emerse, dovrà porsi il problema della narrazione, collocare la persona nella sua storia, nelle asperità in cui si trova a vivere, nelle mancanze: “Le perizie dovranno porre il problema della storia, non nei termini di semplicistica preminenza del biografico ma come intreccio complesso che comprende al suo interno l’individuo e i suoi bisogni, le istituzioni, le contraddizioni sociali, le mancanze e i vuoti di risposta. È su tale complessità infatti che vanno misurati i nodi categoriali della malattia, dell’angoscia, della possibilità di esistere”.³⁵

L’orizzonte operativo della perizia è quello di riuscire a produrre possibilità, di dare senso a quel gesto, a quella persona, in quella particolare situazione, in quella particolare storia. Anche il gesto più estremo, quello che ci sembra al di fuori di qualsiasi umana possibilità di comprensione, va ricondotto alla storia. È un’operazione, questa, che diviene possibile proprio se a quel gesto attribuiamo un valore unico e individuale e non la conseguenza della malattia, e non, come accade troppo spesso nelle aule dei tribunali, dove a una diagnosi si fa conseguire il reato, la pericolosità e la misura di sicurezza.

Se al gesto viene attribuito un valore individuale, “proprio” dell’individuo e non della malattia, non viene sottratta la possibilità di comprensione. Ogni gesto è comprensibile e si può definire finalistico, almeno nel suo significato comunicativo, in senso storico-sociale e situazionale. Anche chi non ha un immediato contesto di relazioni, chi è nell’anomia, comunica il suo “esserci” col sintomo. In ogni caso, il reato “senza interesse” non può più essere un riferimento certo e dirimente.³⁶

“Il giudizio di incapacità potrebbe racchiudere quel momento, quel gesto, mai la persona intera, e quel momento essere il limite massimo, il negativo che può confermare l’esperienza viva, lo scacco ultimo, il buco nero che parla della vita, l’assenza che costituisce la presenza.”³⁷

Mentre scriviamo, la semestrale relazione parlamentare comunica che

35. Ivi, p. 249.

36. Quanto riportato nel capoverso è parte di un capitolo in P. Dell’Acqua, R. Mezzina (a cura di), *Il folle gesto*, cit., pp. 245-255.

37. F. Rotelli, “Introduzione”, in P. Dell’Acqua, R. Mezzina (a cura di), *Il folle gesto*, cit., pp. 8-9.

gli internati nei restanti quattro OPG sono poco meno di 170 e circa 450³⁸ sono le persone che si trovano in esecuzione di una misura di sicurezza detentiva nel numero crescente di REMS che si stanno realizzando nelle diverse regioni. In poco meno di un anno, il numero degli internati si è ridotto a meno di un quinto. Il passo ulteriore, chiusi gli OPG, sarà quello di liberarsi della necessità delle REMS. La svolta prodotta dalla citata legge 81/2014 può segnare più di un punto a suo favore. I tribunali tuttavia continuano a utilizzare l'armamentario che abbiamo voluto dettagliatamente illustrare e di conseguenza le persone che commettono un reato in sospetto di disturbo mentale continuano a essere sottoposte a perizia psichiatrica e avviate all'esecuzione di misure di sicurezze detentive.

Con rammarico prendiamo atto di una cultura manicomiale dura a morire. Le ricerche e le sperimentazioni che si stanno attivando in alcune regioni, nell'organizzare le modalità operative non solo delle REMS, ma anche della gestione dei progetti terapeutici individuali, con il protagonismo dei Dipartimenti di salute mentale, mostrano con sempre più evidenza che un'altra visione è possibile, così come dei percorsi che comprendano il riconoscimento della responsabilità, il processo, la condanna, l'esecuzione della pena, il carcere e tutte le alternative che oggi sappiamo intravedere. Rileggendo la Costituzione.

38. Con un'operazione molto discutibile, la regione Lombardia ha trasformato i 200 posti residui dell'OPG di Castiglione delle Stiviere in 8 REMS di circa 20 posti.