

I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITA' E IL LORO SIGNIFICATO DI INFERMITA' (*)

di Ugo FORNARI (**)

1. Il problema affrontato dalla Sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005 delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione.

Con sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005, depositata l'8 marzo 2005, le Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione hanno stabilito quanto segue:

“anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c. p., **sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa**; per converso, **non** assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre “anomalie caratteriali” e gli “stati emotivi e passionali”, che **non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente**; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato **sussista un nesso eziologico**, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo”.

La sentenza, estremamente articolata, dà atto di alcuni pregiudizi diffusi nel mondo forense, che si traducono operativamente nei seguenti errori concettuali e metodologici:

1. i Disturbi della Personalità sono altra cosa rispetto a Nevrosi e Psicopatie;
2. il concetto di infermità si sostanzia in una lesione cerebrale a carattere organico e con basi anatomiche;
3. il paradigma nosografico coincide con quello della lesione organica e del modello medico. Se non è dimostrabile la lesione organica non si può fare diagnosi di malattia mentale;
4. di per se stessa, l'infermità di mente rileva a fini forensi;
5. il concetto di infermità coincide con quello di malattia. La differenza tra malattia e infermità è una questione meramente nominale dietro cui non esiste alcun concetto;
6. esistono “alterazioni psicopatiche” o “disturbi della personalità” che non sono in rapporto diretto di causalità con la condotta dell'agente;

* Relazione tenuta il giorno 17 giugno 2005, presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche dell'Università di Torino, coordinatore nazionale prof. Mario Chiavario.

** Professore ordinario di Psicopatologia Forense – Direttore Unità Operativa di Psichiatria Forense, Psicologia Giudiziaria e Criminologia Clinica– Università degli Studi di Torino – C.so Montevicchio, 38 – 10129 TORINO.

7. si colloca la nozione medico legale di malattia mentale nell'ambito della più vasta categoria dell'infermità, riconoscendo un valore generico al termine infermità e un valore specifico al termine malattia;

Adottando tali assunti, non si esce fuori dal modello nosografico descrittivo, medico, biologico, statico, e non si colgono altri livelli di analisi che non siano ricompresi in quelli dell'importanza essenziale ed esclusiva del contenitore diagnostico per la valutazione psichiatrico forense.

Una corretta interpretazione del rapporto tra vizio (parziale) di mente e disturbi di personalità, secondo la succitata sentenza, che richiama in più parti gli orientamenti giurisprudenziali e gli indirizzi della Suprema Corte, invece, si articola nei seguenti passaggi:

1. l'infermità di mente deve "causare" un tale stato di mente da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o quella di volere;
2. è necessaria la sussistenza di una correlazione diretta tra il disturbo psichico e l'azione delittuosa posta in essere dal soggetto agente, e quindi tra abnormità psichica effettivamente riscontrata e determinismo dell'azione delittuosa (Cass. Sez. I, n. 19532/2003);
3. il disturbo psichico deve avere l'attitudine a incidere, effettivamente e nel caso concreto, nella misura e nei termini voluti dalla norma, sulla capacità di intendere e di volere del soggetto agente (Cass. Sez. I, n. 19532/2003; n. 24255/2004; n. 33230/2004);
4. non è l'infermità in se stessa (neppure, a rigore la più grave) a rilevare, bensì un "tale stato di mente", da essa determinato, "da escludere la capacità di intendere o di volere" o da farla ritenere "grandemente scemata";
5. nella categoria dei malati di mente potrebbero rientrare anche quei soggetti affetti da nevrosi e psicopatie nel caso che queste si manifestino con elevato grado di intensità e con forme più complesse tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi (Cass. Sez. I, n. 19532/2003);
6. anche situazioni classificabili come borderline hanno rilevanza forense (Cass. Sez. I, n. 6062/2000; n. 15419/2002; di diverso avviso, Cass. Sez. VI, n. 7845/1997);
7. il vizio parziale deve discendere da uno stato morboso, dipendente da una alterazione patologica clinicamente accertabile (Cass. Sez. I, n. 9739/1997);
8. l'infermità può caratterizzare anche le anomalie psichiche non rinvenienti da sicura base organica, purché si manifestino con un grado di intensità tale da

escludere o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere (Cass. Sez. I, n. 24255/2004),

9. la malattia in senso clinico psichiatrico è categoria distinta dalla malattia in senso psichiatrico-forense;
10. il concetto di “infermità” non è del tutto sovrapponibile a quello di “malattia”, risultando, rispetto a questo, più ampio.

Nella sostanza, anche ai Disturbi di Personalità può essere riconosciuta la natura di “infermità” giuridicamente rilevante, purché essi abbiano inciso significativamente sul funzionamento dei meccanismi intellettivi e volitivi del soggetto (affermazione ricorrente nelle massime giurisprudenziali della Corte di Cassazione, sez. I).

2. L'aspetto innovativo della sentenza.

In altre parole, richiamando il concetto di (mal)funzionamento mentale, si introduce un secondo livello di analisi che, pur non ignorando quello nosografico (per intenderci: quello delle classificazioni), lo supera e lo integra.

La nozione di infermità viene così a comprendere **due aspetti**: quello **categoriale** (la diagnosi, il “che cosa ha” il soggetto in esame, da quale tipo di patologia mentale è affetto) e quello **dinamico funzionale** (come ha “funzionato” la psiche del soggetto in esame in riferimento a un fatto reato agito o subito).

In questo modo si va oltre l'inquadramento diagnostico (si vedano, al proposito, i due più importanti sistemi di classificazione psichiatrica: il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, D.S.M., e la decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, I.C.D.), per esaminare quale e quanta compromissione funzionale ha comportato quel disturbo comunque diagnosticato in riferimento e al momento del fatto reato.

Diagnosi categoriale e funzionale sono due aspetti complementari, ma distinti che non debbono essere confusi l'uno con l'altro o riassorbiti l'uno nell'altro.

L'infermità (da in-firmus = non-fermo) in senso psichiatrico forense non individua più semplicisticamente un “disturbo mentale”, ma ricomprende i riflessi di questo sul funzionamento psichico del soggetto e, quindi, sul suo comportamento.

Ne consegue che un “malato” può anche non essere un “infermo”. Uno schizofrenico ben compensato, che abbia recuperato un soddisfacente livello di funzionamento psico-sociale,

come non viene più ritenuto clinicamente malato, così non può essere considerato infermo se commette o subisce un reato che non sia sintomatico di una sua specifica patologia mentale.

L'infermità giuridicamente rilevante è dunque costituita dalla confluenza di un disturbo funzionale che consegue a un disturbo mentale, al punto di compromettere in concreto la capacità di autodeterminazione del soggetto, incidendo in maniera rilevante e grave sulla sua autonomia funzionale (il "quid novi" o "quid pluris") e conferendo in tal modo "significato di infermità" all'atto agito o subito (lo stesso ragionamento psichiatrico forense vale infatti anche per la vittima di reato).

3. La nozione di Disturbo Grave di Personalità.

Per poter definire un disturbo di personalità come *grave* occorre fare riferimento a un modello teorico che consenta di porre una distinzione tra organizzazione (=funzionamento) di personalità nevrotica, psicotica e borderline (¹). Condivido l'opinione di coloro che individuano la *gravità* del Disturbo di Personalità nella *Organizzazione Borderline di Personalità*. Questo tipo di organizzazione, *oltre che nel Disturbo Borderline di Personalità*, può trovarsi, in particolare, *in quelli Narcisistico, Paranoide, Istrionico, Antisociale, Schizoide, Schizotipico* e, in genere, in tutti i Disturbi di Personalità.

Ne consegue che per essere definito Grave, un Disturbo di Personalità deve essere caratterizzato, indipendentemente dal *cluster* in cui è inserito, da un *funzionamento Borderline di Personalità*. Pertanto, *premesso un inquadramento diagnostico* che soddisfi i criteri 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 personalità* (dal "che cosa ha" al "chi è").

4. Disturbo Borderline e Funzionamento Borderline di Personalità.

Premetto che **un soggetto che non mostri instabilità affettiva, intensa disforia e ricorrenti esplosioni di rabbia non può essere considerato un tipico borderline** (²). Questi tre soli indicatori comportamentali, però, individuano semplicemente un Disturbo di personalità Disforico Impulsivo. Una personalità così connotata può funzionare o meno in

¹ Kernberg O. F., *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino, 1987; Kernberg O. F., *Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità* in: Clarkin J.F., Lenzenweger M.F. (a cura di), *I disturbi di personalità*. Cortina, Milano, 1996, 107-139; Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino, 2004.

² MAGGINI C. (a cura di):, *Disturbo Borderline*, Noos, I, 2, 71-121, 1995.

maniera borderline, intendendo per tale un funzionamento fondamentalmente astenico, di ritiro, “debole”, confusivo, intensamente disforico, affettivamente instabile e ricco di atteggiamenti improntati a rabbia distruttiva auto- o eterodiretta; la problematica soggettiva è vissuta e agita secondo modalità scissionali; o non ha ancora trovato o tenta debolmente di mobilitare difese narcisistiche o paranoidi oppure le ha mobilitate, ma queste difese in situazioni di stress non tengono. I meccanismi di difesa utilizzati da questi soggetti sono di tipo primario (scissione, identificazione proiettiva, onnipotenza, idealizzazione/svalutazione, diniego); il senso di identità è diffuso (incertezze e confusioni nelle scelte sessuali, lavorative e sociali; sentimenti di vuoto, di nullità e di mancanza di significato; relazioni interpersonali intense e instabili); l’esame di realtà è generalmente mantenuto (assenza di deliri e di allucinazioni e di disturbi gravi dell’umore; capacità di differenziare il Sé dal Non-Sé, assenza di sintomi dissociativi).

Un soggetto che presenta una tale organizzazione di personalità, in condizioni di stress acuto o cronico, può slittare verso il registro psicotico (*alterazione del senso di realtà* = perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé; confusività e angoscia panica; comportamenti bizzarri e incongrui) o deragliare verso un vero e proprio processo psicotico di tipo delirante acuto o maniacale iperacuto (*alterazione dell’esame di realtà, sintomi dissociativi e illusionali intensi, fenomeni allucinatori, ideazione delirante paranoide, gravi compromissione dell’umore, comportamenti bizzarri e incongrui*) (*due quadri = scivolamenti psicotici = Minipsychosen*).³

5. Disturbo di Personalità, Disturbo Grave di Personalità, Disturbo Psicotico.

Nelle tabelle che seguono vengono riassunte le caratteristiche fondamentali che individuano e differenziano queste tre grandi dimensioni psichiatriche.

³ Si tenga presente che una cosa è la *dissociazione isterica*, altra cosa è la *dissociazione psicotica*. I Disturbi Dissociativi dell’Isteria (BOGETTO F., MAINA G., *Elementi di psichiatria*, Minerva Medica, Torino, 2000, p. 63 e segg.) sono caratterizzati da una alterazione parziale e transitoria dello stato di coscienza, dell’orientamento, dell’identità e/o delle funzioni cognitive. Una parte dei processi mentali opera in modo del tutto inalterato e adeguato, mentre un’altra parte presenta un funzionamento morboso. I due aspetti della vita psichica (quello sano e quello morboso) sono separati (= scissi) e coesistono in modo apparentemente autonomo. La dissociazione schizofrenica, invece, comporta una disgregazione, sia pur solo temporanea, di tutto il funzionamento mentale del soggetto, con perdita dei legami tra i vari aspetti della sua psiche, con disturbi della memoria, derealizzazione, depersonalizzazione, fenomeni allucinatori e deliranti e altre caratteristiche proprie dell’episodio psicotico acuto. Nel Borderline l’episodio dissociativo è di tipo psicotico acuto paranoideo (BRAY A., *Moral responsibility and borderline personality disorder*, Australian a. New Zealand J. Psychiatr, 37, 270-276, 2003.).

DISTURBO DI PERSONALITÀ

L'immagine del proprio Sé è stabile; è mantenuta l'unitarietà dell'Io; vengono utilizzati prevalentemente meccanismi difensivi di tipo secondario (in particolare: rimozione e proiezione); sono assenti: comportamenti autodistruttivi, impulsività, gravi oscillazioni dell'umore in senso disforico-depressivo, sentimenti cronici di vuoto, rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia; così pure sono assenti quel tipico atteggiamento bisognoso e quella tipica mancanza di stencità proprie del funzionamento *borderline* di personalità; mancano sentimenti di colpa, di respiscenza e di rimorso; il soggetto è persona incapace di stabilire una relazione con l'Altro; il comportamento è organizzato e finalisticamente orientato.

DISTURBO GRAVE DI PERSONALITÀ

Esso è caratterizzato dal funzionamento Borderline di Personalità con *alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale* (esplosioni di rabbia, intensa disforia, grave instabilità affettiva e relazionale con tendenza ad avere legami fusionali e a mantenere relazioni simbiotiche, timore dell'abbandono con depressione anaclitica, incapacità di affrontare gli stress), *disturbi dell'identità* (diffusione e assenza di una chiara identificazione con incapacità di reggere, organizzare ed elaborare la solitudine e di stare con se stessi), *ricorso prevalente se non esclusivo all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa* (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego), *alterazioni transitorie del sentimento di realtà* (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé; sentimenti di angoscia panica; comportamenti bizzarri e incongrui) o *dell'esame di realtà*, (ideazione paranoide, gravi compromissione del tono dell'umore, comportamenti bizzarri e incongrui).

DISTURBO PSICOTICO

E' caratterizzato dalla *compromissione dell'esame di realtà* (deliri e allucinazioni, disturbi gravi dell'umore, disturbi cognitivi), *ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa* (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego), *autismo* con alterazioni gravi dell'affettività contatto, impulsività incontrollata, comportamento disorganizzato e/o bizzarro e da *altri disturbi psicotici o acuti o cronici*.

6. La valutazione psichiatrico forense del Disturbo Grave di Personalità.

L'Organizzazione Borderline di Personalità, intesa *non* come quadro nosografico, ma come tipo particolare di funzionamento psicopatologico proprio di un Disturbo di Personalità comunque classificato, in determinati contesti di vita, può tradursi in scompensi comportamentali comprensivi anche di reati-sintomo, nei limiti e nell'accezione ristretta che si deve riservare a questa nozione medico-legale.

Senza questo passaggio dalla nosografia alla dinamica, dal modello descrittivo a quello comprensivo, dalla rilevazione di sintomi e comportamenti all'analisi del funzionamento e dell'organizzazione non è possibile cogliere la rilevanza clinica e psichiatrico-forense di questo discorso che non dà per scontata l'esistenza di un parallelismo obbligato tra diagnosi e valore di malattia, sia in un *setting* clinico-terapeutico, sia a livello di valutazione peritale⁴. Al di là di ogni tipo di categorizzazione, è indispensabile, infatti, porre una chiara e netta distinzione tra

dimensione categoriale e dimensione funzionale del Disturbo Mentale.

In psichiatria forense la diagnosi rappresenta una tappa imprescindibile, ma non terminale del ragionamento medico legale. Essa rappresenta il momento statico della perizia, la costruzione di una casella alfanumerica indispensabile, in cui però il soggetto viene pietrificato e cristallizzato in una dimensione non dialettica, privato com'è della complessa drammaticità esistenziale che caratterizza ogni percorso di vita. Quest'ultima operazione si rivela invece come imprescindibile se si vuole pervenire a una corretta valutazione psichiatrico forense che certamente non ha il potere e il mandato di accertare la verità storica o quella processuale, ma ha il compito di esplorare questa (rigorosamente ancorata al momento in cui viene affidato il compito peritale) attraverso un corretto approccio clinico.

In un sistema non bifasico come quello attuale la nostra valutazione clinica è relativa a una verità processuale non ancora consolidata, perché la perizia viene disposta "in itinere". Pertanto quando i dati anamnestici, clinici e di accertamento diagnostico di cui si è venuti in possesso fino al momento in cui è stato disposto l'accertamento peritale non consentono di ricostruire criminogenesi e criminodinamica del reato addebitato al periziando perché non ammesso o non adeguatamente chiarito nei suoi passaggi o comunque solo parzialmente ricostruito, *non si deve rispondere* al quesito relativo alle condizioni di mente riferite al fatto per cui il periziando è indagato.

Come è già stato ampiamente esposto in precedenti lavori⁵ non è la dimensione categoriale (la diagnosi) bensì quella funzionale (la criminogenesi e la criminodinamica) quella che aiuta a ricostruire e comprendere lo stato di mente di un autore (o di una vittima) di reato.

Dal momento che però questo modello di lettura consentirebbe di sostenere che qualsiasi funzionamento "alterato" può essere inteso come "patologico", di conferire quindi "valore di malattia" all'atto che esclude o scema grandemente l'imputabilità dell'autore di reato, è chiaro

⁴ Si veda, tra l'altro, l'ottimo contributo di Zavatti e Barbieri (Zavatti P., Barbieri C., *La c.d. "personalità antisociale" in psicopatologia forense: un discorso sul metodo?*, Rass. It. Crim., XI/2, 2000, 291-313) che sottolineano tutti questi aspetti e ancora una volta l'opportunità di potenziare, in ambito psichiatrico-forense, la dimensione clinica.

⁵ Coda S., *Stati emotivi o passionali: un contributo clinico*, Rivista italiana di medicina legale, XXII/1, 169-191, 2000; Coda S., *Dinamica di un omicidio: il contributo della psicologia*, Rivista Italiana di Medicina Legale, XXIII/2, 369-385, 2001; Fornari U., Coda S., *Imputabilità e pericolosità sociale: nuove prospettive nella valutazione forense*, Relazione tenuta al Convegno di Studi "Verso un Codice Penale modello per l'Europa", Foggia, 10-11 novembre 2000; Cedam, Padova, 2002, p. 51-61.

che il (mal)funzionamento psichico deve essere riportato a una dimensione psicopatologica alterata e attribuita ad un disturbo mentale codificato (= insieme di sintomi e di segni psicopatologici classificati), in funzione del quale il reato agito o subito assume “valore di malattia”, o, meglio, “significato di infermità”.

Nei casi in cui il funzionamento “alterato” non faccia parte di una categoria psichiatrica convenzionalmente stabilita, e quindi non rientri in un Disturbo Psicotico o in un Disturbo Grave di Personalità, il discorso si limita a esplorare criminogenesi e criminodinamica, collocando ogni tipo di valutazione al di fuori di quel “valore di malattia” attribuibile all’atto agito o subito.

Ad esempio: rabbia eccessiva e inappropriata (rivolta contro se stessa e/o contro altri) isolamento, scontroosità, (*alterazioni del funzionamento comportamentale, alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale*) e instabilità dell’umore costituiscono tratti propri del Disturbo Borderline di Personalità, di per se non sufficienti per determinarne la gravità quando sono assenti tutti gli altri tratti qualificanti, quali

disturbi dell'identità (diffusione e assenza di una chiara identificazione con incapacità di reggere, organizzare ed elaborare la solitudine e di stare con se stessi), *alterazioni tipiche del sentimento di realtà* (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé; vissuti di angoscia panica; comportamenti bizzarri e incongrui), *ricorso esclusivo all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa* (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego).

Ma ancor più la rilevanza psichiatrico forense del Disturbo Grave di Personalità è nulla quando, al momento del e in riferimento al fatto reato, sono assenti quelle manifestazioni di “diffusione dell’identità” (= sensazione difettosa del Sé interiorizzato) fino alla “perdita di identità” che spesso esitano in esperienze psicotiche (=slittamenti psicotici o esperienze psicotiche) e in correlati agiti psicotici in cui sono gravemente alterati o *il sentimento di realtà* (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé, irruzione di uno stato di ansietà pervasiva e di angoscia panica, messa in azione di meccanismi difensivi primari, comportamento ampiamente disorganizzato) o *l’esame di realtà* (comparsa di sintomi positivi, quali deliri e allucinazioni, alterazioni dello stato di coscienza, disturbi gravi dell’umore e condotte disorganizzate, bizzarre, incongrue).

La distinzione tra questi quadri è molto importante in ambito forense, dal momento che – e ci ripetiamo- il “valore di malattia” a un atto agito o subito non si correla semplicisticamente e un Disturbo sia pur Grave di Personalità o a un Disturbo Psicotico, bensì al *sottostante funzionamento psicopatologico in fase di scompenso* (il *quid novi* e il *quid pluris*).

Infatti, *in ambito di valutazione forense*, è necessario che l'atto violento e distruttivo (di ciò si tratta quasi sempre) rappresenti quel "*quid novi*" o quel "*quid pluris*" (non come agito, evidentemente, ma come espressione di alterazione funzionale patologica) di cui si è già parlato e che integra la nozione di scompensazione funzionale psicotico (=gli scivolamenti psicotici), dal momento che il semplice Disturbo di Personalità (*grave o meno che sia*), come tale, individua una storia di vita e un percorso clinico in cui occorre cogliere di volta in volta il "valore di malattia" dei relativi agiti che possono riguardare aspetti diversi del comportamento (condotte sessuali, appetitive, lavorative, relazionali, e altro).

Il funzionamento patologico psichico da cui discende la gravità del reato deve in questi casi essere messo a confronto con il *comportamento tenuto prima, durante e dopo il reato*. Tanto più grave è la compromissione patologica psichica, meno strutturate le difese, più diffusa l'identità e compromesso l'esame di realtà, tanto più compromessa sarà l'autonomia funzionale dell'Io, incoordinato e non pianificato il passaggio all'atto, sia nelle premesse, sia nel suo estrinsecarsi, sia nella condotta immediatamente successiva: e viceversa.

In sintesi:

- la presenza nell'autore di reato di tratti o disturbi nevrotici o psicopatici (tutti ricompresi nel capitolo dei Disturbi di Personalità) che si sono tradotti in passaggi all'atto pietrificati e congelati, in manifestazioni finalizzate, egosintoniche e strutturate secondo una lucida, ancorché perversa progettualità criminale, è incompatibile con un vizio di mente;
- tanto più grave è invece la compromissione patologica psichica, meno strutturate le difese, più diffusa l'identità e compromesso l'esame di realtà (gli scivolamenti psicotici), tanto più incoordinato e non pianificato sarà il passaggio all'atto, sia nelle premesse, sia nel suo estrinsecarsi, sia nella condotta immediatamente successiva;
- il funzionamento patologico psichico da cui discende la gravità sintomatologica del reato deve in questi casi essere messo a confronto con il comportamento tenuto dal soggetto prima, durante e dopo il reato (delitto organizzato o disorganizzato, psicopatico o psicotico).

Il “valore di malattia” o il “significato di infermità” del reato è legato alla presenza dei seguenti indicatori:

- ★ fattori stressanti che precedono lo scompenso;
- ★ frattura rispetto allo stile di vita abituale;
- ★ evidente sproporzione della reazione (il “quid novi” e il “quid pluris”);
- ★ compromissione dello stato di coscienza e presenza di dismnesia;
 - ★ disturbi della percezione;
 - ★ idee deliranti non organizzate;
- ★ gravi turbe dell’affettività e del tono timico;
- ★ comportamento disorganizzato.

Il problema clinico e la conseguente valutazione psichiatrico forense di un Disturbo Grave di Personalità (per quanto complesso esso sia), è quello di documentare, alla luce della storia clinica, delle risultanze delle indagini psicodiagnostiche, delle modalità che hanno preceduto, accompagnato e seguito il delitto, se il Disturbo si è (o meno) manifestato in maniera qualitativamente o quantitativamente sufficiente per conferire “valore di malattia” al reato commesso. In altre parole, anche in presenza di un disturbo di personalità grave e serio, se la genesi (progettazione) e la dinamica (esecuzione) del comportamento criminale indicano che -nello svolgimento complessivo e nel resoconto retrospettivo dello stesso- l’autore ha conservato e conserva, sostanzialmente indenni le aree funzionali del suo Io preposte alla comprensione del significato del suo atto e delle conseguenze dello stesso (funzioni percettivo-memorizzative, organizzative, previsionali, decisionali ed esecutive) non si può concludere nel senso dell’esistenza di un vizio di mente.

7. Alcune riflessioni conclusive

I punti “forti” della sentenza commentata sono dunque qui di seguito così sintetizzabili:

- anche ai disturbi della personalità può essere attribuita una attitudine, scientificamente condivisa, a proporsi come causa idonea ad escludere o grandemente scemare in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente;
- il nesso eziologico fra infermità e reato viene assunto a requisito della non imputabilità;
- i disturbi o anomalie della personalità possono acquisire rilevanza solo ove siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere, compromettendola del tutto o grandemente scemandola; devono quindi essere gravi ed essere idonei a determinare una situazione di assetto psichico incontrollabile e ingestibile *tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi;*

al proposito, viene fatto riferimento ai vari schemi di disegno di legge e ai progetti preliminari di riforma del codice penale, in particolare a quelli Grosso ⁶ e Nordio ⁷ con richiami a diverse sentenze;

- non possono avere rilievo anomalie caratteriali, disarmonie della personalità, deviazioni del carattere e del sentimento che non si rivestano delle connotazioni testé indicate; né di norma possono assumere rilievo alcuno gli stati emotivi e passionali, salvo che essi si inseriscano in un più ampio quadro di infermità avente le connotazioni sopra indicate;
- qualunque disturbo mentale è elemento condizionante della condotta, ma deve essere grave per rilevare sulla imputabilità.

⁶ Progetto preliminare di riforma del codice penale. Testo del 26 maggio 2001 approvato dalla Commissione Ministeriale per la Riforma del codice penale presieduta dal prof. Carlo Federico Grosso: Titolo IV – Non imputabilità e capacità ridotta. Capo I. Non imputabilità. Art. 94 – *Non imputabilità per infermità*- 1. “Non è imputabile chi, *per infermità o per altro grave disturbo della personalità*, ovvero per ubriachezza o intossicazione da sostanze stupefacenti, nel momento in cui ha commesso il fatto era in condizioni di mente tali da escludere la possibilità di comprendere il significato del fatto o di agire in conformità a tale valutazione (Omissis)”.

⁷ Progetto del codice penale del 2004 (c.d. progetto Nordio dal nome del presidente della Commissione per la riforma del codice penale insediata l’8 febbraio 2002 e prorogata fino al 30 giugno 2005. Di tale progetto è possibile conoscere, allo stato, solo il suo testo provvisorio e non ufficiale, in cui si prevede, all’art. 48 che “nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato se nel momento della condotta costitutiva non aveva, per infermità, la capacità di intendere e di volere, sempre che il fatto sia stato condizionato dalla incapacità. Agli effetti della legge penale la capacità di intendere e di volere è intesa come possibilità di comprendere il significato del fatto e di agire in conformità a tale valutazione”.