

## LINEE GUIDA IN PSICHIATRIA FORENSE (1)\*

di

Ugo Fornari

Direttore Unità Operativa di Psichiatria Forense, Psicologia Giudiziaria e Criminologia Clinica,  
Università degli Studi di Torino

\*Newsletter AIPG n° 24, anno 2006

### **Introduzione**

Affrontare il tema estremamente complesso e delicato delle linee guida in psichiatria forense significa esporre i principi procedurali, metodologici e deontologici che il perito giudiziario dovrebbe rispettare per fornire al suo elaborato peritale valore di prova, come dottrina e giurisprudenza conformi prevedono.

A mio modo di vedere, le linee guida non devono essere altro che un sistema aperto e dinamico di riferimento, in cui collocare una modalità che ha da essere condivisa e concordata, suscettibile di cambiamenti, di revisioni e di integrazioni. Resta il fatto che nessuna metodologia, anche la più rigorosa, è garanzia di un corretto operare in ambito forense, se non integrata da principi deontologici ed etici. Altra riflessione è relativa al fatto che il compito del perito o del consulente è quello di esplorare possibili legami tra verità processuale e verità clinica e valutare uno stato di mente: *non quello di stendere progetti e programmi terapeutici*. Ne consegue che un elaborato peritale è una costruzione tridimensionale in cui confluiscono una dimensione giuridica, una metodologica e una deontologica. In questa composizione non si devono confondere

- il processo con la terapia;
- il colloquio clinico con quello peritale;
- la verità processuale con quella clinica.

### **Le regole procedurali (la dimensione giuridica)**

L'attività che psicologi e psichiatri sono chiamati a svolgere dal giudice si colloca, com'è noto, negli ambiti penale, civile e canonico.

In quello penale ai periti, nel momento del conferimento dell'incarico, viene chiesto l'impegno formale di *"adempiere al proprio ufficio senza altro scopo che quello di far conoscere la verità e di mantenere il segreto su tutte le operazioni peritali"* (art. 226 c.p.p.).

In quello civile di *"bene e fedelmente adempiere le funzioni loro affidate al solo scopo di far conoscere ai giudici la verità"* (art. 193 c.p.c.).

Non sono previste analoghe formalità nel conferire un incarico peritale in ambito canonico (Can 1574-1581), ferma restando l'attenta selezione dei consulenti d'ufficio.

Come emerge chiaramente dalle norme di procedura, la dichiarazione è personale e comporta la consapevolezza da parte del perito di una assunzione di responsabilità morale e giuridica. La violazione di questi obblighi è sanzionata rispettivamente dagli articoli 372 c.p. (falsa testimonianza), 373 c.p. (falsa perizia o interpretazione), e 326 c.p. (rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio).

Non esiste nei codici un analogo obbligo di legge per quanto riguarda i consulenti delle parti (tranne gli impedimenti di cui all'art. 222, comma 1, c.p.p. e quanto stabilito dal Canone 1581 del Codice di Diritto Canonico). Essi possono assistere al conferimento dell'incarico al

---

<sup>1</sup> Relazione tenuta a Roma, 23 febbraio 2006, sessione plenaria, nell'ambito dell'XI Congresso della S.O.P.S.I.

perito; presentare al giudice e/o ai periti richieste, osservazioni e riserve; partecipare alle operazioni peritali; chiedere integrazioni e/o modifiche ai quesiti; proporre al perito specifiche indagini; partecipare alle udienze disposte dal giudice. Se nominati dopo l'esaurimento delle operazioni peritali, possono visionare le relazioni compilate in precedenza e, in ambito penale, richiedere al giudice di essere autorizzati a esaminare la persona, la cosa e il luogo oggetto della perizia. Fuori dei casi di perizia, possono compiere accertamenti autonomi, presentando memorie al committente (artt. 230 e 233 c.p.p.).

Le *violazioni morali* discendono direttamente dall'inosservanza dei codici deontologici che vincolano l'attività clinica di psicologi e psichiatri e ne costituiscono la cornice generale. *Esse valgono anche per i consulenti delle parti.* Il riferimento è al Codice di Deontologia Medica (c.d.m.) approvato dal Consiglio Nazionale della FnomceO (Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri) il 2-3 ottobre 1998 (e, alla data della mia relazione, non ancora modificato da quello di prossima pubblicazione) e al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani (c.d.p.) approvato per referendum il 17 febbraio 1998, nelle parti che regolano il *segreto professionale* (artt. 9 e segg., capo III c.d.m.; art. 11 c.d.p.) e il *consenso informato* (artt. 30 e segg. c.d.m.).

### **Le regole metodologiche (dimensione metodologica)**

La perizia è *strumento di prova*, se si traduce in un elaborato convincente, motivato, documentato, fruibile, controllabile e comprensibile. Sul *contenuto* e sulle *modalità* di raccolta dei dati, sull'*esposizione* degli stessi e sul *metodo* utilizzato il perito deve fondare la sua scientificità (anche se particolare, come vedremo oltre), dal momento che la successiva valutazione psichiatrico-forense assume connotazioni spesso sfumate e aperte al contraddittorio.

Esaminiamo allora criteri e metodi.

La *criteriologia psichiatrico-forense*, articolata nel percorso clinico e nella valutazione psichiatrico forense, consiste nel

- 1) formulare una diagnosi psichiatrica (criterio *nosografico*);
- 2) descrivere e analizzare i disturbi psicopatologici in atto sotto il profilo sia qualitativo sia quantitativo (criterio *psicopatologico*);
- 3) esaminare la conseguente compromissione delle funzioni autonome dell'Io (criterio *psicodinamico*);
- 4) stabilire se il comportamento avente rilevanza giuridica è o meno sintomatico di quei disturbi e di quel funzionamento patologico psichico (criterio *attributivo*);
- 5) specificare il tipo e grado di compromissione della capacità di intendere o di quella di volere del soggetto in esame, al momento del e in riferimento al fatto (criterio *forense*).

Il percorso clinico, *dunque*, si articola ne:

- l'esplorazione psicopatologica = raccolta dei segni e dei sintomi
- l'individuazione categoriale = la collocazione alfa-numerica
- l'analisi funzionale = il funzionamento dell'Io in situazione.

La valutazione psichiatrico-forense è il risultato della confluenza de il percorso clinico

+

- il conferimento del "significato di infermità" all'atto agito o subito ( il *quid novi* o il *quid pluris*)
- la traduzione di questa attribuzione in vizio di mente totale o parziale o in altri stati di mente aventi rilevanza giuridica (inferiorità, deficienza psichica e altre condizioni di incapacità)
- la valutazione della pericolosità sociale psichiatrica (elevata, attenuata, assente)
- l'eventuale necessità di adottare "misure terapeutiche" (arresti domiciliari, detenzione domiciliare e altro).

Il *procedimento* o *metodo* può essere articolato nei seguenti punti:

a) lettura degli atti di causa, articolata come segue:

1) conoscenza del reato addebitato al periziando o di cui è stato vittima o testimone; questa è la cornice indispensabile in cui collocare ogni successivo discorso clinico e valutativo e dalla quale non si può prescindere;

2) conoscenza degli interrogatori e delle dichiarazioni rese immediatamente dopo il fatto e nei momenti successivi;

3) acquisizione di eventuali dichiarazioni, osservazioni, segnalazioni di comportamenti, atteggiamenti, discorsi tenuti prima, durante e dopo il fatto e che siano anche solo sembrati "strani" ai verbalizzanti.

Stabilita la *verità processuale*, quale ricostruita dall'autorità giudiziaria al momento del conferimento dell'incarico peritale, si passa alla costruzione della *verità clinica* attraverso la

b) Acquisizione di documentazione clinica psichiatrica relativa a ricoveri del soggetto o certificazioni comunque utili per attestarne un'eventuale patologia di mente.

c) Esame clinico del periziando scandito in:

1) anamnesi familiare;

2) anamnesi personale, fisiologica e patologica remota e prossima, con particolare attenzione al fatto-reato addebitato al soggetto.

Non esiste un tipo standard di conduzione dei colloqui ed ogni perito si regola -di volta in volta- sui tempi, le modalità e i contenuti del colloquio psichiatrico, a seconda che si tratti di autore detenuto o ricoverato o internato o in libertà. Se si tratta di vittima, di testimone o di persona in fase di scompenso psicotico è fondamentale almeno *audio registrare* i colloqui, specie quando le condizioni psichiche della persona sono suscettibili di modificazioni con il trascorrere del tempo (art. 360 c.p.p., comma 1).

Delicatissimi problemi derivano dall'*ascolto* di *bambini abusati e violati*, le cui dichiarazioni devono al più presto essere audio- e video- registrate, perché la memoria e le emozioni giocano "brutti scherzi", man mano che ci si allontana dal momento dell'evento e sulla testimonianza interferiscono negativamente fattori di natura emotiva e affettivo-relazionale. Non mi addentrerò nella metodologia specifica che richiederebbe una sessione apposita.

Per parte sua, lo psicotico che commette il reato in fase di scompenso acuto presenta, nell'immediato, modalità narrative sconnesse, confuse, deliranti; atteggiamenti bizzarri e incongrui, disturbi emotivi e dell'affettività-contatto e altri comportamenti che -a distanza di tempo- possono non essere più rilevati o sostanzialmente modificarsi. Per un perito è molto importante poter visionare la videoregistrazione dei primi interrogatori, specie per tutto ciò che concerne il non verbale (lo sguardo cupo, smarrito, angosciato, assorto; l'incapacità di controllare la postura; l'eventuale incidenza della somministrazione di neurolettici e di sedativi sull'efficienza intellettuale, sul linguaggio e sull'articolazione delle parole; la presenza di atteggiamenti di ascolto o di sguardi spaventati; l'aspetto diffidente, elusivo e laconico nei confronti dell'interlocutore; il tono timido; il tipo di partecipazione affettiva; la rilevanza della presenza di altre persone sul "non verbale" e via dicendo).

Viepiù frequenti stanno diventando i casi in cui l'autore di reato *dissimula*, nasconde, minimizza la patologia di cui è portatore, od opponendo un atteggiamento di non collaborazione e di diffidenza o mettendo in atto difese ipomaniacali che hanno la funzione di negare l'angoscia psicotica di frammentazione e di annullamento soggiacenti: entrambi allo scopo di contenere e neutralizzare in qualche modo il turbamento derivante dalla relazione con l'altro percepito in una dimensione minacciosa e persecutoria. Le difese messe in atto possono, in questi casi, essere erroneamente lette come espressione di un Disturbo di Personalità, sottovalutando la sottostante componente psicotica.

Sul versante diametralmente opposto si collocano i casi di *simulazione di malattia mentale*, per affrontare i quali occorre adottare una metodologia particolare.

Problemi specifici possono sorgere quando venga disposta una cosiddetta "perizia storica"; quando, cioè, si tratti di stabilire le *condizioni di mente di un defunto* (casi tipici riguardano la circonvenzione di persona incapace e l'annullamento di atti, contratti, donazioni e testamenti). Allora il *lavoro* dovrà essere svolto *sugli atti* e la valutazione dovrà essere esperita su tre assi portanti:

1. i dati clinici;
2. i dati documentali;
3. i dati testimoniali.

I primi due sono affidabili, perché e purché obiettivi. Relativamente al dato testimoniale si ricordi che valutazioni e rivisitazioni di comportamenti e di atteggiamenti fatte da non esperti o da non competenti in materia e comunque sempre da testimoni citati dalle parti, specie se raccolte a distanza di tempo, devono essere considerate con estrema prudenza e oculatezza.

Particolare attenzione si deve porre quando si esamini una *persona anziana vittima di reato*, che sia portatrice o no di patologia senile. E' infatti molto importante non fare propri alcuni stereotipi della percezione della vecchiaia, quali la sua assimilazione automatica alla incapacità e alla circonvenibilità.

d) Esame obiettivo, a sua volta distinto in:

- 1) esame internistico;
- 2) esame neurologico;
- 3) esame psichiatrico diretto.

*Proprio a questo livello (di obiettivazione psichiatrica cioè) più acutamente si fanno sentire i problemi relativi alla rilevazione, decodificazione, codificazione, valutazione dei segni, dei messaggi e dei sintomi presentati o lamentati dal periziando.*

Qui entrano in gioco non solo problemi tecnici, ma anche *aspetti deontologici* di cui diremo oltre.

- e) esami di laboratorio e indagini strumentali;
- f) esami di sussidio diagnostico;

- è importante che gli *eventuali accertamenti psicodiagnostici non vengano svolti alla presenza di più consulenti*, in quanto la partecipazione di terzi può inibire la collaborazione e la spontaneità del periziando; i relativi protocolli o eventuali video-registrazioni verranno consegnate ai consulenti delle parti che potranno fare tutte le considerazioni che riterranno opportune e necessarie, chiedendo eventuali integrazioni, ma non presenziando direttamente nella somministrazione di un test psicodiagnostico;

- per mia esperienza è *fondamentale che lo psicologo venga nominato in collegio con lo psichiatra, anziché come ausiliare*. Infatti, essendo anch'egli un clinico, prima che uno psicometrista, deve avere la possibilità di partecipare a tutti gli incontri peritali, stabilire una relazione significativa con il periziando e conoscere tutti i dati clinici relativi allo stesso, per poter decidere i tempi di somministrazione dei test, la loro successione e la loro contestualizzazione. A mio modo di vedere, questo e non altro è il procedimento metodologico corretto e ritengo del tutto pretestuose e ampiamente superabili le obiezioni relative al fatto che la nomina di un collegio di periti equivale all'autorizzazione al singolo perito di avvalersi di uno o più ausiliari;

g) inquadramento clinico;

Si apre, a questo punto, un problema delicatissimo.

Troppe volte il perito si agita nel groviglio delle classificazioni che gli propongono i suoi predecessori e i suoi contemporanei e ritrova la pace e la serenità sfogliando, ad esempio, il rassicurante dizionario americano (il D.S.M. nell'ultima o penultima versione) che tutto cataloga e numera, anche ciò che non è possibile (i Disturbi NAS). Molti periti psichiatri, che pur hanno capacità e interesse ad ascoltare la sofferenza umana, si sentono legittimati dal tipo stesso dei quesiti loro posti a rifugiarsi in un rassicurante riduttivismo classificatorio, talvolta limitandosi a giustapporre disturbo a disturbo. Il codice alfanumerico diventa così l'obiettivo primario da raggiungere, come se il modello medico psichiatrico esaurisse il compito valutativo e non ne costituisse invece altro che la doverosa premessa.

Mi spiego meglio: la valutazione dello stato di mente del periziando e del significato di infermità dell'atto devono andare oltre la dimensione nosografica *per affrontare quella funzionale*, dal momento che l'applicazione di schemi convenzionali di lettura del

comportamento delinquenziale agito o subito non è adeguata per mettere in evidenza il *funzionamento mentale di autori e vittime di reato*: funzionamento che deve comunque essere tenuto presente nella valutazione complessiva dell'imputabilità.

Pertanto, *premesso un inquadramento clinico* che soddisfi criteri diagnostici condivisi e resi confrontabili attraverso i manuali statistici D.S.M.-IV o I.C.D.-10 (per ora gli ultimi due in auge) è *indispensabile* passare al secondo livello, che ha come obiettivo quello di *esplorare il funzionamento di quella persona* e di contestualizzarne la compromissione.

Preliminare a questo fondamentale tipo di approccio è che il perito giudiziario eviti *accuratamente la formulazione di ipotesi interpretative del reato addebitato al periziando, se non in presenza di una sua esplicita ammissione di colpevolezza o di un preciso e chiaro accertamento della sua responsabilità*.

Alla luce della *verità processuale* quale fornita dall'Autorità Giudiziaria al momento dell'affidamento dell'incarico peritale e in possesso di una *verità clinica* costruita dal perito giudiziario, si andrà ad esaminare il funzionamento mentale del periziando al momento e in riferimento al fatto giuridicamente rilevante, prendendo in considerazione analitica le seguenti aree *funzionali*: *percettivo-memorizzative, organizzative, previsionali, decisionali ed esecutive*.

L'attenzione del perito giudiziario deve dunque tenere conto dell'*inquadramento diagnostico* (l'iscrizione del periziando in una categoria alfa numerica), del tipo di *funzionamento mentale* di quella persona (organizzazione cognitiva, assetto affettivo-relazionale, gestione delle emozioni, rapporto e contatto con la realtà e con gli Altri), del suo *retroterra socio-culturale*, delle caratteristiche della relazione e del contesto in cui è avvenuto il fatto, dell'eventuale assunzione di *determinati farmaci* e via dicendo.

*h)* discussione psichiatrico-forense del caso. Questo paragrafo è dedicato alla individuazione e alla valutazione dell'infermità di mente. In altre parole, a esaminare se il *funzionamento mentale patologico* del soggetto in riferimento al fatto-reato per cui si procede sia da ritenere sintomatico dello stesso (reato *di*), oppure se nulla abbia a che fare direttamente con lo stesso (reato *in*), spostando l'analisi e la valutazione sul piano della individuazione dei disturbi psicopatologici e della loro incidenza funzionale sul comportamento agito (autore di reato) o subito (vittima di reato). In altre parole il vizio di mente è in stretta correlazione con i disturbi patologici psichici presenti nella categoria diagnostica individuata, purché questi siano *funzionalmente* correlati con le modalità del fatto reato. In difetto o in assenza di questo rapporto psicopatologico e funzionale, anche il malato di mente può essere ritenuto imputabile per il reato che gli viene addebitato, nel senso che pur essendo egli affetto da disturbi psichici, non è infermo di mente (*mentalmente disturbato, ma penalmente responsabile*).

*i)* valutazione dell'infermità riscontrata, nel senso se questa abbia o meno costituito vizio (totale o parziale) di mente. Adottare una concezione restrittiva piuttosto che estensiva del vizio di mente significa fare una scelta non solo tra riduzione e ampliamento del contenitore "infermità di mente", ma anche tra garantismo e discrezionalità nell'applicare i principi della psichiatria forense, abdicando al "potere" che sempre il perito ha creduto di avere nel dare contenuti spesso arbitrari alla nozione di "infermità".

*l)* risposte ai quesiti.

### ***Le regole deontologiche (la dimensione deontologica).***

Il perito giudiziario avvicina realtà umane in momenti e contesti drammatici, quali il malato di mente in fase di scompenso psicotico acuto che compie un reato e nei cui confronti devono essere adottati provvedimenti terapeutici e/o di controllo tempestivi, il soggetto che ha subito la violenza o la minaccia altrui, il bambino che soffre per una situazione familiare problematica, l'anziano che altri vogliono far interdire o le cui decisioni e azioni chiedono di invalidare, e via dicendo. Avvicina però anche soggetti per i quali la carriera delinquenziale ha rappresentato e rappresenta una "scelta" operata in

assenza di patologia mentale, simulatori, persone che non collaborano o vittime che si dichiarano tali per ottenere un risarcimento economico e via dicendo.

In tutti questi casi la qualità del lavoro peritale discende non solo dalla soluzione di problemi tecnici, ma anche dalla qualità della relazione umana instaurata con il periziando, che, come tutte le relazioni umane, è ricca di risvolti positivi e negativi.

I *risvolti positivi* nella relazione con il periziando sono legati alla capacità che il perito ha di salvaguardare innanzi tutto il *setting esterno* in cui egli colloca il suo operare.

*E' fondamentale fungere da contenitore forte che tutela il periziando – specie in caso di malati di mente, vittime, anziani e minori- da intrusioni indebite o da aggressioni verbali di eventuali consulenti scorretti e partigiani.* Non è possibile condurre colloqui peritali in ambienti disturbati quali l'infermeria, il parlatorio, la cella di un carcere. Occorre incontrare il periziando in una stanza silenziosa, appartata, tranquilla e, salvo casi estremi, senza l'assistenza del personale di custodia.

Altri *aspetti positivi* riguardano il *setting interno* e devono essere tenuti sempre presenti, dal momento che il perito non è persona che agisce fuori della relazione, bensì un esperto che interagisce nella relazione, in cui aspetti qualificanti sono: il *dovere di informare* (da parte del perito), il *diritto di consentire* (da parte del periziando) e il *rispetto per la persona umana* e strumenti indispensabili sono *l'ascolto, il silenzio e la compartecipazione.*

Occorre favorire, nei limiti del possibile, la comunicazione e l'incontro e considerare l'Altro una persona che ha una sua storia ricca di un indubbio significato esistenziale e non un oggetto da osservare con distacco e freddezza e ascoltare con atteggiamento sufficiente o prevenuto. Sotto questo profilo, il lavoro peritale deve essere un'occasione di incontro esistenziale che *riconosce e restituisce sia all'autore sia alla vittima dignità di persone:* non occasione per superficiali e infelici interviste che finiscono solo per procurare danno su danno, sia agli indagati, sia alle vittime, sia alla magistratura, sia all'opinione pubblica, sia alla dignità e alla professionalità dei periti giudiziari.

Per quanto riguarda *i risvolti negativi*, molti sono gli aspetti che possono insidiare la qualità della relazione con il periziando. Di particolare importanza sono, a nostro avviso, quelli relativi al *setting interno*, intendendo per tale l'assetto mentale e affettivo-relazionale con cui il perito si accosta al periziando.

Oltre a quelli già ricordati, ci limiteremo a citare:

- la possibilità di iper-valutare caratteristiche personali del periziando e di ipovalutare fattori situazionali relativi al contesto;
- la variabilità dei vissuti individuali, diversi a seconda che ci si trovi davanti a un autore, a una vittima, un bambino, una donna, un anziano, un adulto capace, un malato di mente, e a seconda delle proprie esperienze esistenziali;
- il ruolo giocato dai conflitti di genere: questi nel campo dei reati sessuali possono produrre una lontananza/impossibilità di comprensione della vittima donna se il perito è uomo; ma anche una iperidentificazione acritica con la vittima, o un rifiuto controtransferale dell'autore, se il perito è donna;
- le aspirazioni fittizie, che possono indurre a far giustizia, cercare il vero o il falso, premiare o punire, soddisfare i propri bisogni narcisistici, usare il periziando per gratificare il proprio sé grandioso, esibire il proprio potere e difenderlo a ogni costo, cercare le colpe, le responsabilità e le giustificazioni.

Ma il discorso non si esaurisce a questo punto, nel senso che occuparsi del periziando come clinici, oltre che come periti, vuol dire svolgere anche funzioni di *mediazione terapeutica*, nel senso di fornire indicazioni che altri tradurranno in intervento psicologico e/o farmacologico.

Rispetto alla vittima sembra particolarmente urgente sviluppare il ruolo di mediazione tra le agenzie di aiuto sociale e l'autorità giudiziaria, traducendo i rispettivi discorsi, che di solito si collocano su piani tra di loro non articolati (*mediazione giudiziaria*).

Ricorrere al modello delle scienze umane significa, infine, assumere funzioni di *mediazione culturale e sociale*, nel sollecitare una diversa attenzione per i protagonisti del reato, nel dare maggiore sviluppo alle riflessioni degli psicologi e degli psichiatri forensi, nel promuovere un'informazione il più possibile corretta ai e attraverso i mezzi di comunicazione di massa.

Al proposito, vengono da ricordare almeno quattro regole fondamentali:

- l'*accurato divieto di accesso ai non addetti ai lavori* a informazioni e interpretazioni che l'esperto possiede perché frutto di una sua diretta conoscenza del caso;

- la *supervisione di ogni intervista* che venga rilasciata come commento del proprio lavoro peritale, se e quando reso pubblico;

- l'*attento controllo di ogni dichiarazione* che miri a fornire spiegazioni della notizia criminis, ricavata dal semplice dato giornalistico;

- il *rifiuto netto* di proporci e di accettare la funzione di coloro che, solo perché dotati di un loro sapere specifico, si ritengono comunque in grado o in obbligo di dare risposte a tutto e a tutti.