

Ernesto Venturini,
Domenico Casagrande e
Lorenzo Toresini

Il folle reato

Il rapporto tra la responsabilità
dello psichiatra
e la imputabilità del paziente

Saggi e studi

FrancoAngeli

PSICOLOGIA

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Ernesto Venturini,
Domenico Casagrande e
Lorenzo Toresini

Il folle reato

Il rapporto tra la responsabilità
dello psichiatra
e la imputabilità del paziente

FrancoAngeli

PSICOLOGIA

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Ristampa

Anno

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota od in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO

(www.aidro.org, e-mail segreteria@aidro.org).

Stampa: Global Print s.r.l., Via degli Abeti n. 17/1, 20064 Gorgonzola (MI)

Indice

Introduzione , di <i>Ernesto Venturini</i>	pag.	9
1. Il problema , di <i>Ernesto Venturini</i>	»	15
1. L'incipit	»	15
2. L'incidente	»	20
3. Il concorso colposo nel delitto doloso	»	22
2. L'incidente di Imola , di <i>Ernesto Venturini</i>	»	28
1. Il fatto (24 maggio 2000)	»	28
2. Le perizie	»	60
3. Le sentenze	»	77
4. Il procedimento civile	»	91
3. L'incidente di Gorizia , di <i>Domenico Casagrande</i>	»	104
1. Il fatto (26 settembre 1968)	»	104
2. Le perizie psichiatriche	»	107
3. Le sentenze	»	119
4. Considerazioni sull'incidente di Gorizia	»	122
4. Il primo incidente di Trieste , di <i>Lorenzo Toresini</i>	»	129
1. Il fatto (10 giugno 1972)	»	129
2. Le sentenze	»	130
3. Considerazioni sul primo caso Trieste	»	131
5. Il secondo incidente di Trieste , di <i>Lorenzo Toresini</i>	»	137
1. Il fatto (29 giugno 1977)	»	137
2. La perizia	»	139
3. Le sentenze	»	140
4. Considerazioni sul secondo caso Trieste	»	142

6. Le questioni, di Ernesto Venturini	pag.	146
1. La perizia psichiatrica	»	146
2. La violenza in psichiatria e la nozione di pericolosità sociale	»	153
3. Il nodo gordiano dell'ospedale psichiatrico giudiziario	»	156
4. La responsabilità civile e penale del medico	»	161
7. I documenti	»	170
1. Attestati di solidarietà nei confronti di Franco Basaglia e Antonio Slavich, di <i>Domenico Casagrande e Ernesto Venturini</i>	»	170
2. Prospettive di riforma dell'imputabilità e del relativo trattamento sanzionatorio, di <i>Francesco Maisto</i>	»	186
8. Conclusioni, di Ernesto Venturini	»	197
1. Le sentenze	»	197
2. L'errore professionale	»	199
3. L'incidente	»	201
4. L'imputazione di omicidio colposo in delitto doloso e la posizione di garanzia	»	203
5. Una sentenza discutibile	»	206
6. La voce assente	»	207
Gli annessi		
1. Le sentenze del processo Miklus	»	211
2. Le sentenze del processo Savarin	»	224
3. Le sentenze del processo Trani	»	233
4. La sentenza della Cassazione, Sezione IV Penale, 11 marzo 2008, n. 10795	»	246
5. Documento della Commissione congiunta delle Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria	»	272
6. La gestione del rischio clinico	»	281
Postfazione, di Alessandro Margara	»	289
Bibliografia	»	293

*“Il fiore della mia vita sarebbe sbocciato d’ogni lato
se un vento crudele non avesse appassito i miei petali
dal lato che vedevate voi del villaggio.
Dalla polvere levo la mia protesta:
il mio lato in fiore voi non lo vedeste!
Voi, i vivi, siete davvero degli sciocchi
e non sapete le vie del vento
e le forze invisibili
che governano i processi della vita”.*

(dalla “Antologia di Spoon River” di Edgar Lee Masters)

Dedicato a
Alberto, Ateo, Caterina, Fabio, Giordano, Giovanni S.,
Giovanni M., Maria Letizia, Milena

Introduzione

di Ernesto Venturini¹

Il tema della violenza in psichiatria, della responsabilità dei curanti e della imputabilità del folle, responsabile di reato, costituiscono un nodo complicato e complesso nel diritto e nella cura. L'argomento è oggetto di vivaci dibattiti e le sentenze della magistratura evidenziano le incertezze con cui il tema di volta in volta viene affrontato. Malgrado l'ampio consenso che ha accompagnato la "rivoluzione basagliana", il nodo dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario stenta a trovare una soluzione. E se il tema della imputabilità del folle e quello delle misure di sicurezza per pericolosità sociale non trovano ancora una formulazione consona al nuovo paradigma psichiatrico, dobbiamo convenire che ragioni difficili e irrisolte sottendono queste problematiche.

Ho pensato che, confrontando le modalità con le quali sono stati affrontati, nell'arco di quarant'anni circa, alcuni emblematici episodi delittuosi, sia possibile capire come si sia modificata nel tempo l'idea della pericolosità del folle e soprattutto quale sia il pensiero delle istituzioni deputate alla gestione del reato: la magistratura, la psichiatria, la psichiatria forense. Ho scelto quattro episodi legati ad alcune tra le esperienze più radicali di de-istituzionalizzazione, perché in questo ambito è possibile verificare con più efficacia se la sfida lanciata alla psichiatria tradizionale abbia conseguito i suoi risultati. I quattro episodi riguardano l'accusa a psichiatri di concorso colposo in delitto doloso, commesso dai propri pazienti, e si sviluppano secondo una successione cronologica, che ripercorre l'iter della riforma psichiatrica: all'inizio del processo di de-istituzionalizzazione (nel 1968, a Gorizia), durante il suo sviluppo (nel 1971 e nel 1977, a Trieste), in epoca recente (nel 2000, a Imola). L'episodio di Gorizia è presentato da Domenico Casagrande, psichiatra, collaboratore di Franco Basaglia all'epoca dell'incidente e poi direttore dello stesso Ospedale Psichiatrico di Gorizia. Casa-

¹ Ernesto Venturini gof9013@iperbole.bologna.it.

grande arricchisce la ricostruzione con materiale inedito – le perizie e le sentenze del processo e alcune lettere di sostegno indirizzate a Franco Basaglia. Lorenzo Toresini, anche lui psichiatra, descrive invece due eventi luttuosi occorsi a Trieste durante il periodo del superamento dell’Ospedale Psichiatrico. Imputato in uno dei due casi, Toresini ha scritto sull’argomento un prezioso libro, “La testa tagliata”. Dell’incidente di Imola parlo io direttamente, avvalendomi di una ampia documentazione processuale. All’epoca dei fatti rivestivo la carica di direttore del Dipartimento di Salute Mentale.

Francesco Maisto, presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna, affronta, con particolare competenza e chiarezza, il tema della riforma dell’imputabilità e del relativo trattamento sanzionatorio, tenendo conto delle più recenti proposte di modifica del codice penale. Nel capitolo “Gli Annessi” ho riportato la dichiarazione della Commissione congiunta delle Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria, che nel 2005 ha sottoposto al dottor Nordio, allora estensore di un progetto di riforma del codice penale, la posizione delle Società su alcune problematiche psichiatrico-forensi. La Commissione affronta il tema della “capacità di intendere e volere” e del vizio parziale di mente, ritiene opportuna la formulazioni di “anomalie o disturbi della personalità” e la conservazione della dizione di “infermità”; affronta il tema della non imputabilità per minore età, del trattamento dei soggetti non imputabili e quello della intossicazione acuta e cronica da sostanza alcoliche o stupefacenti. Sempre nel capitolo de “Gli Annessi” ho allegato un documento sul “Risk Management in Sanità”, in quanto mi è sembrato opportuno trattare anche il tema dell’errore medico. Il documento è stato compilato dalla Commissione Tecnica sul Rischio Clinico del Ministero della Salute. Il libro si conclude infine con una postfazione a opera di Alessandro Margara. Già direttore del Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria e magistrato di sorveglianza al Tribunale di Firenze, Margara è attualmente presidente della Fondazione Giovanni Michelucci. Il suo impegno per il miglioramento della condizione carceraria e per il superamento dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario è ampiamente conosciuto e apprezzato.

Mi sono chiesto se il confronto delle sentenze riguardante i quattro episodi evidenzia una coerenza o una disparità di giudizi e, in questo secondo caso, se ci si trovi di fronte a una evoluzione o una involuzione dei principi della riforma psichiatrica. Mi è sembrato opportuno capire quale sia il ruolo svolto dalla psichiatria forense nella formulazione del giudizio penale e mettere in luce gli influssi che le mutate condizioni politiche-sociali esercitano sul pensiero giuridico. Verranno esaminate le perizie, non per rivolgere critiche a colleghi, di cui si riconosce la correttezza e la professionalità,

ma per tentare di sviluppare, partendo dal materiale prodotto, letture diverse a quelle tradizionalmente sostenute dagli esperti. Si tratta di porre a confronto metodologie, che si fondano su diverse visioni della malattia mentale. In questa prospettiva merita naturalmente una preoccupante attenzione la sentenza della Cassazione (IV Sezione, 14/11/2007), riguardante la condanna per “omicidio colposo” di uno psichiatra, in ragione del delitto doloso, commesso da un suo paziente. Questa sentenza sembra rappresentare uno strappo rispetto alla tradizione giurisprudenziale e, secondo alcuni, raffigurerebbe un vero attacco alla legge di riforma psichiatrica, poiché reintrodurrebbe la logica della custodia rispetto alle esigenze di cura. In ogni caso la sentenza richiede una approfondita riflessione su la “posizione di garanzia” verso terzi e rende opportuno riconsiderare, accanto alla responsabilità penale dei curanti, anche la pericolosità del paziente psichiatrico e la più complessiva problematica della imputabilità del folle. È quanto ho cercato di fare nel capitolo delle “Questioni” di questo libro. Coloro che non hanno dimestichezza con il linguaggio giuridico potranno trovare faticosa la lettura di alcuni brani dove abbondano i riferimenti a norme, leggi e sentenze. Altri invece potranno trovare incompleti tali riferimenti, ritenere che siano stati trattati in modo dilettantistico e arricciare il naso per un linguaggio un po’ troppo disinvolto. Hanno ragione entrambi, perché questa è forse la inevitabile conseguenza di ogni tentativo che cerchi di porre a confronto mondi diversi e linguaggi specializzati. In ogni caso è mia intenzione privilegiare – come direbbe Maisto – il *factum*, rispetto al *dictum*, dare rilevanza all’impatto che concetti come “pericolosità sociale”, “non-imputabilità”, ma anche “omicidio colposo” hanno sul destino delle persone, evidenziare la distanza tra le formule del diritto e della psichiatria e la realtà della vita.

Sono spinto a trattare questo argomento però anche da un’altra motivazione, più complessa e in qualche modo intrigante. Rimango sempre colpito, specialmente in questi anni, da come si vengono dipanando nel tempo alcuni processi “mediatici”, dalla fase delle indagini fino a quella della sentenza. È ormai consuetudine constatare come l’utilizzo delle perizie, invece di chiarire i fatti e portare a conclusioni certe, tenda invece al suo effetto opposto: gli avvenimenti si complicano e ci si trova sempre più lontani dalla verità. Il paradosso è che non ci troviamo di fronte a un deficit di conoscenze, ma esattamente al suo contrario: ci troviamo di fronte a un eccesso di verità. Troppe verità confondono, e si badi bene non parlo di false o parziali verità, parlo di “vere” verità. Questa riflessione è particolarmente evidente in una delle situazioni trattata in questo libro, quella riguardante la vicenda di Imola. Il mio interesse, in questo caso, scaturisce, senza dubbio, dal mio coinvolgimento personale: sono parte in causa dell’evento, in quan-

to direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Imola all'epoca dei fatti. La de-istituzionalizzazione svolta a Imola costituisce una parte rilevante della mia vita, professionale e non solo. Ma costituisce anche l'esito di un processo di grande rilevanza scientifica ed etica portato a termine con eccezionale impegno e grande entusiasmo da tanti operatori, medici, infermieri ed educatori. Ebbene il modo con il quale questa esperienza è stata descritta negli atti processuali non rende merito a questa "verità": altre "verità", alcune rispettabili e altre meno, sono state poste in primo piano, rischiando, senza un contraddittorio, di essere assolutizzate e ingenerando confusione e incertezza.

Quando rifletto, ad esempio, sulle modalità con le quali i giudizi dei periti sono stati elaborati, rimango colpito dalla rilevanza che possono avere, nella ricostruzione giudiziaria, piccoli eventi o piccole mancanze. Constatato come sfumature, omissioni, interpretazioni fatte da diverse angolature possano portare a considerazioni molto distanti le une dalle altre. Mi si ripropone in qualche modo – e ho pudore a dichiarare un tema così complesso – il problema della indagine critica intorno alla conoscenza, quella che i filosofi chiamano epistemologia. Sono affascinato da questa problematica, nei confronti della quale mi considero un dilettante, anche se il metodo della ricostruzione degli eventi, in qualche modo, dovrebbe appartenermi. La diagnosi costituisce infatti uno dei momenti centrali della professione medica. Il medico deve interpretare i segni, deve, come un *detective*, rilevare le tracce, rappresentate dai sintomi, deve ascoltare, osservare e arrivare alla conclusione diagnostica. Inoltre la discussione dei casi, come ben sanno tutti coloro che svolgono il mio lavoro, si fonda sulla indagine, sulla formulazione di ipotesi, sulla ricerca di "prove" e costituisce uno dei momenti formativi più importanti della professione dello psichiatra. Rappresenta una sorta di conoscenza "infinita", perché non esiste mai un termine alla conoscenza del comportamento umano: in ogni discussione c'è sempre qualche cosa di nuovo e di originale da scoprire, a seconda delle persone e dell'epoca nel quale viene trattato l'argomento. Quando poi questo momento viene condotto da un supervisore particolarmente competente, si prova quasi sempre una emozionante sensazione di "rivelazione" della verità. I tempi rallentati e dilatati dell'analisi permettono di percepire la realtà di persone e di cose, abitualmente nascoste. Sorge tuttavia un problema: poter esaminare "a freddo" un evento o una storia, analizzare ogni particolare con una lente di ingrandimento, spostando ora in avanti ora indietro il focus dell'attenzione, evidenzia come ciò che definiamo il reale sia solo una delle tante, delle infinite possibilità della esistenza. Se cristallizziamo gli avvenimenti della vita nella immobilità dell'analisi, gli avvenimenti finiscono per acquistare una profondità epifanica, fatta di infiniti meriti, ma anche di infiniti

errori. Il succedersi naturale degli eventi, in qualche modo, nasconde o risolve gli errori, mentre una analisi parcellare, fuori dal tempo, impietosamente può rivelarci tutti i nostri errori, anche quelli di cui abitualmente non siamo coscienti. È per questa ragione che le organizzazioni fondate sull'elemento umano, come l'organizzazione della cura e dell'assistenza al malato, si caratterizzano sempre per la loro estrema opinabilità e relatività. Ecco allora perché le analisi di questo libro possono assimilarsi a una sorta di discussione dei casi, cercando di corrispondere al dovere primario della professione medica: quello di partecipare l'esperienza dell'errore, per evitare che l'errore continui a riprodursi.

Ancora una ultima considerazione. Nel caso di un processo giudiziario per il reato di un folle, sono coinvolti ambiti di lettura dei fatti delittuosi tra loro diversi: oltre all'ottica degli psichiatri, c'è quella dei periti-psichiatri, c'è quella dei criminologi, quella dei magistrati e c'è poi quella degli avvocati. Apparentemente simili, queste ottiche sottendono però metodologie e scopi diversi. Mentre l'ottica del clinico, ad esempio, si interessa dell'errore umano o organizzativo, l'ottica del giurista ricerca la colpa dell'individuo o degli individui. Mentre la clinica – e la psichiatria “liberata” dalla legge di riforma – si propone l'interesse del paziente, la psichiatria tradizionale, purtroppo così fortemente rimessa in campo dalle inadempienze dei politici e dal sentimento di insicurezza sociale, oggi così diffuso, ripropone l'interesse dei terzi, i bisogni dei “normali” in alternativa ai bisogni dei diversi, ripropone il controllo sociale dei folli. In sostanza ci si ripropone ancora una volta un quesito che Franco Basaglia si poneva e ci poneva nel 1967, un quesito che sembrava risolto e che invece rimane ancora aperto: che cosa è la psichiatria?

1. Il problema

di Ernesto Venturini

1. L'incipit

Io Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello, e volendo far conoscere quali sono i motivi che mi hanno condotto a quest'azione, ho scritto tutta la vita che mio padre e mia madre hanno condotto insieme durante il loro matrimonio.

La voce del giovane commissario, inizialmente incerta e velata, cresce in sicurezza man mano che continua la lettura del brano che gli ho assegnato. L'incipit della memoria di Pierre Rivière ottiene il risultato che mi aspetto: c'è un silenzio profondo nell'aula dell'università, si percepisce una tensione coinvolgente. Sono solito concludere la mia lezione al master in criminologia e psichiatria forense con questa lettura, tratta dal celebre libro di Michel Foucault.

Dirò come mi sono risolto a commettere questo crimine, quel che pensavo allora e qual era la mia intenzione, dirò anche qual era la vita che conducevo tra la gente, dirò quel che mi passò nella mente dopo aver fatto questa azione, la vita che ho condotto e i posti dove sono stato dopo questo crimine fino al mio arresto e quali furono le risoluzioni che presi. Tutto questo lavoro sarà stilato molto grossolanamente, poiché non so che leggere e scrivere; ma purché si intenda quel che voglio dire, è questo che chiedo, e ho tutto redatto il meglio che posso.

Ho compilato cinque dattiloscritti e ho assegnato le parti: oltre a Pierre, c'è la voce narrante, ci sono poi il dottor Bouchard, il dottor Vastel e infine il prof. Esquirol. I nostri attori si alternano nella lettura.

In giovane età, cioè verso i sette o gli otto anni, – continua Pierre Rivière nella sua memoria – ebbi una grande devozione. Mi ritiravo in disparte per pregare dio; pensavo che sarei stato prete e mio padre diceva che mi ci avrebbe fatto arrivare. Più tardi le mie idee cambiarono, pensavo che sarei stato come gli altri. Pur tutta-

via mostravo delle singolarità. I miei compagni di scuola se ne accorgevano e si burlavano di me, attribuivo il loro disprezzo a qualche grulleria che pensavo di aver fatto fin dagli inizi, e che secondo me m'aveva screditato per sempre... A quell'epoca e prima ero divorato da idee di grandezza e d'immortalità, mi stimavo ben più degli altri, e ho avuto vergogna di dirlo sinora, pensavo che mi sarei innalzato al di sopra del mio stato... Malgrado questi desideri di gloria che avevo, amavo molto mio padre, le sue disgrazie mi toccavano sensibilmente. L'abbattimento in cui lo vidi immerso gli ultimi tempi, la sua tristezza, le pene continue che pativa, tutto questo mi toccò vivamente.

Nella prima parte della lezione, durante il dibattito, sempre appassionato, che accompagna il tema della pericolosità sociale del malato di mente, pensavo a chi attribuire le parti. Gli iscritti al master rappresentano un campione molto eterogeneo: ci sono avvocati, psichiatri forensi, ma anche funzionari pubblici, assistenti sociali, giornalisti. Non è facile trovare un linguaggio comune. Nessuno dei presenti però conosceva questo testo. Ho cercato allora di sintetizzare, attraverso una recita, lo straordinario studio di Foucault. Attorno a questo caso di parricidio, Foucault ha descritto la strategia degli apparati statali e scientifici francesi volti a ispirare la riforma legislativa del 1838, la prima legge di uno stato europeo sulla psichiatria; legge che sarà promulgata a tre anni di distanza dall'evento qui descritto.

Si trattava d'un processo – spiega Foucault – d'un avvenimento intorno al quale e a proposito del quale sono venuti ad incrociarsi discorsi di origine, di forma, di funzioni diverse: quello del giudice di pace, del procuratore, del presidente della Assise, del ministro della Giustizia; quello del medico di campagna, quello degli abitanti del villaggio con il loro sindaco e il loro parroco, quello infine dell'omicida... Io credo – prosegue Foucault – che se abbiamo deciso di pubblicare questi documenti è per far emergere in qualche modo il piano di queste lotte diverse, restituire questi scontri e queste battaglie... Documenti come quelli del processo Rivière devono permettere di analizzare la formazione e il gioco di un sapere (come quello della medicina, della psichiatria, della psicopatologia) nei suoi rapporti con certe istituzioni e i ruoli che vi sono stabiliti (come l'istituzione giudiziaria, con l'esperto, l'imputato, il pazzo criminale, ecc.). Essi permettono di decifrare le relazioni di potere, di dominio e di lotta, all'interno delle quali i discorsi vengono a stabilirsi e funzionano; permettono dunque un'analisi del discorso (e anche dei discorsi scientifici) che sia, insieme, legata all'avvenimento e politica, dunque strategica. Vi si può infine cogliere il potere di disturbo proprio di un discorso come quello di Rivière e l'insieme delle tattiche attraverso le quali si cerca di coprirlo, di inserirlo e di dargli uno statuto come discorso d'un pazzo o d'un criminale.

Ora i miei improvvisati attori ci portano dentro l'atmosfera del tribunale di Caen. L'assistente sociale che impersonifica il dottor Bouchard, membro

dell'Accademia reale di medicina di Parigi, sta concludendo la sua perizia dinanzi ai giurati:

Dotato d'un temperamento bilioso e malinconico, spesso testimone delle liti dei suoi genitori, Rivière ha vivamente risentito le sventure di suo padre... Nella solitudine ha concepito l'idea del crimine; nella solitudine è andato a ritemprarsi prima di portare su sua madre una mano parricida. Pierre Rivière non è monomane, poiché non delira su un solo ed unico oggetto; non è maniaco poiché non si trova in uno stato abituale di agitazione; non è idiota poiché ha scritto una Memoria piena di senso; infine, non è demente, come è facile constatare. Dunque Pierre Rivière non è pazzo!

La giovane assistente guarda i colleghi del corso posti davanti a lei a semicerchio: la perizia, che ha appena esposto, esprime il grado di una scienza psichiatrica che è incapace di capire il folle, abbandonandolo all'istanza repressiva della giustizia, condannandolo alla ghigliottina. Adesso è la volta del dottor Vastel:

Illuminato da diversi documenti e da ciò che potevo osservare io stesso, ben presto acquisii la piena e profonda convinzione che la mente di Rivière non era sana, e che l'atto che passava agli occhi del pubblico ministero per un orribile crimine, non era che il deplorabile risultato di una vera e propria alienazione mentale... Le ragioni che hanno determinato la mia convinzione e che sono servite di base al mio giudizio sono tratte dall'aspetto esteriore, dai modi di Rivière, dalla sua origine e dalla sua parentela, dallo stato delle sue facoltà mentali fin dall'infanzia, dalla natura stessa dell'atto ch'egli ha commesso e dalle circostanze che l'hanno accompagnato... La società ha il diritto di chiedere, non la punizione di quest'infelice, poiché senza libertà morale non può esserci colpevolezza, ma il suo sequestro con provvedimento amministrativo, come il solo mezzo che possa rassicurarla circa le azioni ulteriori di questo alienato.

La sua perizia contrasta le conclusioni del collega, ma usa una semiologia psichiatrica e un linguaggio un po' primitivo; non riesce, in un modo convincente, a inscrivere nell'ambito medico la problematica dei folli criminali. Il giovane avvocato, che rappresenta la voce narrante, descrive, subito dopo, l'arringa piena di convinzione dell'avvocato difensore, delinea l'incertezza e l'attesa della popolazione di Aunay, manifesta lo sconcerto dinanzi al verdetto di colpevolezza di Pierre Rivière e alla sua condanna alla ghigliottina. Il crimine nella sua efferatezza sembra decisamente l'opera di un folle, ma lo scritto di Pierre Rivière ha confuso tutto. La memoria non è opera di un mostro, rivela al contrario una straordinaria sensibilità e lucidità; proprio per queste ragioni è inaccettabile l'idea della ghigliottina. Anche tra il nostro pubblico di studenti c'è sconcerto: si interrompe la lettura,

si fanno commenti, c'è chi si alza in piedi nervosamente. I giurati della Corte di Assise di Caen cercano di riparare e formulano al re una domanda di commutazione della pena. «Ecco, adesso devi intervenire tu – incoraggio la giovane guardia carceraria che sta per leggere la perizia dei grandi specialisti parigini – Ricordati che sei Esquirol: sei un celebre professore della Facoltà di medicina di Parigi, presiedi una commissione di luminari, tra cui anche il medico personale del re!» Rimango sempre ammirato dalla capacità di chi sa “entrare dentro” la pelle di altri. Davanti ai miei occhi ora c'è Esquirol, l'espressione più grande della congiunzione tra il sapere e il potere psichiatrico. La sua analisi, le sue parole daranno forza e credibilità alla domanda di commutazione della pena, poiché anetteranno Rivière al nuovo apparato psichiatrico giudiziario, che si va costituendo nel quadro della riforma legislativa.

Considerando che Pierre Rivière ha sempre ricercato la solitudine, che lo si è visto spesso parlare da solo ed intrattenersi con degli interlocutori invisibili... Considerando che il suddetto Pierre Rivière proviene da una famiglia nella quale si contano parecchi pazzi... Considerando che i motivi che hanno spinto Pierre Rivière ad uccidere la madre, la sorella ed il fratello, quali liberare suo padre dalle pene domestiche, immolarsi come Gesù Cristo per la salvezza degli uomini, indicano l'assenza di giudizio... Considerando che la relazione della sua vita scritta da Pierre Rivière rivela un'aberrazione profonda e costante delle sue facoltà intellettive e dei suoi sentimenti morali, che l'integrità della sua memoria ed il concatenamento delle idee di cui questa relazione fa prova, non esclude l'alienazione mentale poiché si riscontra spesso nelle relazioni dei maniaci o dei monomani che scrivono la storia della loro malattia... Approvando le conclusioni enunciate nella consultazione di Vastel, sono d'opinione e dichiaro: che dall'età di quattro anni, Pierre Rivière non ha cessato di dar segni di alienazione mentale; che la sua alienazione mentale è persistita, per quanto meno intensa, dopo gli omicidi che egli ha commesso; che questi omicidi sono unicamente da attribuire al delirio.

Adesso è ristabilito l'ordine e si è risolto il momentaneo sconcerto: si è capito che esiste un sapere, esistono delle persone speciali, degli apparati, che sanno come interpretare il delirio e come comportarsi verso il folle criminale. Che cosa c'è di più innaturale di un parricidio o dell'uccisione dei propri figli! Si può accettare un tale gesto, se esiste una grave alterazione della coscienza o se eventi contingenti ne spieghino la dinamica, ma se ci troviamo di fronte a un “lucido” ragionamento, come nel caso di Pierre Rivière, allora siamo di fronte a un abisso – l'abisso della follia – che non siamo in grado di comprendere e tollerare. È così rassicurante sapere invece che qualcuno può sottrarre il folle alla repressione della giustizia, qualcuno che sa demarcare la linea che ci separa dalle mostruosità, qualcuno che ha

un potere speciale, originato da un sapere speciale, e che sa adottare misure protettive per i folli e per noi!

Anche i nostri studenti sembrano rasserenati, ma Pierre Rivière ci spiazza di nuovo, come già aveva fatto con la sua emozionante memoria. Il nostro giovane avvocato ha ancora alcune pagine da leggere...

Trascrizione per estratto delle sentenze del giudizio: con sentenza della Corte d'Assise del Calvados, in data 12 novembre 1836, il sunnominato Jean-Pierre Rivière, di anni ventuno nato a Courvaudon abitante nel villaggio della Faucterie, di professione coltivatore, dichiarato colpevole di parricidio è stato condannato alla pena di morte, ma con lettera di grazia in data 10 febbraio 1836, Sua Maestà ha fatto grazia al detto Rivière della pena di morte e l'ha commutata in quella di reclusione a vita. Il suddetto ha iniziato a subire la pena il 10 febbraio 1836, giorno della commutazione... Cause e data di uscita: il sunnominato Jean-Pierre Rivière è morto il 20 ottobre 1840 all'una e mezzo del mattino. – Un breve pausa e il nostro avvocato riprende – Dal giornale "Pilote du Calvados", 22 ottobre 1840: Rivière che era stata condannato qualche anno fa come parricida e fraticida e la cui punizione era stata commutata nella pena di detenzione a vita perché il suo crimine aveva i caratteri dell'alienazione mentale si è impiccato nella prigione di Beaulieu. Da qualche tempo, si erano notati in lui segni inequivocabili di follia; Rivière si credeva morto e non voleva prendere alcuna cura del suo corpo; aggiungeva che desiderava che gli si tagliasse il collo, la qual cosa non gli avrebbe causato alcun male, poiché era morto; e minacciava di uccidere tutti se non si esaudiva il suo desiderio. Questa minaccia l'ha fatto isolare da tutti gli altri detenuti ed allora egli ha approfittato di questo isolamento per suicidarsi. La stampa che, attraverso le discussioni in cui si era impegnata al momento della condanna di questo infelice, aveva senza dubbio avuto una qualche favorevole influenza sulla commutazione della pena, si affretta a citare questo tipo di morte che conferma pienamente la sua opinione sullo stato mentale di Rivière.

Adesso nell'aula si sono accese le luci; fuori, attraverso i vetri appannati delle finestre, filtra il chiarore della nebbia. La soluzione dei sani è stata rifiutata da un non sano. Pierre Rivière ha voluto mantenersi coerente con la sua follia o, meglio, ha voluto semplicemente essere coerente con sé stesso. Essere ritenuto pazzo non risolveva il suo senso di colpa e il suo bisogno di espiazione: lo imprigionava in un destino che toglieva senso a quanto era avvenuto. Ciò che le perizie avevano messo in gioco riguardava la messa in atto di un nuovo apparato medico-giuridico per gestire i folli criminali, riguardava la definizione di un nuovo potere di controllo sociale. Ma era in gioco anche il destino di un uomo, un destino che Pierre Rivière, in un atto estremo (ad alcune persone non vengono consentiti che atti estremi!), ha rivendicato per sé...

Gli attori si scambiano le impressioni, molti indugiano nell'aula e mani-

festano il bisogno di esprimere la loro emozione, qualcuno mi chiede i riferimenti per comprare il libro. La lezione è finita, quello che non è finito però e che rimane aperto è il problema della nostra inadeguatezza a capire, ad aiutare persone come Pierre Rivière...

Mi dissero di mettere tutte queste cose per iscritto, e io le ho messe; ora che ho fatto conoscere tutta la mia mostruosità, e che tutte le spiegazioni del mio crimine sono fatte, attendo la sorte che mi è destinata, conosco l'articolo del codice penale riguardo al parricidio, lo accetto ad espiazione delle mie colpe; ahimè se potessi veder rivivere ancora le sfortunate vittime della mia crudeltà, se bastasse per questo sopportare tutti i supplizi possibili; ma no, è inutile, non posso che seguirle; così attendo la pena che merito, e il giorno che deve metter fine a tutti i miei risentimenti. Fine.

2. L'incidente

Al termine della "Istituzione Negata" compaiono due importanti appendici: "Il problema della gestione", a firma di Franco Basaglia, e "Il problema dell'incidente", quest'ultimo a firma anche di Franca Ongaro Basaglia. Perché mai queste riflessioni compaiono alla fine del libro e con una veste così speciale, a "completamento" di quanto espresso in precedenza?

Il problema della gestione – spiegano i Basaglia – si pone perché la realtà istituzionale, pur se negata, «*deve sopravvivere per continuare a testimoniare la necessità e l'urgenza di una negazione della realtà attuale, a tutti i livelli*». In quanto al problema dell'incidente e del suo significato in una realtà in rovesciamento, «*un passo falso o un errore possono confermare – agli occhi dell'opinione pubblica – l'impossibilità di un'azione che riveli apertamente le sue falle e le sue incertezze, mentre ogni altra realtà istituzionale si premunisce di nasconderle, ciascuna sotto la propria ideologia*».

I due articoli rispecchiano la particolare fase attraversata dall'esperienza di Gorizia al momento della pubblicazione del libro: un paziente in libera uscita ha ucciso la propria moglie. Franco Basaglia e Antonio Slavich vengono ritenuti responsabili di concorso colposo in delitto doloso. È l'esempio emblematico dell'incidente temuto. La drammaticità del lutto e della sofferenza si accompagnano alla strumentalizzazione dell'evento: di fronte all'attacco frontale delle forze contrarie al processo di trasformazione istituzionale, c'è il rischio del crollo di tutta l'esperienza.

Lo scritto sull'incidente vuole andare però al di là del contingente e si pone l'obiettivo di correggere una facile ed errata lettura del processo di negazione istituzionale. Esprime una sorta di avvertimento nei confronti dei

facili sbilanciamenti verso una visione ingenua e manichea della realtà. Il paziente, di per sé stesso, non è pericoloso, ma nemmeno immune dalla violenza. Il suo comportamento, più che dalla patologia, è determinato da un coacervo di contraddizioni insite nel contesto e soprattutto è definito dalle modalità con cui è gestita la sua malattia. La cura del paziente non può, dunque, che assumere queste contraddizioni e cercare di risolverle. Franco e Franca Basaglia rovesciano dunque gli stereotipi tradizionali dando una lettura controcorrente della violenza e della pericolosità tradizionalmente legata all'idea della malattia mentale: la pericolosità non risiede nella specificità della diagnosi, dipende dalla mancanza di risposte ai bisogni delle persone. Però, con lucida intuizione, spostano anche i confini di questa contraddizione oltre il manicomio, che in quel momento avrebbe potuto assurgere facilmente a unica e irrazionale matrice di violenza; li spostano verso quelle istituzioni del sociale che con diverse modalità concorrono a far nascere e a sanzionare le disuguaglianze.

E se l'incidente in medicina è un evento ascrivibile alla fisiologica probabilità di errore insita in ogni evento naturale, forse più riscontrabile semplicemente per la drammaticità dei suoi effetti, l'incidente in psichiatria è soprattutto il prodotto delle logiche di ingiustizia sociale e del rifiuto dei bisogni di cura del paziente. All'interno della istituzione manicomiale la profezia della violenza finisce per auto avverarsi, perché tutto congiura al suo realizzarsi: l'organizzazione istituzionale è come una allucinante trappola che non lascia scampo al paziente. Ma la lotta contro il manicomio non si conclude con la eliminazione di questa struttura, perché anche fuori dal manicomio persiste (ma bisognerebbe dire anche che pre-esiste) la logica dell'esclusione e della manipolazione. Questa logica produce violenza, è essa stessa violenza, ha la capacità di nascondersi nelle pieghe del potere, sa manipolare i suoi effetti e riesce a stimolare e ad enfatizzare la reazione violenta della vittima, per poterla annientare.

Queste considerazioni naturalmente non rappresentano il tentativo per giustificare un qualsiasi tipo di violenza, agita dal paziente psichiatrico. Vogliono sottolineare, al contrario, come ciascuno debba mantenere sempre la responsabilità dei propri gesti, vogliono rimarcare, semmai, come tutti noi dobbiamo capire le ragioni della violenza, lottando contro i presupposti sui quali si fonda.

Ma la parola "incidente" può sembrare un eufemismo – e forse lo è – per nascondere altri termini più drammatici, come la parola "omicidio". Dietro a questa parola ci sono, in questo libro, le morti di una donna, di due vecchi genitori, di un giovane uomo, perfino di un bambino. Nei loro confronti si prova commozione sincera e smarrimento. Sono vittime innocenti! Come "non colpevoli" sono i loro assassini, con una vita fatta di tanta,

troppo sofferenza, destinati a morire presto, altrettanto drammaticamente, in un ospedale giudiziario. E poi ci sono i curanti, che certamente quelle morti non hanno voluto, che hanno volontariamente scelto di situarsi in quel confine doloroso posto tra la vita e la morte; persone che hanno ottenuto successi e offerto conforto, ma che, ogni volta che non ci sono riusciti, hanno sofferto di ferite profonde. Ci si può mai abituare alla morte? E poi ci sono i familiari per i quali nulla riuscirà mai a compensare quell'assenza. E infine, dietro a quella parola, ci sono coloro che sono chiamati a decidere della vita delle persone, che lo fanno attraverso un rituale fatto di formule, di numeri, di commi per rendere meno pesanti le loro parole, perché chi giudica sarà giudicato!

3. Il concorso colposo nel delitto doloso

L'oggetto di questa ricerca è, come annunciato, l'accusa di concorso colposo per lo psichiatra curante in un delitto doloso commesso dal suo paziente. In questo libro si esaminano quattro eventi che riguardano questo avvenimento, si presentano le circostanze dei fatti, il modo con cui si sono svolti i dibattiti giudiziari e si espongono le sentenze finali. Preliminarmente però mi sembra opportuno fare alcune brevi considerazioni giuridiche sull'argomento.

Esistono fondamentalmente due tesi: una che nega l'ammissibilità (tesi negativa) del concorso colposo nel delitto doloso e l'altra che al contrario la ritiene possibile (tesi positiva).

L'orientamento che ne nega l'ammissibilità fa riferimento alla sentenza della Cassazione Penale Sez. IV, 11/10/1996, 9542.

Nella sentenza si fa riferimento a due articoli del codice penale:

- l'art. 42, 2° comma del c.p., secondo il quale la punibilità a titolo di colpa è prevista solo nei casi espressamente previsti dalla legge;
- l'art. 113 del c.p., per il quale la compartecipazione colposa è prevista solo nel caso di delitto colposo.

Dalla lettura incrociata di questi due articoli si concluderebbe che *«il concorso colposo non è configurabile rispetto al delitto doloso, richiedendo l'art. 42 comma 2 c.p. un'espressa previsione che manca, in quanto l'art. 113 c.p. parla di cooperazione nel delitto colposo e non già di cooperazione colposa nel delitto, contempla perciò solo il concorso colposo nel delitto colposo»*. La Giurisprudenza ha confermato questo orientamento più volte.

Una delle più importanti sentenze è quella della Cassazione Sezione IV Penale dell'1/12/1986, 2059. La sentenza prende avvio dall'accusa rivolta a

due psichiatri incriminati di cooperazione in omicidio colposo nel delitto doloso. I medici sono accusati in base agli artt.113, 589 mod. dell'art. 1 L.11/5/96, 286 1° e 3° comma c.p. di aver omesso ricovero a una paziente psichiatrica, che dopo alcuni giorni cagionava la morte del figlio. La sentenza in primo grado del Tribunale di Trieste dell'18/11/80 assolveva i medici con formula ampia (il fatto non costituiva reato), mentre la Corte d'Appello di Trieste del 7/12/1982 formulava una assoluzione dubitativa; la Cassazione, infine, (1/12/1986) confermava l'assoluzione dubitativa, asserendo che non di concorso colposo in delitto doloso si trattava, bensì solo di un nesso di causalità: *«La morte del bambino non può qualificarsi come delitto doloso, ma deve ritenersi quello che, in effetti, esso è stato: un puro e semplice "fatto giuridico", cioè un avvenimento modificatore della realtà con conseguenze giuridiche, ma non inquadrabile nel concetto di "reato" per l'assoluta mancanza dell'elemento essenziale della volontà... Pertanto la questione va posta esclusivamente sul piano del nesso di causalità [fra condotta omissiva o presunta tale da una parte e delitto compiuto dall'altra]»*.

Di un certo rilievo è anche la sentenza della Corte di Cassazione che annulla una sentenza della Corte d'Appello di Perugia. La Corte d'Appello di Perugia, il 9/11/1984, aveva dichiarato che: *«Risponde di omicidio colposo il medico responsabile del servizio di igiene mentale il quale abbia, malgrado l'esplicita richiesta dei famigliari, omesso di proporre un trattamento sanitario obbligatorio in regime di degenza ospedaliera, e si sia comunque astenuto dal prescrivere idonee misure terapeutiche alternative, nei confronti di uno schizofrenico resosi responsabile, due giorni dopo, di un accoltellamento letale ai danni della madre»*. Il giudice in questo caso ritiene che sullo psichiatra gravi una posizione di garanzia e di controllo e che l'omissione di interventi, volti a impedire danni alla persona, per comportamenti emessi dal malato, equivalga a cagionarli. Ma la Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. IV del 5 maggio 1987) annulla, senza rinvio, la sentenza pronunciata in appello, argomentando sulla mancanza di un nesso di causalità fra l'omessa richiesta di TSO e l'evento omicidio, (ad opera del malato mentale) e osserva come dalla richiesta del primo medico alla convalida del secondo e all'ordinanza del sindaco vi siano troppi passaggi per ritenere che, nel giudizio ipotetico, l'avvenuta richiesta di TSO avrebbe, con probabilità vicina alla certezza, impedito l'evento. La Suprema Corte motiva così la sua sentenza: *«Il ricovero coattivo di infermi di mente deve essere disposto come rimedio estremo, con carattere temporaneo, mentre, d'altro canto, non possono essere posti a carico del medico del centro di igiene mentale compiti di polizia, il cui svolgimento può essere reso necessario dal malato di mente, ne consegue che non può essere ritenuto responsabile del reato di cui all'art. 328 ("rifiuto di atti d'ufficio") il medico del*

centro che abbia omissso di promuovere un ricovero finalizzato alla rimozione di una stabile situazione di familiare di generica pericolosità". Importante appare la seguente considerazione: «*Ammesso che l'obbligo di impedire danni a terzi dalle azioni pericolose del paziente possa trarsi da una generica posizione di garanzia dello psichiatra ... va da sé che potrebbero ascrivarsi alla sua responsabilità omissiva colposa i soli eventi che apparissero ex ante prevedibili ed evitabili in base alla situazione concreta*».

Ma il problema che più frequentemente si rappresenta nelle sentenze non è quello di concorso colposo nel delitto doloso, bensì l'ipotesi di omicidio colposo in presenza di suicidio del paziente. Ciò avviene perché l'evenienza del suicidio purtroppo costituisce un evento statisticamente significativo nelle depressioni e di conseguenza lo psichiatra, che cura il paziente, è chiamato a rispondere della sua morte. Tratterò questo argomento nel capitolo della responsabilità civile e penale del medico. In generale si constata incertezza giurisprudenziale attorno al problema della custodia. Le sentenze della Cassazione, al di là di quelle prima riportate, non affrontano, se non collateralmente, il problema relativo alla posizione di garanzia e al suo contenuto. Non è chiaro se tale posizione debba essere finalizzata alla cura del paziente, sulla base della normativa vigente, od anche alla custodia, come vuole una parte della dottrina della medicina legale, che argomenta su dati di necessità. Alcuni medici legali vorrebbero che i "poteri" del medico nei confronti del paziente fossero legittimati proprio dalla permanenza in capo allo psichiatra del dovere di custodia. A loro dire le alterazioni psichiche di cui all'art. 34 della L. 833 coinciderebbero con la pericolosità rivolta a sé stessi. Senza dubbio rimane difficile separare la pericolosità verso sé stessi da quella verso gli altri, che tuttavia è esclusa dai presupposti per attivare le procedure del TSO. Il solo requisito della pericolosità (sia a sé sia agli altri) per la indeterminatezza che lo caratterizza non basta per ritenere legittimamente valide le procedure per il TSO. Il requisito primario per avviare un TSO si fonda infatti sulla esigenza di un miglioramento della salute della persona trattata e non su altre istanze. In merito al problema della prevedibilità dell'evento, si è dimostrato, nella maggior parte dei casi, che era impossibile prevedere, ex ante, quel tipo particolare di comportamento futuro che è esitato nel reato. Ma anche se ci si trovasse davanti ad un paziente psichiatrico che emetta propositi aggressivi, suscettibili di essere praticati di lì a poco, la situazione avrebbe a che fare con un problema di ordine pubblico e lo psichiatra al più avrebbe dovrebbe attivarsi (come dovrebbe fare un qualunque cittadino) per allertare gli organismi deputati all'uso della forza (polizia ecc.).

Ritornando al tema del concorso colposo nel delitto doloso, la tesi negativa, che fa riferimento alla sentenza della Cass. Pen., sez. IV, sent. 11 ot-

tobre 1996, n. 9542, viene improvvisamente capovolta dalla Cassazione, quando esplicitamente afferma che *«il concorso colposo è configurabile anche rispetto al delitto doloso, non ostandovi la previsione di cui all'art. 42, comma II, c.p., che riferendosi soltanto alle parti speciali del codice, non interessa le disposizioni di cui agli artt.110 e 113 c.p.»* (Cass. Pen., sez. IV, 9 ottobre 2002, n. 39680). Trattasi di una vicenda nella quale è stata affermata la responsabilità a titolo di colpa di un soggetto che, per lo stato di abbandono e di negligente trascuratezza in cui aveva tenuto un deposito di materiale gommoso, aveva contribuito a porre in essere le condizioni per il verificarsi di un incendio, poi in realtà appiccato da ignoti. A tale provvedimento si collega la sentenza n. 1984/2005 emessa, in data 25.11.05 dal giudice dell'udienza preliminare del Tribunale di Bologna.

Ma è senza dubbio la sentenza della Cassazione, Sezione IV Penale, dell'11.3.2008, n. 10795 che sembra dare una svolta decisiva all'argomento. La sentenza precisa che:

- l'art. 113 non esclude il concorso colposo nel delitto doloso, essendo il dolo qualche cosa di più, ma non strutturalmente diverso dalla colpa;
- l'art. 42 riguarda solo la previsione delle singole norme incriminatrici, ma non la disciplina delle regole concorsuali (art. 110 e 113 c.p.). Il concorso colposo nel delitto doloso è configurabile, quando la condotta colposa concorra con quella dolosa alla "causazione" (per nesso causale) dell'evento.

La sentenza naturalmente si motiva a partire da un caso specifico, ma sembra voler affermare alcuni principi generali di un certo rilievo. La sentenza tratta alcuni temi generali: il concorso colposo nel delitto doloso, la posizione di garanzia, la prevedibilità dell'evento, il principio di affidamento e l'obbligo informativo del medico, la cura del paziente psichiatrico e il trattamento sanitario obbligatorio.

Sul concorso colposo nel delitto doloso questa sentenza precisa che, al fine di verificare la sussistenza di una colpa causalmente efficiente, bisogna verificare lo scopo della regola cautelare violata dall'agente (*«Se la regola cautelare è diretta anche alla tutela di terzi dall'aggressione dolosa dei loro beni è la tutela finalizzata di essi che rende configurabile la partecipazione dell'agente in colpa»*). Ciò che si deve concretamente individuare è l'evento che la norma vuole evitare. Se la condotta dell'agente costituisce l'occasione perché il terzo compia l'atto doloso, la responsabilità colposa del primo agente occorre, quando questi è titolare di una posizione di garanzia o di un obbligo di tutela o di protezioni e quando sia prevedibile l'atto doloso del terzo. In riferimento alla posizione di garanzia, la sentenza afferma che *«Il rispetto dei principi di tassatività e determinatezza richiede che la cerchia dei titolari dell'obbligo di garanzia sia determinata sogget-*

tivamente e che gli obblighi siano oggettivamente determinati con esclusione di doveri morali». Occorre quindi che i titolari della posizione di garanzia siano dotati di poteri (direttamente o indirettamente) impeditivi degli eventi dannosi.

In generale la posizione di garanzia può avere una fonte normativa di diritto pubblico, può avere una fonte normativa di diritto privato, può trarre origine da una situazione di fatto, da un atto di volontaria determinazione.

Si è soliti distinguere due categorie di posizione di garanzia: quella di protezione, che impone di preservare il bene protetto da tutti i rischi che possano lederne l'integrità (genitori), e quella di controllo, che impone di neutralizzare eventuali fonti di pericolo (esercizio di attività pericolose).

Ma la posizione di garanzia del medico può derivare solamente dall'instaurarsi della relazione terapeutica tra paziente e sanitario. Tale relazione può sorgere o da un contratto o in base alla normativa pubblicistica di tutela della salute (ricovero in ospedale o in strutture protette). In questi casi il medico, indipendentemente dal consenso del paziente, ha comunque un obbligo giuridico di impedire l'evento avverso.

Un ulteriore tema di rilevanza concettuale, affrontato dalla sentenza della Cassazione, riguarda la prevedibilità dell'evento. La prevedibilità, concernendo un elemento soggettivo, deve essere accertata ex ante, basandosi sul principio che non si può addebitare all'agente di non aver previsto un evento che non poteva prevedere, in base alle conoscenze che aveva o che avrebbe dovuto avere. Il fondamento della prevedibilità sotto il profilo soggettivo risiede nella necessità di evitare forme di responsabilità oggettiva: non è sufficiente che l'agente abbia agito in violazione di una regola cautelare, ma è necessario che non abbia previsto che quella violazione avrebbe avuto come conseguenza il verificarsi dell'evento. Solo se il pericolo del verificarsi di un evento dannoso è prevedibile o riconoscibile l'agente può essere obbligato a rispettare quelle specifiche regole cautelari idonee ad evitare il fatto dannoso.

La Cassazione dibatte il concetto di prevedibilità facendo presente che alcuni Autori preferiscono parlare di rappresentabilità: *«questo termine possiede maggior comprensività, potendosi riferire non soltanto ad accadimenti futuri, ma anche a quelli concomitanti o addirittura antecedenti all'azione del soggetto»*. Altri parlano invece di riconoscibilità: *«la colpa risulta configurabile quando la situazione concreta sia stata caratterizzata dalla presenza di elementi giuridici e fattuali, che, in correlazione con le stessi leggi scientifiche e conoscenze empiriche utilizzate dal giudice ai fini dell'imputazione dell'evento, avrebbero permesso di rappresentarsi la concreta realizzazione del fatto previsto dalla legge come reato colposo»*.

La Cassazione affronta poi il principio di affidamento e l'obbligo infor-

mativo del medico. In questo caso precisa che: «Ciascuno risponde per le conseguenze della propria condotta, commissiva od omissiva, e nell'ambito delle proprie conoscenze e specializzazioni; non risponde invece dell'eventuale violazione delle regole cautelari da parte di altri partecipi della medesima attività o che agiscano nello stesso ambito di attività (a meno che non gli sia attribuita una funzione di controllo dell'opera altrui); sul rispetto delle regole da parte di queste persone l'agente deve poter confidare (principio di affidamento)». Solo nell'ipotesi in cui l'agente si accorga della violazione delle regole (o sospetti una violazione della diligenza) ha l'obbligo di attivarsi. Il medico, in particolare, ha l'obbligo di procurarsi dal paziente (o, se ciò non fosse possibile, da altre fonti affidabili) tutte le informazioni necessarie per la correttezza del trattamento praticato.

L'ultimo argomento trattato dalla sentenza riguarda la cura del paziente psichiatrico e il Trattamento Sanitario Obbligatorio. La Cassazione sottolinea l'alto valore della Legge 180 che ha conferito ai pazienti psichiatrici dignità e limitato il TSO ai soli casi di necessità secondo una prospettiva di cura e nel rispetto della persona. «Quando la situazione del paziente è idonea a degenerare – anche con atti di auto o etero aggressività – il TSO presso strutture ospedaliere è diretto ad evitare tutte le conseguenze negative che la sofferenza psichica cagiona (la manifestazione di violenza ed aggressività non reca danno solo al terzo aggredito, ma anche all'aggressore)». Perciò non si può sostenere che la tutela sanitaria obbligatoria sia preordinata esclusivamente alla tutela del malato e non anche dei terzi.

2. *L'incidente di Imola*

di Ernesto Venturini

1. Il fatto (24 maggio 2000)

Oggetto: relazione di servizio. Questura di Bologna
Commissariato di P.S. Squadra Volante Imola. Imola, 24.05.2000
Al signor dirigente il commissariato di P.S. – S e d e

Il sottoscritto Ispettore M. M.¹, in qualità di Coordinatore Volanti, riferisce alla S. V. quanto segue:

Verso le odierne ore 08.45 circa, su disposizione della COT la volante Pedagna, composta dai Sovrintendenti M. A. e P. L. e dall'Agente Scelto D. C. A., si portava in questa via Giovanni XXIII nr. 2 presso la struttura "Albatros" ove la signora M. M., in altri atti generalizzata, aveva segnalato sulla linea telefonica del 113 che un paziente, dopo aver ferito con un coltello un educatore, si era barricato in camera. Prontamente sul posto, gli operatori, constatavano la presenza del 118 e richiedevano l'ausilio della volante 9, composta dallo scrivente e dall'Assistente C. G. segnalando al COT la presenza di un ferito grave disteso a terra. Appena giunti si apprendeva da personale in servizio presso detta struttura, che l'aggressore si era barricato all'interno della sua stanza posta al piano superiore, aggiungendo inoltre che lo stesso era armato di coltello. Appena saliti nella camera indicata, veniva notata la presenza di un uomo poi identificato per M. G., nato il... a... residente a ..., titolare della carta d'identità nr... rilasciata il... dal Sindaco di..., il quale sostava sulla porta che si affaccia sul lungo corri-

¹ In tutto il "caso Imola" verranno usate solo le iniziali dei nomi di persona o si utilizzeranno nomi inventati. Pur essendo fatti e documenti di dominio pubblico (anche pubblicati on line) si è preferito, per la relativa vicinanza degli avvenimenti, rispettare la privacy. Al contrario, proprio per il lungo lasso di tempo che separa gli altri avvenimenti dal presente, non si è usato lo stesso criterio negli altri casi trattati nel libro.

doio. Immediatamente il M. veniva bloccato. Sul pavimento, tra gli unici due letti presenti, sulla porta ed in parte sul soffitto venivano notate delle chiazze ematiche, inoltre ancora a terra, venivano trovate delle confezioni di medicinali, ed il registro delle terapie. In particolare al piano sottostante, nel pianerottolo che è posto tra le scale e l'ingresso della cucina, dopo le cure mediche prestate dal dott. M., veniva constatato il decesso per arresto cardiocircolatorio verosimilmente da emorragia di grossi vasi (cuore) di C.A. nato il... a ... ivi residente in via ..., titolare della Carta d'Identità nr... rilasciata il ... dal Sindaco di... . Infatti il cadavere presentava una ferita causata da un'arma da taglio di circa 3 centimetri di larghezza nella regione sottoclaveale sinistra ed un'altra ferita da arma da taglio nella parte retroauricolare destra con profondo taglio nella nuca. In particolare le macchie di sangue, partivano come detto nella stanza del M., ove veniva rinvenuto il cadavere del C. In relazione all'accaduto il M. G. veniva tratto in arresto per il reato di omicidio volontario. Trasportato in Commissariato e, successivamente lamentando un malessere, veniva accompagnato presso il P. S. dell'ospedale di Imola. Sotto la materasso del letto in uso dal M. G., veniva rinvenuto un coltello (come da sequestro) con punta acuminata della lunghezza di circa cm.34,5 la cui lama era sporca di sangue, coltello della larghezza compatibile con la ferita presentata dal C.A. All'interno della cucina, la cui porta era aperta, venivano rinvenuti in un cassetto munito di serratura non funzionante, n. 9 coltelli meglio indicati in sequestro, dalle fattezze simili a quello rinvenuto nella stanza del M. G. Sul posto interveniva la scientifica per i rilievi del caso.

Venivano escussi a verbale alcuni presenti, ed in particolare M. M., riferiva di aver udito rumori di colluttazione provenienti dalla stanza del M. G. il quale tra le altre cose da circa 15 giorni era scontroso nei confronti del personale e degli altri ospiti della struttura. Si aggiunge che al piano superiore, ove è accaduto il fatto, stando alle testimonianze si trovavano solamente il C.A., il M. G. e I. B., donna anziana sordomuta, che solitamente per una sua tranquillità chiede di essere chiusa a chiave, infatti la stanza della stessa era chiusa a chiave e veniva aperta dallo scrivente tramite una chiave universale consegnata dagli operatori della struttura.

Dell'accaduto veniva informato il P.M. di turno dott. O., il quale più tardi interveniva direttamente sul posto, ove assumeva le indagini. Interveneva inoltre la dott.ssa V. medico legale. La salma, su disposizione del dott. O. veniva fatta accompagnare presso l'obitorio di via della Certosa a Bologna e messa a disposizione dell'Autorità Giudiziaria. Inoltre altro personale dipendente sottoponeva a sequestro la cartella clinica, quelle delle consegne e quella della terapia del M. G. e degli altri ospiti della struttura. Dell'accaduto veniva avvisato l'avvocato d'ufficio G. M. del foro di Bologna. Si

precisa che il M. G., sempre in stato di arresto, su disposizione del P.M. veniva tradotto presso l'ospedale Malpighi di Bologna e piantonato da personale della Polizia di Stato e della Polizia Penitenziaria.

Il tutto viene riferito per dovere d'Ufficio.

1.1. Esame del fascicolo giudiziario

Si ritiene, anche sulla base delle s. i. a. raccolte nell'immediatezza del fatto, che il C. A. si fosse recato nella stanza del M. G. per somministrargli la terapia giornaliera e quest'ultimo lo abbia colpito con due fendenti dopo di che il C.A. si precipitava al piano inferiore per chiedere aiuto accasciandosi poi esanime nel disimpegno situato tra la cucina e le scale [...]. Sul pavimento della camera da letto inoltre erano sparse confezioni di medicinali probabilmente lasciate cadere dal C. A. subito dopo essere stato colpito dal M. G.

[...] Dalle dichiarazioni essenzialmente è emerso che il M. G. negli ultimi tempi aveva manifestato un peggioramento della sua condizione mentale; infatti rifiutava il cibo ritenendo che fosse avvelenato, si era isolato diventando ossessionato da tutto quello che lo circondava evitando di assumere medicinali che gli erano stati prescritti. Si è evidenziato che questo peggioramento è stato una conseguenza della diminuzione del dosaggio dei farmaci disposto dal dr. P. E., psichiatra che ha in cura il M. G. dal novembre scorso.

In particolare C. P. ha riferito che, nel pomeriggio di ieri, il C. A. le raccontava di essere stato colpito al dito di una mano con una padella sanitaria lanciatagli contro dal M. G. che si era rifiutato di assumere i medicinali.

Il dr. P. E. ha riferito di aver ritenuto di ridurre a scalare il dosaggio delle iniezioni di neurolettici denominati depot da circa tre mesi aggiungendo di aver chiesto a tutti gli operatori di riferirgli eventuali variazioni sullo stato psichico del paziente. Ha aggiunto che venerdì 19/05 u.s., a seguito del rifiuto da parte di M. G. di sottoporsi ad ulteriore colloquio per valutare il suo stato di salute e delle segnalazioni pervenutegli da parte delle operatrici del centro Albatros che evidenziavano gli aspetti deliranti di chiusura e di rifiuto del cibo, si era portato presso la casa famiglia constatando un effettivo peggioramento della situazione psicopatologica del paziente che rifiutava la somministrazione del neurolettico depot accettando comunque di assumerlo il giorno successivo con la dott.ssa D'A. Riferiva altresì di aver contattato il Dr. G. del Centro di Salute Mentale della AUSL di Imola al fine di valutare congiuntamente l'eventualità di sottoporre il M. G. a TSO.

Dalla relazione dei consulenti tecnici del P.M.(vedi successivamente) si apprende:

Dai verbali di S.I.T. del 24.05.00 ci preme segnalare talune dichiarazioni che, come vedremo, ci forniscono elementi utili alla ricostruzione degli eventi. Comin-

ceremo da talune dichiarazioni rese dalla dr.ssa M. L. (laureata in pedagogia), coordinatrice della Comunità Albatros. Dopo avere descritto l'evolvere delle condizioni psichiche del M. G. fino ai giorni immediatamente precedenti l'omicidio del C.A. (e su queste vicende non ci soffermeremo poiché le prenderemo dettagliatamente in esame più tardi), la dr.ssa M. L. così dichiara: "[...] Il lunedì mattina successivo [22/05/00] venivo informata da uno degli operatori che il M. G. non aveva assolutamente cambiato il suo comportamento per cui verso le ore 12,00 telefonavo al dr. P. E. ma, dato che aveva fretta, mi diceva di chiamarlo alle successive ore 17,00 ed io lo informavo che lo avrebbe fatto la mia collega B. C. e nell'occasione gli dicevo che il M. G. da alcuni giorni si rifiutava di assumere le gocce di Valium ed Entumin per cui il dr. P. E. mi diceva che era sua intenzione inserire nella terapia anche del Clopixol e che in serata ci avrebbe ragguagliate sul dosaggio. Ieri mattina [23/05/00] andavo dalla dr.ssa D'A. per farmi prescrivere il farmaco consigliato dal Dr. P.E. e poi andavo nella farmacia di questo V.le D'Agostino dove il personale mi informava che il medicinale non era al momento disponibile ma che avrebbero cercato di approvvigionarsi per l'indomani [...].

ADR: I rapporti fra il M. G. e il C. A. sono sempre stati in un ambito di normalità e fra i due non ci sono mai stati episodi di litigi; solo in questi ultimi giorni il M. G. si comportava con il C. A. nella stessa misura in cui si comportava con la maggior parte degli operatori e cioè rifiutava qualsiasi contatto fisico e visivo.

Ancora fra le dichiarazioni rese immediatamente dopo l'evento delittuoso, di notevole importanza ci appaiono quelle di D'A. F., assistente di base della Comunità. [...] In verità ero molto preoccupata per tale atteggiamento tanto che tale preoccupazione si era trasformata in paura... Avevo fatto presente questo fatto alla mia coordinatrice ed avevo annotato il tutto nel quaderno delle consegne che voi avete sequestrato. [...] Avevo la strana sensazione che qualcosa dovesse accadere. [...].

In successiva raccolta di informazioni (cfr. trasmissione di verbali di S.I.T. dei 26.05.00) venivano intervistate le dr.sse P.A. M., C.A. e D'A.. La dr.ssa P.A.M., medico psichiatra presso il Dipartimento di Salute Mentale di Imola dal 1982, che dichiarava di aver lavorato all'interno del locale ospedale psichiatrico denominato "Osservanza" per circa 9 anni fino alla sua chiusura avvenuta nel 1996, ricordava di avere lavorato al reparto n. 7, di lunga degenza, per circa due anni. L'allora primario, dr. V. V., "considerato che la dr.ssa era ancora inesperta, si raccomandò di non ridurre la terapia neurolettica al M. G., anche se lui continuamente lo chiedeva, perché c'era la possibilità che il paziente si scompensasse".

Secondo quanto dichiarato, la dr.ssa P.A.M. curò di trasmettere questa raccomandazione alla dr.ssa C. A., dal momento in cui la stessa iniziò a seguire il M. G. e successivamente, quando subentrò alla dr.ssa C. A. il dr. P. E., ritenne opportuno ribadire anche a lui la predetta raccomandazione. La dr.ssa C. A., medico psichiatra presso il DSM di Imola dal dicembre 1996, dichiarava di essere stata la psichiatra curante del M. dalla primavera del 1997 fino all'autunno 1999, essendole stato affidato detto incarico dalla dr.ssa P. A. M., in quanto "il paziente non accettava più di relazionarsi terapeuticamente con lei". La dr.ssa C. A. confermeva come il M. G. fosse un paziente difficile da trattare, in quanto non accettava

mai facilmente la somministrazione dei medicinali perché riteneva di non averne bisogno, per cui aveva considerato di diminuire la terapia orale per potere mantenere con il paziente una buona relazione. Non sapeva precisare se avesse diminuito il dosaggio della terapia neurolettica iniettiva, ma affermava che la stessa era sempre stata somministrata periodicamente. La dr.ssa D'A., precisando il proprio ruolo di medico di medicina generale e in tale funzione di essere stata il medico curante del M. G., confermava di essersi recata in data 19/05 presso la struttura Albatros e di aver somministrato l'iniezione di neurolettico depot che il M.G. aveva rifiutato precedentemente. Alcuni giorni dopo (23.05.00), secondo richiesta dello psichiatra Dr. P. E., provvedeva a redigere prescrizione di terapia neurolettica orale (Clopixol 25 mg). Si acquisiscono ulteriori elementi informativi e così (cfr. verbali di S.I.T. trasmessi in data

29.05.00) si legge che, secondo F.A., assistente di base presso l'Albatros, il M. era cambiato da quando, "a seguito del decesso di due ospiti della struttura avvenuto per cause naturali che, probabilmente, ha innescato in lui la paura della morte, ha iniziato a chiudersi sempre di più rifiutando anche di nutrirsi". Contestualmente, a quanto dichiarato, il M. cominciò a non volere la terapia orale, non prendendo più le gocce e forse neanche le compresse. Analoga collocazione temporale del cambiamento sintomatologico (circa 15 giorni prima del fatto) veniva individuata dagli altri operatori interrogati (G. S.P., addetta alle pulizie, F.A., in servizio civile, M. M., assistente di base).

1.2. Relazione del direttore del dipartimento di salute mentale

Fui invitato dalla Direzione dell'Asl a svolgere una indagine. Concludevo per una sostanziale fatalità, in quanto gli errori, che avevo potuto rilevare, non si costituivano come colpa grave, e soprattutto non potevano ritenersi causa efficiente dell'evento luttuoso.

Oggetto: Omicidio dell'operatore C.A. Accertamenti.

Al Responsabile Provvisorio del Distretto dell'AUSL di Imola Dr. S. L.

Con riferimento alla richiesta del Direttore Generale dell'8 giugno 2000, prot.n. 13624, trasmessami in data 9/6/2000, ho svolto una indagine sul caso, allo scopo di accertare eventuali comportamenti negligenti, sia da parte di dipendenti dell'Azienda, sia da parte della Cooperativa che gestisce la struttura di via Giovanni XXIII.

L'indagine tiene conto di elementi oggettivi (le cartelle cliniche), che di elementi soggettivi (le testimonianze dei vari soggetti coinvolti). Non è stato possibile avere le informazioni contenute nel "libro delle consegne" della coop. Albatros, in quanto sequestrato dall'Autorità Giudiziaria. Probabilmente tale testo contiene elementi decisivi per la ricostruzione dei fatti. Ho tenuto conto delle dichiarazioni formulate alla stampa nei giorni successivi all'omicidio, espresse dalla madre del C. e da altri operatori. Anche in questo caso manca la possibilità di verificare il

valore delle dichiarazioni, in quanto le affermazioni appaiono spesso generiche, imprecise, non contestualizzate.

Distinti saluti,

Ernesto Venturini

Imola, 16 giugno 2000

Considerazioni conclusive della relazione.

Ci troviamo di fronte a un episodio psicotico acuto, che insorge improvvisamente e che non viene valutato come particolarmente pericoloso, da parte di coloro che sono coinvolti nella gestione del paziente. Il modello organizzativo delle residenze contempla che, in caso di insorgenza di una crisi o del riaccendersi della sintomatologia psicopatologica degli ospiti, si mettano in atto una gamma di interventi, che possono giungere fino al TSO. Forse la recente sospensione del farmaco può avere avuto qualche peso sulla evoluzione della crisi di M. G., più che sulla sua comparsa. Tuttavia ogni valutazione di carattere clinico compete al medico psichiatra curante. La riduzione scalare e la sospensione della flufenazina decanoato, operata dal dottor P. E. hanno indubbiamente avuto una loro giustificazione. Gli effetti di una discinesia tardiva risultano particolarmente deleteri per i pazienti. Quando perciò le condizioni fisiche del paziente sono compromesse, per evitare proprio la comparsa di tale sintomatologia, si richiede di adottare la procedura, messa in atto dal dottor P. E. La scelta è spesso imposta anche dalla necessità di recuperare la compliance al trattamento farmacologico da parte del paziente in situazioni difficili. L'effetto della flufenazina decanoato si manifesta dopo 24-72 ore e l'efficacia sintomatica diviene significativa dopo 48-96 ore. L'azione dura dalle 2 alle 5 settimane. Si può ritenere pertanto che l'iniezione praticata il 19 maggio avesse già raggiunto il suo dosaggio efficace tra il 21 e il 23 maggio, senza considerare che, in ogni caso, permaneva ancora l'effetto della precedente iniezione di flufenazina. In situazioni di acuzie è opportuno però accompagnare tale trattamento con altri farmaci (neurolettici o tranquillanti minori). Le prescrizioni sono state corrette, anche se andava forse più attentamente seguita l'assunzione regolare dei farmaci per os. Dalla ricostruzione degli eventi non sembra emergere una grave sottovalutazione del caso: giorno per giorno si valutava la situazione e si riteneva di poter contare sempre su un margine di tempo sufficiente a evitare che la situazione potesse precipitare. Questa sembra essere stata la condotta del dr. P. E., ma anche di tutti gli altri soggetti coinvolti nella vicenda, che, il 23 mattina, non hanno ritenuto di innescare altre procedure, oltre a quelle già attuate. Per inciso vorrei far presente che l'esigenza di considerare un margine sopportabile di rischio attiene alla quotidianità dell'agire in psichiatria, attiene all'essenza stessa della psichiatria.

Se si fosse stati informati di minacce rivolte agli operatori, ci si sarebbe comportati diversamente e, presumibilmente, ciò avrebbe comportato l'immediato ricovero e la messa in atto di procedure di sicurezza. D'altra parte il sig. M. G. non era ritenuto potenzialmente pericoloso. A fronte di episodi di aggressività nei primi anni di ricovero in ospedale psichiatrico, in circostanze e in contesti particolari, c'è stata una lunga storia di totale assenza di simili episodi; c'era un rimarchevole cambiamento positivo. Se però, come sembra emergere dalle dichiarazioni della

madre di C.A., suo figlio ha evidenziato dei timori la notte del 23, è evidente che esisteva un rapporto con quanto accaduto il 23 pomeriggio. Vi sarebbe stato uno scontro verbale, forse fisico, tra C.A. e M. G. La minaccia e l'agito (il lancio di un oggetto) assumono un significato decisamente allarmante: significano il precipitare della crisi e il concretizzarsi, nel vissuto delirante di M. G., della figura di C. A., come quella di un nemico. D'altra parte le numerose dichiarazioni confermano che C.A. era una persona coraggiosa, disponibile ad assumere su di sé le situazioni difficili, generoso nei confronti dei colleghi, teso però a minimizzare i rischi. Il rapido succedersi degli avvenimenti non ha consentito di poter valutare quanto è accaduto nel pomeriggio del 23: la consegna della sera non è stata letta dalla coordinatrice M. L. se non forse al mattino del 24, quando l'omicidio era già occorso o stava per esserlo.

Complessivamente si trae la seguente considerazione: ci troviamo di fronte a una serie di eventi, che, valutati separatamente, evidenziano comportamenti non gravemente scorretti, in condizioni di rischio ritenute minime. È stato il sommarsi accidentale di tali eventi a provocare il precipitare della situazione. Si può ritenere tuttavia che una presenza maggiore dei medici del DSM (quella della psichiatra referente della residenza e quella dello psichiatra del paziente) avrebbe forse permesso di cogliere più elementi e avrebbe permesso di tener conto dei vissuti degli operatori della comunità. La comunicazione tra i vari attori ha mostrato delle incertezze. In questa direzione dovranno incidere le prossime scelte del DSM. Senza dubbio l'elemento scatenante la crisi è da imputarsi alla malattia e alla morte della ospite a cui il sig. M. G. si sentiva legato. A questo evento si sono aggiunte altre circostanze secondarie con effetti negativi: la sospensione della flufenazina, la morte di una altra ospite, la mancata coincidenza tra la richiesta di M. G. di un farmaco e il suo effettivo reperimento. Il ricovero ospedaliero di M. G. è stato preso in considerazione, ma si è ritenuto di aspettare, ritenendo possibile un miglioramento dello stato clinico del paziente. In sostanza un ruolo determinante per l'accadimento dell'evento luttuoso è stato giocato dall'episodio occorso nel pomeriggio del 23, che ha fatto precipitare la situazione. In questo senso ci troviamo di fronte a una oggettiva impossibilità di intervento da parte del DSM, in quanto la informazione non è pervenuta in tempo debito.

In conclusione non si rilevano comportamenti gravemente negligenti da parte di dipendenti dell'Azienda che da parte della Cooperativa.

Distinti saluti,

Il Direttore del DSM - E. V.

1.3. L'impatto sociale dell'evento

L'impatto dell'avvenimento sulla città di Imola è enorme: muore in circostanze drammatiche un uomo di 45 anni, conosciuto e ben voluto dai suoi concittadini, che lascia un figlio in tenera età. Ma è soprattutto il contesto e le modalità del fatto che suscitano emozione. La città di Imola, fin dalla

prima metà dell'800, ha costituito intorno alla psichiatria la propria identità sociale; merito di personaggi come Cassiano Tozzoli, Andrea Costa e soprattutto Luigi Lolli. I due ospedali psichiatrici – l'uno rivolto alla provincia di Bologna, l'altro all'intera Romagna – e l'Istituto Medico Psicopedagogico, fino a tutti gli anni '60, hanno costituito l'industria principale della città, con i loro 2.500 ricoverati e con circa 1.500 dipendenti: non c'era famiglia che non avesse un proprio congiunto occupato nel settore della psichiatria. E lo stesso processo di de istituzionalizzazione, iniziato alla fine degli anni '80, si è mosso in una ottica di forte coinvolgimento della cittadinanza. Ne è un esempio lo slogan che accompagnava tale processo: "Riabilitare la città". Mentre la riabilitazione dei pazienti si accompagnava alla progressiva chiusura dei reparti e alla apertura di 23 residenze nel territorio imolese, mentre l'adesione delle cooperative sociali al processo apriva nuove prospettive di lavoro per i giovani imolesi, era soprattutto la logica del "dentro-fuori e del fuori-dentro" che costituiva la strategia dell'impatto sulla città. Scolaresche delle scuole medie e delle superiori avevano rapporti continui con i ricoverati; compagnie di teatro, costituite da ricoverati e da scolari, rappresentavano le loro opere nei teatri della città; su uno stesso giornale comparivano scritti e poesie di ricoverati e di cittadini; concerti e avvenimenti culturali con personaggi della cultura e dello spettacolo venivano promossi nelle residenze degli ex pazienti; il parco dell'ex ospedale diventava, per alcune settimane all'anno, il luogo di ritrovo ludico, sportivo e culturale della città; i pazienti erano i protagonisti di alcune trasmissioni dei media locali e di quelli nazionali; un numero sempre più vasto di cittadini dava la sua volontaria collaborazione alle attività della de istituzionalizzazione. C'era in sostanza un coinvolgimento vero, forte, emozionante delle istituzioni e dalla cittadinanza per il superamento dell'ospedale psichiatrico. Il messaggio centrale di questo processo sociale si incentrava sulla capacità di guardare diversamente la follia, cancellando gli stereotipi della irrecuperabilità e della pericolosità, presenti invece nell'immaginario collettivo degli anni '80.

Si capisce pertanto come l'avvenimento del 24 maggio del 2000 abbia avuto l'impatto di uno schiaffo, di una doccia fredda, di un brusco risveglio. È come accorgersi improvvisamente di essere stati ingannati. Si mormora, si protesta: non è vero quanto ci è stato detto in questi anni, i malati di mente sono pericolosi, si sono mandate tante persone allo sbaraglio! Coloro che per primi manifestano smarrimento sono i giovani operatori delle cooperative. La loro rabbia si fonda tuttavia anche su altre problematiche, che attengono alla loro condizione lavorativa, alle problematiche sindacali e remunerative. *«I lavoratori delle cooperative sono sfruttati, sottopagati, svolgono mansioni che non competono loro e rischiano spesso la vita. – si*

legge su volantini e articoli di stampa – *Il Dipartimento di Salute Mentale non li protegge, le cooperative non applicano i contratti dovuti. La de istituzionalizzazione in questa circostanza ha rivelato tutta la sua superficialità e la sua ideologia*». Colpisce la notizia che Giuseppe² M. sia stato ricoverato in precedenza in ospedale psichiatrico giudiziario e che questa informazione non fosse conosciuta né dagli operatori della cooperativa, né dal medico curante. Se si fosse saputo – si dice – si sarebbero attuate procedure molto diverse. La gente vuole un capro espiatorio per placare la sua rabbia e la sua paura, improvvisa e inaspettata. La madre della vittima dichiara pubblicamente che non vuole nessun utente dei servizi di Salute Mentale al funerale del figlio. Si dirà che, in fondo, è un atteggiamento comprensibile, ma rimane un atto ingiusto e senza ripensamenti: è una rabbia cieca contro i più deboli. Gli utenti della residenza “Cá del Vento”, con molto equilibrio, cercano di ragionare sull’evento, ma la loro dichiarazione rimane inascoltata. L’assessore comunale alla sanità, in passato fautore del processo di de istituzionalizzazione, pubblicamente dà disposizioni perché nessun paziente psichiatrico possa essere accolto nelle residenze sanitarie assistite del Comune, dimostrando un comportamento inqualificabile e vergognoso. La stampa locale, sempre col fiato corto sulla cronaca per scarsità di notizie, scopre in questo avvenimento un filone inesauribile. Nelle prime due settimane sulla stampa nazionale, ma soprattutto in quella locale, compaiono ben 93 articoli, altri 20 escono nelle due successive settimane. Si indulge sui particolari funerei dell’evento, ma c’è soprattutto un rincorrersi di dichiarazioni, di accuse e contraccuse, di “io l’avevo detto”. In una specie di psicodramma collettivo, il Comune, per assecondare l’assoluta trasparenza”, dà spazio ad audizioni pubbliche, durante le quali, in presenza dei vari schieramenti politici, intervengono cittadini e dirigenti del Dipartimento di Salute Mentale. Questi incontri, che dovrebbero fare chiarezza, si rivelano invece happening di isteria collettiva, che aprono crisi politiche di tutti contro tutti: non è più importante la verità oggettiva dei fatti, quanto la loro interpretazione politica. L’opposizione vuole cavalcare la ghiotta crisi in cui è caduto il Dipartimento di Salute Mentale, sostenuto in varie circostanze dalla maggioranza comunale. Ma la crisi attraversa vari schieramenti: la Margherita e Rifondazione Comunista si dividono entrambe al loro interno e danno adito, secondo consolidati copioni, a scissioni politiche. I sindacati litigano tra loro. Anche la Lega delle Cooperative, il top della economia locale, viene trascinata nelle discussioni: la Lega infatti è l’ente di riferimento della cooperativa sociale che gestisce la residenza Al-

² Adotteremo, d’ora in avanti, nella ricostruzione degli avvenimenti un nome fittizio sia per il paziente, che per il medico, sia per la vittima, che per la coordinatrice della residenza.

batros. I nemici della riforma psichiatrica, vedendo in difficoltà i personaggi, che per anni hanno "pontificato" nel panorama locale, rinforzano i loro attacchi. Ci si aspetta che salti la direzione del DSM.

In quei giorni vengono inviati avvisi di garanzia per il reato ex art. 590 c.p. e art. 589 c.p. ai tre medici psichiatri del DSM che hanno avuto in cura Giuseppe M., all'assistente sociale del DSM che curava il collegamento tra la cooperativa e il servizio pubblico e alla coordinatrice della residenza. Comincia un iter giudiziario che si protrarrà per ben 9 anni.

Giuseppe M. intanto, a seguito di una perizia psichiatrica, è prosciolto da ogni accusa, per incapacità totale di intendere e volere. Permanendo, a detta del perito, una sua pericolosità sociale, viene inviato nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino. Dichiarata anche la sua incapacità processuale (art 70, 71 c.p.) esce completamente di scena: colpevole ma non imputabile. Dopo alcuni mesi però il P.M. dichiara l'archiviazione dell'intera pratica, per "insussistenza di lesione personale". L'atto viene impugnato dagli avvocati difensori della madre, della moglie e del figlio della vittima e dall'avvocato di ufficio di Giuseppe M. Il Gip del Tribunale di Bologna rifiuta l'archiviazione; continua il procedimento. Due dottoresse vengono escluse dalle imputazioni, rimangono coinvolti l'assistente sociale, la responsabile della residenza e il dottor Enrico P., che richiede per sé il rito abbreviato.

1.4. La ricostruzione dei fatti nella fase istruttoria

L'opinione pubblica rimane colpita dalla diagnosi di Giuseppe - schizofrenia paranoica - e dal suo passato. Impressionano negativamente i ricoveri negli OPG di Reggio Emilia e di Aversa, i ripetuti ricoveri negli istituti psichiatrici di Imola, gli atteggiamenti particolarmente bizzarri, ma soprattutto gli episodi di aggressività e di violenza. È il quadro di un paziente difficile, che rifiuta le terapie e che diventa "contenibile" solo con il trattamento di un farmaco iniettivo a lenta erogazione. Il paziente è stato dimesso dall'ospedale psichiatrico nel 1995 con diagnosi di "Sindrome residuale in psicosi schizofrenica" ed è andato ad abitare in una residenza assistita. È descritto come un paziente impegnativo, diffidente e tedioso; chiede spesso di sospendere il trattamento farmacologico. Negli ultimi anni Giuseppe ha cambiato tre psichiatri. Il nuovo psichiatra, pur mostrando una conoscenza parziale della storia del paziente, ha proceduto alla riduzione e, successivamente, alla sospensione di un farmaco iniettivo che il paziente assume da quindici anni. Le condizioni psichiche del paziente mostrano, da allora, un certo peggioramento. Giuseppe manifesta inizialmente il timore di essere

stato derubato. Sul quaderno della consegna degli operatori della residenza si legge che: «... insiste molto per essere accompagnato in banca, perché vuole ritirare i trenta milioni che ha depositato più di un lustro fa. A nulla valgono le spiegazioni che non possiede più quella somma usata in questi anni per pagare tutto ciò che gli serve per vivere. Continua a ripetere caparbiamente che quei soldi se qualcuno non li ha rubati, devono essere ancora lì depositati, altrimenti dovrà rivolgersi ai carabinieri. Ha bisogno di attribuire per forza a qualcuno la colpa di non avere più i soldi». Il quaderno della consegna – è bene ricordarlo – non è uno strumento ufficiale e il suo contenuto non è mai stato reso noto né ai medici, né all'assistente sociale: è solo un dispositivo utilizzato dagli operatori della cooperativa per comunicazioni di servizio. Da quelle pagine appare un progressivo accentuarsi delle idee di veneficio e di contaminazione da parte di Giuseppe. I segni di un malessere interiore appaiono sempre più accentuati. «... Giuseppe ha un'espressione in volto di qualcuno che non è molto tranquillo, come se avesse qualcosa di grave». Muoiono intanto, per cause naturali, due ospiti della residenza e a una di esse Giuseppe era affettivamente molto legato. È evidente che questo lutto incide negativamente sulla condizione psichica di Giuseppe. La coordinatrice della residenza sollecita il medico a visitare il paziente. Il peggioramento è tangibile. Giuseppe rifiuta ogni trattamento e si mostra aggressivo. Il medico conviene sulla opportunità di riprendere il trattamento farmacologico interrotto e valuta anche la possibilità di praticare un TSO. Alla fine tuttavia subordina la decisione alla disponibilità del paziente di farsi praticare l'iniezione del farmaco da parte del medico di medicina generale. In effetti il giorno seguente il paziente si lascia praticare l'iniezione e lo psichiatra fissa la prossima visita a distanza di alcune settimane. Di fronte tuttavia all'assenza di miglioramenti, a comportamenti sempre più bizzarri, a minacce, la coordinatrice della residenza insiste per un ulteriore intervento dello psichiatra. Questi prescrive, telefonicamente, un farmaco, che non può essere somministrato, in quanto la farmacia ne è sprovvista. Durante la periodica riunione di équipe che si svolge in presenza dell'assistente sociale, gli operatori, pur evidenziando preoccupazioni per lo stato di salute di Giuseppe, non riferiscono però alcuna minaccia. Questo comportamento contrasta stranamente con quanto emerge invece nel quaderno di consegna degli operatori. Le ultime pagine evidenziano infatti una condizione di allarme tra gli operatori e descrivono inquietanti minacce di morte da parte di Giuseppe.

Intanto gli eventi precipitano. Da alcuni giorni l'educatore professionale Aldo C. cerca insistentemente di convincere Giuseppe ad assumere la terapia orale. Ci sono momenti di aperto conflitto e, un pomeriggio, Giuseppe tira una padella da bagno contro Aldo e lo minaccia di morte. Il mattino se-

guente Aldo si reca da solo in camera di Giuseppe per somministrargli la terapia, ma viene ucciso.

Gli inquirenti fissano la loro attenzione sulla batteria di coltelli da cucina, da cui è stata sottratta l'arma del delitto, e indagano sulle misure di sicurezza adottate. Emergono versioni contraddittorie sulle disposizioni riguardanti il controllo dei coltelli: secondo alcuni i coltelli avrebbero dovuto essere chiusi sotto chiave, altri dichiarano invece che mancano disposizioni. Il responsabile della sicurezza della residenza era comunque lo stesso Aldo. La stampa trasmette all'opinione pubblica un quadro sostanzialmente negativo dell'assistenza praticata nella residenza: Albatros sembra più assimilabile a una residenza sanitaria assistita che a una struttura psichiatrica protetta, vi sono scarsamente presenti le figure sanitarie (medici e infermieri), al personale della residenza si nasconde la pericolosità dei pazienti e si richiede di somministrare farmaci, contrariamente alle normative in corso.

I periti del Pubblico Ministero ritengono lo psichiatra responsabile dell'aggravamento psichico del paziente e del suo comportamento violento, per aver sospeso il farmaco di cui avrebbe avuto assoluto bisogno, rilevano insufficienze nei sistemi di sicurezza della residenza, denunciano carenze nei processi di comunicazioni e un comportamento gravemente inadeguato da parte di Aldo.

1.5. Una lettura più approfondita del fatto

Quella descritta è la ricostruzione degli eventi come è apparsa inizialmente sui mass media. Tuttavia è solo una prima e incompleta ricostruzione, perché, man mano, la vicenda si è arricchita di nuovi particolari e sono emersi fatti non conosciuti e addirittura nascosti.

La relazione da me presentata alla direzione della Asl – che giudico oggi incompleta per l'assenza di informazioni, emerse solo a distanza di tempo – poteva sembrare viziata da una involontaria parzialità di giudizio. Forse per questo motivo il direttore generale dell'Azienda Sanitaria richiese il parere di un esperto psichiatra, consulente della Regione Emilia Romagna. La nuova relazione poneva fortemente in risalto la responsabilità professionale dello psichiatra nella gestione della crisi e denunciava un atteggiamento di diffusa sottovalutazione della pericolosità dei pazienti psichiatrici. Su questa linea, e non su quella da me indicata, si muoveranno anche i periti del P.M., ritenendo responsabili dell'accaduto anche l'assistente sociale e la coordinatrice della residenza. Questa interpretazione in parte smentita e in parte confermata dalle sentenze, come ho già avuto modo di dichiarare, non chiarisce la dinamica degli eventi e lascia in ombra molte circostanze.

A sentenze già emesse, senza il coinvolgimento emozionale dei primi tempi e utilizzando le conoscenze che si sono venute accumulando, esaminerò da vicino i tre protagonisti della vicenda – lo psichiatra, la vittima, il paziente – e successivamente il funzionamento e l'organizzazione della residenza. Perché? Naturalmente perché sento il bisogno di dare la mia chiave di lettura della vicenda, ma soprattutto perché la vicenda, come ho già spiegato, appare paradigmatica per una riflessione a tutto campo sui temi della responsabilità, della pericolosità e della imputabilità in psichiatria. Non voglio esprimere giudizi su nessuno, né su chi è stato tragicamente coinvolto dalla vicenda, né su chi (periti, giudici) ha svolto coscienziosamente il proprio lavoro. Non pretendo che questa ricostruzione sia la verità: è soltanto la "mia" verità. Mi muove l'esigenza professionale di approfondire, spogliandomi da ogni preconcezione, di capire, di apprendere, per dare valore anche a una esperienza negativa e per offrire, a tutti coloro che condividono questo difficile e affascinante lavoro, gli strumenti per non trovarsi nella stessa situazione. È un processo analogo all'analisi che un gruppo di lavoro fa sui "casi" in presenza di un supervisore. Il presupposto di queste analisi è l'onestà intellettuale e la disponibilità ad accogliere serenamente critiche e suggerimenti, perché in medicina l'errore umano è una eventualità possibile e non infrequente.

1.6. Lo scenario

"Albatros" è situata in una zona residenziale della città, è all'inizio di una strada larga a fondo cieco, una strada ordinata, tranquilla. Ha l'aspetto di una villa con un ampio giardino e alberi ombreggianti. Al piano terra sono situati i servizi e le camere degli operatori. Attraverso una scalinata esterna si accede a un'ampia veranda, dove le donne stanno sedute a cucire e gli uomini giocano a carte, all'interno c'è un soggiorno spazioso, ma è la cucina il luogo più animato e frequentato. Dal soggiorno si accede a un appartamento autonomo per quattro persone, con servizi e cucinino; invece una scala interna porta al piano superiore dove altri ospiti hanno le loro camere e i bagni. Il giardino è la grande risorsa della casa: quando si organizzano le feste, le donne preparano i dolci e allestiscono i tavolini. Quando invece si ha voglia di incontrare nuova gente ci si può recare alla bocciofila: è un circolo Arci, che si trova a poca distanza, è sempre molto animato e accogliente.

1.7. L'imputato

Il dottor Enrico P. è una professionista competente, che ha sempre mostrato di essere persona cosciente e responsabile. Proprio per queste ragioni è giusto interrogarsi sulle ragioni del suo comportamento in questa circostanza. I periti del Pubblico Ministero hanno focalizzato la loro attenzione sulla sospensione della flufenazina decanoato "senza un razionale" e senza il rispetto dei protocolli internazionali; hanno imputano inoltre allo psichiatra la mancata attivazione delle procedure necessarie per un intervento di urgenza di fronte alla crisi (in particolare lo ritengono responsabile di non aver richiesto il TSO), in considerazione della diagnosi del paziente, altamente predittiva per atti di violenza. Gli imputano di non essersi documentato sulla anamnesi del paziente, considerando che le vecchie cartelle cliniche erano facilmente reperibili presso il suo luogo di lavoro.

In realtà lo psichiatra dà una motivazione della sua scelta: ritiene opportuno ridurre gli psicofarmaci per gli effetti negativi che un loro uso prolungato può avere su un paziente cardiopatico (l'ECG rivela un emi-blocco anteriore sinistro), sofferente di un pregresso processo specifico polmonare, con una compromissione epatica e con una tendenza all'ipertensione arteriosa. Si tratta in sostanza di una corretta e doverosa rimodulazione della terapia attraverso la ricerca della "dose minima efficace" dello psicofarmaco. Probabilmente cerca di raggiungere anche la adesione del paziente al trattamento, accondiscendendo alla sua richiesta di riduzione dei farmaci. In ogni caso ritiene di avere la situazione sotto controllo e di avere tempo per correggere eventuali evenienze negative. In merito al mancato rispetto dei protocolli internazionali per la riduzione dei farmaci depot, bisogna precisare che questi protocolli costituiscono certamente un utile riferimento, ma non hanno valore vincolante. Chi lavora nel settore medico sa che la pratica impone scelte che non sono sempre la mediana tra la gamma degli interventi possibili: a volte bisogna collocarsi in uno degli estremi di tale gamma. Inoltre come è chiaramente espresso nei rilievi dei periti di parte (B., e B. C.) è scorretto parlare di una sospensione del farmaco, perché l'effetto della precedente impregnazione farmacologica comportava la presenza di livelli ematici del farmaco anche nel periodo in cui era stata sospesa la somministrazione intramuscolare. La mancata conoscenza della storia pregressa del paziente è invece una mancanza importante. Lo psichiatra la imputa alla modalità confusa con la quale si è prodotto il passaggio di consegna e sulla quale può avere una sua responsabilità la collega, che in precedenza aveva in cura Giuseppe. I cambiamenti di terapeuta in un servizio avvengono spesso per esigenze di carattere organizzativo. Possono esprimere però anche difficoltà di gestione da parte dei sanitari: in questo

caso occorre che la motivazione venga resa palese a tutti i soggetti coinvolti. D'altra parte la relazione tra medico e paziente non sempre è facile e (giustamente!) bisogna tentare nuovi approcci. In questo caso sembra giustificato, dopo due figure femminili, introdurre una figura maschile, come terapeuta. Lo psichiatra, preso forse dal ritmo frenetico del lavoro quotidiano, quanto può esserlo quello di un servizio pubblico di Salute Mentale, ha probabilmente rimandato gli approfondimenti sul caso, non considerandolo particolarmente urgente; pensa che basti conoscere la diagnosi, avere una conoscenza diretta del paziente e sapere che il paziente si trova in una residenza, dove dovrebbe vigere un sistema di protezione. Non è da escludere che in questo caso lo psichiatra si senta meno esposto di quanto non si senta invece rispetto agli abituali pazienti che vede ogni giorno sul territorio, dove, ad esempio, la permanenza a casa di un paziente in crisi è una evenienza carica di rischi. È dall'ambito della nuova utenza che ci si aspettano più facilmente situazioni di urgenza. D'altra parte la giornata abituale di un operatore della psichiatria è scandita da difficili scelte, a volte, proprio sulla priorità da dare a diverse situazioni di rischio. In questo caso il medico si fida di una organizzazione gestita da una cooperativa privata, ma inserita all'interno del circuito del dipartimento di salute mentale. Tuttavia, come fa notare la sentenza del Tribunale, *«è regola comune di esperienza che, in qualunque attività umana, all'accrescersi dei rischi deve corrispondere l'approntamento di un sistema di cautele e precauzioni idoneo a scongiurare il verificarsi di eventi dannosi o pericolosi»*. In sostanza il professionista non può essere esentato dal conoscere e verificare puntualmente e direttamente l'efficacia degli "strumenti" che usa – la funzione terapeutica del contesto, la conoscenza della storia pregressa del suo paziente – anche se condivide il suo campo di intervento con altri soggetti. Quando gli operatori della residenza gli chiedono di informare Giuseppe della morte di D., la persona a cui il paziente era più legato, il medico si sottrae al compito: ritiene che questo non sia suo dovere di psichiatra, ritiene, a torto, che non rientri negli ambiti del suo "trattamento". Non si sente investito di questa responsabilità, in quanto non conosce D.: gli operatori della residenza, a suo dire, sono più adatti ad affrontare un simile frangente. Anche quando gli operatori gli esprimono le forti preoccupazioni che Giuseppe ha sul suo deposito bancario, la sua risposta – *«anche continuando a fare la puntura non è che si risolva questo problema»* – dimostra una certa "distanza" dal caso, che sarà severamente sanzionata dallo stesso Tribunale di Bologna. Questo atteggiamento merita una riflessione generale, anche perché costituisce una problematica talora presente nei servizi psichiatrici: esiste uno scollamento organizzativo, ma anche concettuale, tra chi si occupa dell'acuzie e fa "trattamento" e chi si prende carico invece dei lungodegenti

e "fa riabilitazione". Questa evenienza può creare equivoci e tensione. Gli operatori della residenza ritengono che lo psichiatra, in quanto "curante", dovrebbe prendersi carico anche delle situazioni esistenziali del paziente; il dottor Enrico sembra pensarsi invece come uno specialista di secondo livello, a cui non compete la quotidianità della vita del paziente. Gli operatori della residenza sono spiazzati, si trovano "soli" nella gestione delle difficoltà. Ma è anche la gestione della crisi del paziente a sollevare qualche perplessità. Alcuni si sono domandati perché lo psichiatra di fronte al paziente, che sta delirando, che si mostra particolarmente angosciato da fantasmi di morte, che rifiuta il trattamento, non assuma subito la decisione del ricovero. Il comportamento di Giuseppe, il suo rifiuto, il suo delirio, costituiscono una palese richiesta di aiuto, così come può manifestarla un paziente psicotico. Di certo non si può pensare che l'iniezione intramuscolare di Moditen possa ripristinare in breve la situazione precedente, né che una compressa di Clopixol riesca a contenere un'angoscia così intensa: è necessario un dosaggio farmacologico più elevato e più rapido. Il dottor Enrico non dovrebbe essere in difficoltà in un simile frangente, proprio perché situazioni analoghe sono abituali nella quotidianità dei servizi e la loro gestione si impone quasi come una routine. In linea di principio tuttavia non si può sostenere, come affermano i periti, che in quel frangente fosse assolutamente necessario il Trattamento Sanitario Obbligatorio. Il paziente dichiara infatti la sua disponibilità al trattamento iniettivo, che si realizza puntualmente il giorno seguente, facendo decadere le condizioni di obbligatorietà del TSO. Forse il dottor Enrico si preoccupa giustamente di evitare, quanto più possibile, un intervento di grande impatto emozionale come il ricovero coatto che lascia spesso ferite psicologiche profonde nel paziente. Ma il problema non è il TSO: il problema è come corrispondere a una angoscia così intensa durante quelle prime ore, anche senza (si badi bene!) essere condizionati da nessun retro pensiero sulla pericolosità del paziente. Bisogna poter contare infatti su modalità di trattamento che abbiano la stessa forte efficacia di contenimento del TSO, anche se a un livello terapeutico più elevato, bisogna determinare un'attenzione intelligente, rispettosa, ma determinata intorno al paziente, bisogna che gli operatori si giochino personalmente, con coerenza e convinzione, a partire dallo psichiatra, che deve dare la propria personale disponibilità a intervenire, 24 ore su 24. D'altra parte è risaputo che l'impegno del subordinato è sempre proporzionale all'impegno di chi promuove le disposizioni. L'errore dello psichiatra in questo caso si fonda su una sopravvalutazione delle possibilità di contenimento della residenza, ma avrebbe dovuto esercitare la funzione, che il suo ruolo richiede, di verificare tale possibilità. In una situazione di questo genere sarebbe stato opportuno ricercare l'opinione dei collaboratori, chiedere un parere ai colle-

ghi, investire della questione i dirigenti. Queste procedure, sia detto per inciso, hanno anche un valore strumentale, perché proteggono il professionista nelle sue decisioni non lasciandolo solo e rientrano soprattutto tra le indicazioni di un buon operare in psichiatria: lavorare quanto più possibile in équipe. Il dottor Enrico in verità segnala al collega di guardia la possibilità di un TSO; si ha l'impressione però, dal comportamento dello stesso medico di guardia, che la segnalazione rimanga al di sotto di una vera soglia di allarme. Ma il fattore veramente decisivo, per adottare nella circostanza le scelte più idonee, risiedeva nella conoscenza della storia pregressa del paziente, nella conoscenza delle violenze agite e subite. In tal caso Enrico, senza dubbio, avrebbe adottato criteri di valutazione diversi e avrebbe fornito alla coordinatrice, e indirettamente ad Aldo, la possibilità di agire con prudenza.

In sostanza ci troviamo di fronte ad alcuni errori clinici; sono errori involontari, che rientrano tra gli eventi non infrequenti della pratica medica e che avrebbero potuto essere recuperati se altri meccanismi regolatori e di controllo avessero funzionato: ma così, sfortunatamente, non è stato. Voglio essere chiaro e diretto: chissà quante volte tutti noi, io in prima persona, abbiamo commesso simili errori, accorgendocene solo in un secondo tempo o addirittura senza esserne consapevoli. Ogni situazione complessa espone a rischi e, purtroppo, ad errori. Ma quante altre volte invece abbiamo risolto situazioni, altrettanto e, forse, molto più difficili, rischiando sempre in prima persona e senza che nessuno abbia espresso nei nostri confronti la benché minima riconoscenza!

1.8. La vittima

Ricordo una sera d'estate, sulle colline di Imola. Il compleanno di una delle due sorelle G. era diventata l'occasione per celebrare, nella loro bella casa di campagna, la festa di fine corso per educatori professionali, a cui entrambe avevano partecipato. Quel giorno erano presenti gli studenti e alcuni di noi professori. Il clima era affettuoso; il sangiovese e la piadina rendevano più facile la comunicazione tra noi tutti. Ci eravamo messi a cantare e, a un certo punto, Aldo (anche lui uno dei frequentatori del corso), aveva intonato "Signor Generale" di De Gregori con la sua bella voce. Invece di accompagnare la canzone tutti insieme, come era avvenuto fino ad allora, questa volta tutti ascoltavano silenziosamente e alla fine c'era stato un applauso convinto. Aldo si faceva sempre voler bene, era semplice e generoso, sempre primo nell'offrire un aiuto. A volte però il suo entusiasmo era eccessivo, si coinvolgeva emotivamente in modo intenso in alcune si-

tuazioni e perdeva la pazienza. Quando avevamo fatto lo stage all'Os-servanza, aveva dichiarato più volte il suo entusiasmo per il modo con il quale si realizzava il superamento dell'ospedale psichiatrico. Era diventato un frequentatore assiduo delle iniziative della de istituzionalizzazione. L'impegno civile era sempre stato una tradizione di famiglia e Aldo era fiero di mostrare ancora una volta questo suo impegno. Il nonno era stato un socialista anarchico che aveva chiamato "Aldo" il suo figlio maggiore. E quando "Aldo" era morto, da partigiano, alla battaglia di Purocele, la sorella aveva promesso a sé stessa che avrebbe chiamato con lo stesso nome anche il proprio figlio, e ciò era avvenuto: Aldo aveva il nome dello zio, l'eroe, lo stesso nome voluto dal nonno. Il nostro Aldo aveva cominciato a lavorare con passione con i ragazzi handicappati. Il suo sogno era quello di poter dirigere una piscina per far fare loro attività motoria. Ma qualche cosa non aveva funzionato nel suo lavoro nel settore dell'handicap. In alcune circostanze aveva voluto fare di testa sua e si era messo contro le raccomandazioni dei genitori dei ragazzi handicappati. A un certo punto c'era stata nei suoi confronti una denuncia per maltrattamenti e il responsabile dei servizi sociali aveva preteso il suo allontanamento, perché «... aveva leso l'immagine della capacità di assistenza dei Servizi Sociali Imolesi». La cooperativa sociale, in cui era inserito come socio, lo aveva "trasferito" da un anno al settore che aveva in carico i pazienti psichiatrici, ma aveva taciuto ai responsabili del dipartimento di salute mentale la ragione vera di questa decisione. Era un fatto grave considerando che il nuovo settore era ancor più delicato e complesso del precedente. I periti del P. M. avrebbero definito Aldo inadatto, per tratti temperamentali, a prestare la sua attività con pazienti psichiatrici.

L'allontanamento dal precedente luogo di lavoro, doveva essere stato vissuto da Aldo con grande turbamento e mi sembra naturale che cercasse a tutti i costi una occasione di "riscatto". Così quando era diventato responsabile della sicurezza all'interno della residenza Albatros, Aldo si era fatto promotore del malcontento degli operatori nei confronti della dirigenza della cooperativa: non era stato applicato ancora il contratto nazionale, la condizione economica e sindacale dei soci era pesante, il lavoro era molto impegnativo. Aveva pensato di andare a "Mi manda Rai 3", per denunciare lo sfruttamento degli operatori del terzo settore in Italia e aveva già cominciato a scrivere una lettera a Marrazzo per far accogliere la sua richiesta. La coordinatrice della residenza, Letizia M., aveva però criticato più volte il suo atteggiamento teso ad esasperare le contraddizioni, piuttosto che a risolverle. Aveva scritto una lettera ai dirigenti della cooperativa dichiarando che non era adatto a lavorare in quell'ambiente; aveva chiesto di allontanarlo, altrimenti sarebbe stata lei stessa ad andarsene. Ad Aldo, dopo la sepa-

razione dalla moglie, era stato affidato il figlio. Pur contando nell'aiuto della propria madre e delle zie, Aldo in quel periodo era molto impegnato ad ottemperare agli obblighi del turno lavorativo a alle esigenze educative del figlio. Si era mostrato però sempre fiero di provvedere a questo compito e le maestre della scuola del figlio lo ricordano come una persona attenta e disponibile.

Quando poi ad Albatros la gestione di Giuseppe era diventata di giorno in giorno sempre più difficile, Aldo aveva pensato di prendersi carico del problema, ritenendo che potesse costituire anche una occasione per mostrare a tutti le sue capacità. In questa residenza, al contrario di altri contesti, erano assenti gli infermieri. In questo caso i farmaci venivano "auto-assunti" dagli ospiti: l'operatore si limitava a preparare i medicinali secondo le prescrizioni mediche. In realtà, per praticità e abitudine, gli operatori finivano per provvedere alla somministrazione, ma non dovevano mai forzare la situazione. Dinanzi a un rifiuto del paziente, avrebbero dovuto trasmettere l'informazione perché fosse valutata dal medico curante. Al bisogno sarebbero intervenuti gli infermieri. Aldo aveva l'impressione però che non si facesse il necessario nel caso di Giuseppe; vedeva che le sue preoccupazioni e quelle dei colleghi rimanevano lettera morta. Aveva deciso perciò di affrontare in prima persona il problema legato alla assunzione dei farmaci: voleva essere presente e insisteva dinanzi al rifiuto e ai sotterfugi di Giuseppe. Come lui stesso dichiarava, *«alzava la voce e poi cercava di applicare la tecnica dello sguardo intenso e prolungato verso il paziente»*: la forza del pensiero avrebbe vinto la resistenza dell'altro. Giuseppe si era mostrato sempre indisponente nei suoi confronti, ma negli ultimi giorni, parlando in dialetto, lo aveva anche minacciato di morte. Aldo ne aveva parlato con M., la sua compagna, che si era molto allarmata. Ma Aldo non aveva mostrato di temere questa minaccia: lui era un campione di Taekwon-Do, era medaglia d'oro, e non poteva certamente avere paura di un vecchio. Per questo ragione, forse, non aveva parlato delle minacce ricevute nella riunione di équipe che si era svolta in quei giorni e aveva continuato senza incertezze nella sua guerra privata tesa a vincere le resistenze di Giuseppe. Come verrà rivelato solo in seguito, alcuni abitanti di una casa prossima alla residenza avevano assistito dalla loro finestra a un alterco tra Giuseppe e Aldo, durante il quale avevano visto Aldo alzare le mani sul paziente. Quando poi Aldo aveva annunciato a Giuseppe la morte di D., la donna di cui Giuseppe si era invaghito, si era sentito chiedere se fosse stato lui a chiamare "i becchini". Aveva risposto affermativamente, senza dar peso al commento minaccioso di Giuseppe, "non lo potrai mai più fare in futuro". Nel pomeriggio del giorno prima dell'incidente c'è l'ennesimo scontro tra i due. La coordinatrice della residenza li trova nel bagno del piano

superiore dove probabilmente Giuseppe era corso a sputare le medicine e dove Aldo lo aveva inseguito. Giuseppe tira contro Aldo una padella usata per urinare minacciandolo di morte – è un *acting-out* particolarmente carico di significati negativi. Aldo scrive nella consegna interna: «... *Lo disarmo facilmente e gli dico che non ho paura di lui... Mi pongo immobile, sguardo nello sguardo, di fronte a lui, e dopo poco, visto che cede, cerco di riportarlo alla realtà, alzando la voce e intimandogli di smettere di dire sciocchezze*». Aldo non mostra di allarmarsi. La coordinatrice della residenza interviene, conduce via Aldo e lo rimprovera per essersi posto in un atteggiamento di sfida nei confronti del paziente. Per la prima volta Aldo conviene che forse ha esagerato. Alla sera, dopo il lavoro, Aldo si confida con una zia, presso la quale aveva lasciato il figlio, dicendo che un paziente ha minacciato di ucciderlo con un coltello, ma aggiunge di non avere paura, vuol far capire semplicemente quanto è difficile e impegnativo il suo lavoro, ma che lui tiene tutto sotto controllo. Al mattino seguente quando un collega sta per salire in camera di Giuseppe per portargli la terapia, lo ferma, dichiara, con quel suo modo di fare un po' irreflessivo e generoso, che quello è un suo compito e sale su per le scale... incontro alla morte.

Due giorni dopo, Letizia M. viene chiamata dai dirigenti della cooperativa ed è invitata a stracciare in loro presenza la lettera di denuncia che ha scritto contro Aldo. Letizia è incerta, ma i responsabili insistono: Aldo, dicono, ha purtroppo pagato di gran lunga ogni suo possibile errore, ora è il tempo del dolore e c'è un orfano a cui pensare. Letizia straccia la lettera. Confesserà poi, in lacrime, questo evento al giudice, durante l'udienza del 29 settembre 2005, l'ultima, nel processo che la vede imputata, proprio dinanzi a T. R., la dirigente della cooperativa. Di fronte alla palese reticenza della dirigente, il giudice disporrà la trasmissione degli atti al P.M. affinché venga valutata la rilevanza penale delle dichiarazioni rese da T. R. Di fatto la cooperativa ha cercato di proteggere sé stessa dalle gravi inadempienze commesse. Letizia comunque non riuscirà a evitare la propria condanna e la cooperativa, per prescrizione dei termini, non sarà giudicata. Nei giorni della inchiesta Letizia aveva dichiarato agli inquirenti che lo scontro tra Aldo e Giuseppe nel pomeriggio precedente l'evento era stato l'unico, ma non era vero: gli scontri duravano da parecchio tempo, anche se non con la stessa gravità di quel giorno. Gli operatori della residenza sono particolarmente scontenti e impauriti, provano rabbia e "rancore" per un evento che mette in discussione la dichiarata non pericolosità dei malati di mente. Non credono che quanto hanno scritto nella loro consegna non sia stato trasmesso ai medici del dipartimento di salute mentale, criticano la mancanza di informazioni sulla storia passata di Giuseppe e si sentono ingannati, mandati allo sbaraglio. Monta intanto in città una campagna politica e mediatica sull'av-

venimento e gli operatori vengono sollecitati a dichiarare sui giornali le loro paure e loro critiche. Ma fra loro c'è anche Flavia, la quale fa presente che invece bisognerebbe dire tutta la verità, dichiarando anche il comportamento sbagliato di Aldo. Gli operatori di Albatros minacciano Flavia e le fanno presente che contrasteranno ogni sua dichiarazione. Dopo alcune settimane Flavia invia una lettera alla Procura nella quale denuncia ciò che ha visto di persona, viene convocata e riferisce anche la segnalazione dei vicini di casa, poi dà le dimissioni dalla cooperativa.

1.9. L'omicida

Di Giuseppe M. si hanno poche, incerte informazioni. Nasce a Faenza il 23/03/941; è primogenito, ha due sorelle. Vive a Castel Bolognese in Romagna e fa il coltivatore diretto, insieme con il padre. L'agricoltura nella regione è improntata a logiche intensive soprattutto nel settore della frutta. Il lavoro in campagna in genere rende abbastanza, ma è particolarmente faticoso e impegnativo. Il padre Carlo soffre di una cardiopatia cronica, che lo accompagnerà tutta la vita e che peserà nei momenti decisivi della vita di Giuseppe. Il padre sembra una personalità forte e autoritaria, la madre Renata si mostra invece sempre molto ansiosa nei confronti del figlio. In una epoca imprecisata, tra l'adolescenza e la giovinezza, Giuseppe soffre di tubercolosi, che lo colpisce duramente nell'apparato scheletrico. Soffre di una cifoscoliosi ed è costretto a portare un busto. Possiamo immaginare facilmente un suo vissuto di inferiorità e di precarietà e forse una esperienza soggettiva di deformità. Il servizio militare è molto breve, perché Giuseppe presumibilmente viene riformato. A 22 anni soffre di un malessere acuto che viene diagnosticato come una intossicazione di natura imprecisata, tuttavia la descrizione dei sintomi lascia presumere che si sia trattato invece di un episodio psichiatrico, forse di una crisi catatonica. Nello stesso periodo viene condannato dal Tribunale di Ravenna per furto; la sentenza sarà confermata in appello. Mancano informazioni a riguardo, tuttavia la coincidenza del periodo lascia presumere un collegamento tra i due eventi. A 29 anni l'episodio decisivo della vita di Giuseppe. Mentre sta attraversando un periodo di crisi esistenziale conseguente a un dispiacere amoroso, Giuseppe commette una infrazione al codice della strada, peraltro assai lieve – violazione al T.U. delle norme sulla circolazione, art. 80 DPR 15. 6.1959 n. 393 –, ma ha una reazione sproporzionata nei confronti delle forze dell'ordine che gli contestano l'infrazione. Per "resistenza a pubblico ufficiale" ex art. 337 c.p. viene incarcerato. Il suo comportamento peggiora, dà in escandescenze. In seguito a una perizia, che lo ritiene "non imputabile per totale

infermità di mente”, viene inviato all’Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia – siamo nel 1970. Durante il ricovero non vuole vedere la madre, né partecipare a nessun colloquio. Quanto più la madre si mostra ansiosa e insiste sulla necessità di alimentarsi, tanto più Giuseppe rifiuta il cibo. A un certo punto Giuseppe viene costretto ad alimentarsi con la sonda. Si intuiscono complesse dinamiche psicologiche all’origine di tali comportamenti, anche se mancano riscontri sicuri. Certamente il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario appare del tutto sproporzionato e inadeguato. Nell’esordio di un processo psicotico (anche ammettendo che la sintomatologia fosse iniziata prima) un intervento medico territoriale di tempestiva presa in carico avrebbe fatto evolvere positivamente la situazione. Ma questa possibilità non si riscontra facilmente negli anni ‘70, né la famiglia, per censo o livello culturale, appare in grado di assumersi il peso della situazione. Da un male (il ricovero nell’OPG di Reggio Emilia), nasce un male maggiore: il trasferimento ad Aversa dopo 2 anni di inutili cure. Non si comprende peraltro la logica di tale trasferimento, se non forse per ragioni interne alle due istituzioni. La distanza riduce i contatti con la terra di origine e con la famiglia. Appena arrivato ad Aversa è aggredito da un ricoverato e riporta una ferita lacero contusa. Giuseppe continua nel suo rifiuto del cibo: un sintomo di negativismo tipico della schizofrenia o anche l’opposizione al ricovero? È spesso contenuto, legato, secondo le “normali” procedure dei manicomi; quando viene sottoposto a terapia iniettiva si oppone sempre rabbiosamente. Intanto gli viene riscontrata una cardiopatia mitralica, forse per pregresse infezioni o come conseguenza di inadeguati trattamenti medici durante i ricoveri psichiatrici.

Dopo altri due anni viene trasferito per competenza territoriale all’Ospedale Psichiatrico di Imola. A Imola viene visitato dalla sorella Federica con la quale viene concordata la dimissione, subordinata però alla firma di assunzione di responsabilità da parte del padre. All’ultimo momento la dimissione viene rinviata per sopravvenuta malattia del padre (era vera? era una scusa?). I lunghi periodi di ricovero di solito rendono più difficili le dimissioni dei pazienti psichiatrici, in quanto, con il tempo, si costruiscono nuovi equilibri nell’ambito familiare. Giuseppe vive molto male questo rinvio e lo dimostra con un peggioramento delle sue condizioni psichiche. Un giorno tenta la fuga, ma viene facilmente raggiunto alla stazione ferroviaria. Dalla cartella clinica si apprende la presenza di sintomi extrapiramidali presumibilmente da sovradosaggio di psicofarmaci. Sono situazioni di malessere diffuso, a volte molto angoscianti che finiscono per determinare un atteggiamento di sospetto e di rifiuto nei confronti delle medicine. Viene riscontrata inoltre una riacutizzazione polmonare del processo tubercolare. Trasferito nel reparto 9, il suo comportamento psichico subisce un notevole

peggioramento. È descritto un suo tentativo di strangolamento nei confronti del medico di reparto: si parla di una aggressione proditoria, ma manca una descrizione dei fatti che renda comprensibile la dinamica dell'evento. A questo atto violento ne segue poco dopo un altro nei confronti di un ricoverato. Durante questo periodo Giuseppe ha febbri elevate e manifesta un cospicuo dimagrimento. Poi, da un certo momento in avanti (secondo la logica delle annotazioni sulle cartelle cliniche che documentano solo la violenza, i sintomi di malattie, psichiche o fisiche, e ogni bizzarria!) viene registrato che il paziente si nutre quasi esclusivamente di bistecche e di cappelletti. La nota sembra sottolineare un atteggiamento strambo, manierato, ma in realtà corrisponde, forse, a un bisogno nutrizionale (e psicologico) di Giuseppe, che viene giustamente assecondato. Un giorno Giuseppe viene trasferito in un altro reparto, diretto questa volta dal dottor Giorgio A.: è un reparto aperto. Il dottor A., coerentemente con i propri convincimenti, respinge la violenza manicomiale e, coraggiosamente e in solitudine in quegli anni, rifiuta ogni contenimento dei pazienti e ogni chiusura delle porte di reparto. Il miglioramento di Giuseppe in quel contesto "aperto" è rapido ed evidente. Il suo contegno si modifica positivamente. Prima esce nel parco dell'ospedale da solo, poi furtivamente, ma con l'implicita approvazione dei curanti, esce dall'ospedale, fin quando ha l'autorizzazione a recarsi autonomamente in città a fare compere. Nel luglio del 1978 viene dimesso. Intanto il padre è morto e a casa è rimasta la sola madre. Ma le cose vanno subito male. È soprattutto nei confronti dei vicini che nascono i conflitti più difficili (certamente Giuseppe non è portatore di una buona fama!), ma si compromette anche il rapporto con la sorella Federica. Si arriva drammaticamente a un nuovo ricovero in ospedale psichiatrico. È un periodo di grande tensione, forse perché Giuseppe vive con profonda frustrazione il fallimento della dimissione così lungamente agognata. Lotta contro le iniezioni, si mostra aggressivo. Appare "gravemente dissociato", "non ha coscienza dello stato di malattia", mette in atto un "tentativo di aggressione nei confronti di un infermiere". Tra l'ottobre del '79 e il marzo del '81, nel rispetto della nuova legge di riforma psichiatrica, viene trasferito in un reparto ospedaliero (Villa dei Fiori). Anche in questo contesto assume però un comportamento negativista. Rifiuta di andare in bagno e getta le proprie feci dalla finestra del reparto. Il gesto, "apparentemente" sintomo di scompenso psicotico, scompare quando Giuseppe viene messo in una camera con annesso un proprio bagno: è un modo di rispondere forse a timori fobici e a timori di inquinamento e influenzamento (alcuni popoli primitivi rifiutano di mescolare le proprie feci con quelle degli estranei!) Si sta vivendo in quei giorni un momento di transizione istituzionale: sta per scadere la proroga dei ricoveri consentita dalla legge 180 e bisogna stabilire chi dovrà

rientrare ancora sotto il regime del vecchio manicomio e chi invece non dovrà mai più tornarci. Giuseppe viene destinato a ritornare definitivamente in manicomio. Ritorna nel reparto 9 dove, come viene documentato dalla cartella clinica, viene rinchiuso spesso volte nel camerino di contenzione, *«specie quando c'è scarsità di personale infermieristico»*. Viene sperimentata una terapia long acting, ma deve essere interrotta per gli effetti extrapiramidali negativi.

Trasferito nel 1984 in un nuovo reparto, nel reparto 5, *«migliora sensibilmente, esce da solo nel parco, è tranquillo e disciplinato»*. Riprende la terapia long acting, che questa volta tollera e che continuerà senza più interruzioni. Esce da solo anche in città. Nel 1987 cambia la direzione dell'Ospedale Psichiatrico e iniziano progressivamente rilevanti cambiamenti strutturali. *«Giuseppe lavora nel bar del Centro Sociale dell'ospedale dove svolge le pulizie, è socievole e di buon umore. Accumula i soldi che alcuni infermieri gli danno per piccoli lavoretti: da solo apre un proprio c/c presso una banca di Imola... Va in vacanza con altri ricoverati e infermieri in un soggiorno in montagna»*; anche in quell'occasione *«si dimostra comunicativo e autosufficiente»*. Il medico di reparto parla di una possibile dimissione. *«Partecipa con entusiasmo e grande impegno ai laboratori per la preparazione delle feste e delle attività rivolte alla cittadinanza... Tutti i pomeriggi si reca da solo in città»*; appare *«persino ironico e scherzoso»*. Migliorano gli esami di laboratorio per la tbc e per la cardiopatia, mentre permangono tremori e rigidità da impregnazione farmacologica. Viene ridotto il dosaggio di flufenazina, ma poi si ripristina la posologia precedente.

Il 30/12/95 Giuseppe viene dimesso definitivamente dall'Ospedale Psichiatrico con diagnosi di "Sindrome residuale in psicosi schizofrenica" e va a vivere nella residenza "Albatros" che si trova nel centro della città di Imola ed è gestita da una cooperativa. Giuseppe sceglie, come tutti gli ospiti della residenza, un proprio medico di base, di sua fiducia. Per quanto attiene invece la terapia psichiatrica, iscritta nel processo riabilitativo di cui fa parte come ex degente, farà riferimento agli psichiatri del Centro di Salute Mentale di Imola. La psichiatra che lo segue chiede a una collega di prendersi carico di lui, in quanto Giuseppe ha dimostrato di non accettare facilmente di relazionarsi con lei. È una scelta legittima, messa in atto nell'intento di migliorare il rapporto terapeutico. Nella comunità Giuseppe svolge alcuni compiti: apparecchia, porta nei cassonetti i sacchi della spazzatura. È molto autonomo nella sua vita all'esterno della città: va regolarmente nei migliori caffè, va spesso alla "bocciofila" che è un luogo di raduno molto frequentato, si reca spesso alla "Baracchina" al Parco delle Acque Minerali, che è una piacevole località all'interno dell'autodromo. Conduce insomma una vita simile ai tanti pensionati della città.

All'interno della residenza ha un atteggiamento collusivo nei confronti degli operatori: li invita spesso a giocare a carte e a conversare. Ma con le operatrici è un poco invadente con avances di carattere sessuale. È goffo, maldestro, si vede che non "ce la sa fare". Più di una volta bisogna richiamarlo all'ordine. Sono poche le persone che si sentono a loro agio con Giuseppe. In genere gli operatori devono controllare il proprio controtransfert. Si dirà che tutto ciò è patognomonico della malattia – "l'anaffettività, il narcisismo e dello schizofrenico" – e che l'errore di fondo degli operatori si basi proprio sul disconoscimento di tale patologia. Ma si può anche pensare, invece, che proprio il peso attribuito alla diagnosi abbia reso secondario lo sforzo volto rendere cosciente Giuseppe dei propri limiti caratteriali. Il rapporto di Giuseppe con il cibo è sempre problematico: Giuseppe è esigente, ma soprattutto è diffidente. Vuole i cibi confezionati, vuole assistere alla confezione delle pietanze ed essere servito separatamente rispetto agli altri ospiti. Per andare incontro alle sue esigenze gli si consente di accedere alla cucina e di confezionarsi i propri piatti; in effetti, si mostrerà per lungo tempo più tranquillo e fiducioso. Secondo i periti del P.M. invece si è solamente offerta a un paranoico la possibilità di appropriarsi dei coltelli. Un altro tema di costante contrasto riguarda l'assunzione orale dei farmaci, oggetto di continue contrattazioni. La controversia è l'evidenziazione di una crisi relazionale con i curanti, per l'alto valore simbolico che è insito nella "compliance" al trattamento. Giuseppe ritiene che i farmaci gli facciano male e, per la verità, mostra una certa rigidità nella mimica, una certa disforia soggettiva, probabile conseguenza di una intossicazione cronica da psicofarmaci o di un loro sovradosaggio. Verso gli altri ospiti di Albatros Giuseppe, a volte, si mostra arrogante, mostra in particolare avversione per alcuni ospiti della residenza, che nel loro aspetto fisico alterato portano con evidenza i connotati della malattia. Sembra quasi che rifiutando ogni contatto "contaminante" con i pazienti più chiaramente stigmatizzabili, voglia demarcare la sua estraneità al mondo della malattia. ... E tuttavia, per la prima volta nella sua vita, instaura un rapporto di amicizia profondo con una donna: è con D., una ospite assai mite, gravemente cardiopatica. Lui e D. passeggiano insieme in città, mano nella mano, rimangono appartati sulla veranda, si scambiano parole affettuose.

In seguito a una riorganizzazione dell'équipe del Servizio di Salute Mentale, con l'ottobre del '99 Enrico P. subentra, come medico psichiatra, alla collega che stava seguendo Giuseppe. Il nuovo psichiatra ritiene opportuno, dopo alcuni mesi, di ridurre il dosaggio farmacologico di Giuseppe. In quel periodo la residenza sta attraversando un momento particolarmente difficile: un paziente è in crisi e mette un po' tutti gli operatori e gli ospiti in tensione. «P. – si legge nel libro delle consegne – *ha minacciato con un*

pugno chiuso e ripetutamente Giuseppe. Per questa ragione Giuseppe si appropria furtivamente di un coltello di cucina». Gli operatori se ne accorgono e glielo sequestrano. Giuseppe risponde «in modo consapevole che lo avrebbe usato come arma di difesa nel caso che P. lo avesse aggredito». Questo episodio assumerà agli occhi dei periti il valore di un gesto patognomiconico di malattia e di conseguente pericolosità. Indubbiamente il gesto è inquietante, ma bisognerebbe considerare anche il suo valore deterrente nei confronti di P.: in quel periodo è P. che suscita molta paura tra gli ospiti della residenza. C'è poi un ulteriore evento che assumerà a posteriori una interpretazione negativa da parte dei periti: la "sospettosità delirante" di Giuseppe riguardo ai soldi che ha depositato in banca. Nei primi anni, dopo la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico, la direzione del DSM ha ottenuto che il budget usato, in precedenza, per pagare le spese di ricovero in ospedale psichiatrico sia interamente mantenuto per pagare le spese di risocializzazione fuori dall'ospedale. Dopo alcuni anni tuttavia la dirigenza dell'azienda sanitaria locale, per esigenze di bilancio, impone ai dimessi dall'Ospedale Psichiatrico una compartecipazione alle spese di gestione delle strutture territoriali. La direzione del DSM protesta vibratamente perché difende la tesi di un giusto risarcimento nei confronti degli ex internati in manicomio. Ma ogni sforzo è inutile! D'altra parte sono pochi i familiari che protestano, mentre i tutori dei pazienti (che, per la maggior parte, sono rappresentati dall'unica figura del sindaco di Imola) non eccepiscono sulla disposizione. Per questa ragione anche Giuseppe è costretto a pagare una quota mensile per la sua permanenza nella residenza: la somma viene detratta direttamente dal suo conto in banca. Quando Giuseppe è accompagnato dagli operatori della residenza all'Ufficio gestione del denaro presso il DSM, dove si svolgono le operazioni finanziarie che riguardano gli ospiti delle residenze, e gli sono fornite le spiegazioni, mostra tutto il suo disappunto. Quando perciò Giuseppe ripetutamente afferma: «... mi hanno portato via i soldi e vogliono che io paghi», esprime, anche se con modalità deliranti, un dato indiscutibile di realtà. Tenendo conto del suo carattere sospettoso e "anale" (secondo la terminologia psicoanalitica), questa detrazione di denaro non può non avere che un effetto scompensante: gli ripropone l'incombenza di una realtà istituzionale, che continua a sottrargli tutto – la libertà, la vita, i soldi.

Ma ancora più grave è il succedersi di ben tre eventi luttuosi, tutti per ragioni naturali, in un breve arco di tempo e ben due negli ultimi giorni. Tra i decessi c'è anche quello di D. Al profondo dolore si accompagna un sentimento di depressione, ma anche la paura e il timore per la propria salute. «... Qua vogliono ammazzarci tutti; hanno ammazzato le mie donne, hanno ammazzato D.» e nei confronti della coordinatrice: «Lui mi ha accusato

(delirando) che l'ho ammazzata». Giuseppe manifesta, in un crescendo drammatico, chiari sintomi di peggioramento. «Non accetta nessun tipo di dialogo, ma si guarda continuamente in giro e osserva tutto e tutti». Alle sue minacce, gli operatori appaiono in difficoltà e questo loro imbarazzo conferma ulteriormente Giuseppe nelle sue paure. Ma i suoi timori persecutori si materializzano in tutta la loro pregnanza attraverso il comportamento di Aldo, che è diventato ai suoi occhi il suo vero nemico. Di quel Aldo, si badi bene, con il quale c'è sempre stato un rapporto conflittuale. Lo scontro diventa adesso una sorta di sfida. Giuseppe dice chiaramente che, se non lo lascia in pace, lo ammazzerà. Gli ha anche specificato che lo ucciderà con un coltello. Gli ha gridato in faccia che lui «vuole vivere». Giuseppe si sente solo, cacciato in un angolo senza via di uscita, sente che la sua partita con la morte è arrivata alla fine e... la morte arriva drammaticamente.

Dopo quel giorno ogni contatto con la realtà è interrotto. Giuseppe è «totalmente incapace di intendere e di volere», non è più una persona, ormai è uno stereotipo, è un folle pericoloso, è il mostro che agita le nostre angosce. Per telefono la sorella Federica urla: «Non voglio avere nulla a che fare con lui. Abbiamo chiuso ogni rapporto da molti anni!» Lo fotografano, lo tengono legato al letto con tutti quattro gli arti, lo spediscono all'Ospedale Psichiatrico di Montelupo Fiorentino, è guardato a vista. Al colloquio con i periti, Giuseppe appare in preda a deliri e a paure: privato della responsabilità dei suoi gesti è privato del tempo. Dice: «sono già morto». Più che un delirio, queste parole sembrano una riflessione sul tragico destino che lo perseguita e che è arrivato al suo atto finale. «Rivière si credeva morto e non voleva prendere alcuna cura del suo corpo; aggiungeva che desiderava che gli si tagliasse il collo, la qual cosa non gli avrebbe causato alcun male, poiché era morto».

È avvenuto quello che Giuseppe ha sempre cercato di negare a sé stesso e contro cui ha lottato gran parte della sua vita: essere un matto pericoloso da rinchiodare in un manicomio giudiziario. La profezia si è avverata, la sconfitta è irrimediabile: lui è ormai dentro il «buco nero» dell'OPG. Giuseppe ha lottato sempre contro un padre-padrone: ha lottato contro il proprio padre, che era anche padrone del terreno agricolo su cui lavorava, contro il padre che lo ha lasciato in ospedale psichiatrico, quando poteva essere dimesso; ha lottato contro i tribunali che lo hanno condannato, contro il pubblico ufficiale che gli contestava le infrazioni, ha lottato contro gli psichiatri che gli hanno provocato delle angosciose crisi dislettiche, ha lottato contro l'educatore professionale che voleva dimostrargli di essere il più forte. Ha lottato e continuerà a lottare a testa bassa fino alla morte, per non prendere coscienza che tutti i suoi sforzi sono stati inutili e che avevano ragione tutti gli altri...

Ogni considerazione sulla importanza decisiva dei dosaggi farmacologici, che avrebbero evitato l'omicidio, trova la sua vanificante verifica nei giorni e nei mesi successivi: la ripristinata terapia non incide minimamente sulla condizione psichica del soggetto. Nonostante sia sottoposto a trattamento long acting, manifesta infatti una notevole aggressività e uno "scarso controllo dell'impulsività". L'8 febbraio 2003, il paziente viene trasferito presso l'OPG di Napoli, ove rimane ricoverato sino al 4 aprile 2003. Ma i comportamenti aggressivi non mutano neanche a seguito del successivo trasferimento presso l'omologa struttura di Reggio Emilia. Qui l'aggressività del paziente non permette ai sanitari neppure di avvicinarsi per i prelievi del sangue. In tutto il periodo della sua detenzione presso i tre Ospedali Psichiatrici Giudiziari il paziente è sottoposto ad una terapia farmacologica massiccia e costante, ma senza esito. Quando gli episodi di aggressività si attenuano, ciò sembra dipendere dai cambiamenti ambientali e relazionali piuttosto che dall'incremento dei farmaci. Paradossalmente la ripristinata terapia incide solo in modo negativo sulla sua condizione fisica: quella condizione che Giuseppe ha sentito minacciata dai farmaci e che lo psichiatra curante, in qualche modo, si era preoccupato di difendere.

In data 23 settembre 2003 Giuseppe muore presso l'OPG di Reggio Emilia per «*shock emorragico da imponente emorragia digestiva, derivata dalla fistolazione di un vaso mediastinico di un voluminoso diverticolo paraesofageo*». Anche questa volta è la fuoriuscita del sangue che si porta via una vita. Ma questa volta il sangue sgorga dentro, invade e comprime gli organi, occlude la trachea... Attimi infiniti di angoscia, attimi di puro terrore. Giuseppe M. muore all'età di 62 anni, muore in un manicomio giudiziario, nel luogo dove non avrebbe mai dovuto andare, né 30 anni prima, quando la legge 180 ancora non c'era, né dopo l'omicidio, nel 2000, a distanza di 22 anni dalla promulgazione di quella legge.

1.10. Un articolo di stampa

Da "Sabato Sera", Settimanale. Sede: Viale Zappi 58, Imola.

Anno XXXIX. n. 26, 24 giugno 2000

"Assenze e presenze – Interviene Ernesto Venturini, responsabile della Salute Mentale".

Quest'anno ricorre il decennale della prima residenza sorta dal superamento dell'Ospedale Psichiatrico di Imola – "Cà del Vento" –, nata da un patto di solidarietà, stipulato con grande intensità ed emozione tra gli operatori del sistema sanitario, i pazienti e i cittadini. Esperienza emblematica e originale che corrispondeva al reciproco riconoscimento di un ruolo atti-

vo, svolto nella definizione e nella difesa della salute. Da quel momento altri importanti passaggi di grande intensità simbolica, come la festa del "Sale e degli Alberi", sono stati compiuti in un lungo cammino, che ha attraversato la città, cercando di corrispondere ai bisogni di salute, ma anche a quelli di contrattualità sociale dei portatori di disagio psichico.

All'inizio di quest'anno, di fronte a mutate condizioni sociali, di fronte a un atteggiamento talvolta assente e distratto della comunità, ci siamo interrogati sul come favorire nuove occasioni per rinnovare quel patto. Da un punto di vista istituzionale i Piani territoriali di salute, previsti dal Piano sanitario regionale, sembravano favorire proprio questa possibilità. Abbiamo messo in campo alcune iniziative, sperando di arrivare quanto prima a un momento forte – a un dibattito pubblico sulla promozione della salute mentale – che potesse coinvolgere quanti più soggetti possibili.

... Le circostanze hanno mutato questo percorso. Dopo il tragico evento del 24 maggio, nulla sembra più come prima! È iniziato un dibattito, diverso da quello originariamente previsto, condotto per lo più attraverso i mass media, fatto di accuse, di rivalse, di tensioni, dove si rimarcano di volta in volta alcune presenze e alcune assenze. È assente, purtroppo, C. A.!

Le parole di fronte a questa assenza – vera, irrecuperabile – perdono ogni significato, appaiono inidonee. Si può solo balbettare il proprio smarrimento e dolore. La consapevolezza, desunta dall'analisi dei fatti, di trovarsi di fronte a un evento imprevedibile, non attenua un sentimento di malessere e di disagio. Martellanti domande accompagna ogni nostro momento: si poteva fare qualche cosa di più? che cosa è mancato?

Cercare di sostituire una assenza con una presenza è un sentimento naturale, immediato. Viene da pensare, allora, che si potrebbe istituire una borsa di studio, un premio, per gli operatori del settore sociosanitario che porti il nome di C.A., che lo ricordi, che mantenga la sua memoria...

Ma è assente anche una altra voce: quella che qualcuno ha definito la voce del "delinquente", quella di M. G. l'accoltellatore, il "pazzo furioso". Un destino iniquo si è riproposto beffardamente proprio quando sembrava sconfitto per sempre... Noi siamo stati incapaci di aiutare M. G. Il suo rifugiarsi nella psicosi evidenzia la nostra impotenza e colpisce la nostra presunzione: avevamo pensato che la riabilitazione attuata avesse avuto ragione delle ferite del manicomio... Ma per alcuni quelle ferite sono troppo profonde, sono insanabili. Se Primo Levi – lui, così privilegiato, sostenuto dagli affetti e dalla cultura – non ha potuto sopportare, fino in fondo, la ferita dell'olocausto, allora vuol dire che una grande disperazione può mantenere le sue trame, anche dopo la chiusura del manicomio.

Ma non si può lasciare a G. M. tutta la responsabilità del gesto: non può G.M. diventare il facile capro espiatorio di tutto. Per questa ragione

penso di dovermi schierare dalla sua parte, di far mie le sue "ragioni", di con-dividere insieme con lui la condanna da parte degli altri. Il mio compito di medico è di stare dalla parte del paziente fino in fondo, senza distinzioni e, come diceva Basaglia, sentire sulla propria pelle il disprezzo che accompagna di solito i gesti dei folli. E in effetti, in questi giorni, sono assenti proprio le loro voci: le voci dei pazienti, invitati a non farsi vedere, ricacciati nelle loro istituzioni, "estranei" in quelle strade e in quelle piazze, che credevano di avere diritto a frequentare. Alcuni saranno trasferiti da una struttura all'altra, solo in nome della loro storia, non dei loro bisogni o dei loro diritti. Nelle residenze sorte dalla chiusura dell'ospedale psichiatrico vige l'insicurezza. Ci vorrà chissà quanto tempo per recuperare la naturalezza, che ha accompagnato la esistenza di questi ultimi anni. Quanto è lontano il periodo in cui i genitori dei giovani scolari andavano a richiedere, con forza, agli insegnanti di far partecipare i propri figli alla realizzazione comune, tra ex pazienti e scolari, di alcune rappresentazioni teatrali!..

È assente, in questo dibattito, l'ottimismo, quel sentimento di gioia profonda che abbiamo provato nel giorno del "Sale e degli Alberi", quel sentirsi protagonisti di un processo collettivo di restituzione dei diritti, quel percepire nei fatti la concretezza del cambiamento! È assente, peraltro, anche la memoria del manicomio. Ci siamo dimenticati (ma forse qualcuno non li ha mai visti!) quegli enormi stanzoni, le urla, l'odore di urina, le camere di isolamento, quella prigione che tutti accomunava, pazienti e operatori, e che con grande abnegazione e competenza molti operatori avevano cercato, in tanti anni, di attenuare o sconfiggere. Oggi si parla di qualità della vita, di risultati e si fa finta di non ricordare da quale punto di partenza questo processo si sia avviato, e solo pochi anni fa! È presente invece la paura, la rabbia, è presente una sorta di delirio, simmetrico a quello di G. M., che ci fa nemici l'uno all'altro, alla ricerca di capri espiatori, che possano placare la nostra incertezza. È presente, in questo dibattito, la "vecchia" psichiatria e le sue categorie di imprevedibilità e di irrecuperabilità. In effetti fissare l'attenzione sulle residenze è stato del tutto strumentale: l'evento si connatura fino a un certo punto con il rischio di libertà del paziente dimesso, appartiene invece alle situazioni dove tale rischio non è previsto. Appartiene, ad esempio, al mondo dei sani (vengono i brividi nel constatare, in questi giorni, quanti così detti "raptus" accadono nella vita di tante sane famiglie!), ma appartiene anche ai luoghi custoditi, dove vige la violenza (nei vecchi manicomi, ad esempio, ma anche negli attuali Servizi di diagnosi e cura). Il paziente psichiatrico non è violento, ma la situazione psichiatrica, sì! Vi sono "luoghi" di emarginazione, di grande sofferenza (la situazione psichiatrica, il carcere, il mondo delle tossicodipendenze, ecc.), dove vengono incanalate tutte le contraddizioni sociali, i bisogni psicologi-

ci non risolti, tutto ciò che disturba l'immagine di un certo ordine e di una certa "pulizia"... situazioni esplosive e violente. La pericolosità non è un fattore individuale: è una conseguenza della situazione complessiva, al cui interno la esperienza individuale si declina. La situazione psichiatrica contiene dunque il rischio della violenza, ma la risposta non può essere violenta: deve dipanare il groviglio delle contraddizioni e riportare la situazione alle sue possibilità di cura.

Perché ho voluto parlare di ciò? Per sottolineare il valore di una professione, quella psichiatrica, dove gli operatori, giorno per giorno, disinnescano situazioni difficili e complesse (non dissimili, a volte, a quella che monopolizza oggi la nostra attenzione) e lo fanno con grande professionalità e dedizione. Parlo degli psichiatri, degli infermieri, delle assistenti sociali, degli educatori professionali, degli addetti di base, di tutti coloro che lavorano nel dipartimento di salute mentale di Imola. Parlo di un servizio non autoreferenziale, attento a dotarsi di strumenti di accreditamento della qualità, teso a una medicina basata sull'evidenza, un servizio integrato con gli altri servizi dell'Azienda e che cerca di contribuire al raggiungimento dei suoi obiettivi di salute. Un servizio imperfetto (certo!), come ogni organizzazione e istituzione (anche se qualcuno vede forse troppe pagliuzze nei nostri occhi e non vede le travi nei suoi!), ma disposto al cambiamento. Ma allora dove origina il malessere degli operatori delle cooperative, che appare così presente e diffuso?

Innanzitutto bisognerebbe sgombrare il terreno da una sorta di rappresentazione delle residenze come di una terra di nessuno, abbandonata a sé stessa. Ci sono stati momenti di formazione, di supervisione, c'è stato un gran lavoro con gli ospiti e con la comunità esterna (studi sull'impatto sociale, sulla qualità della vita nelle residenze), c'è una organizzazione che prevede un sistema articolato di comunicazione: l'operatore può esprimere i suoi dubbi al coordinatore della struttura, parlare con l'assistente sociale, con lo psichiatra di comunità, ci sono le riunioni di staff e di équipe settimanali, altre quindicinali e mensili. Eppure se gli operatori denunciano un malessere, devono essere attentamente ascoltati. Rappresentano il punto più fragile dell'organizzazione, quello soggetto al peso maggiore delle contraddizioni sociali ed economiche, ma esprimono esigenze vere. Qualche cosa è dunque mancato! Non certo l'attenzione clinica, né il sistema di regole o di protocolli, tutto formalmente presente. Quello che è mancato è stato forse "il gruppo", e non intendo parlare del lavoro di équipe, senza dubbio necessario, intendo parlare del "cemento ideale" che dà senso e motivazione all'agire di un gruppo, che dà senso di appartenenza, che non fa sentire soli. Quell'idea che accomuna pazienti ed operatori in un progetto di libertà e di diritti. Quando questo sentimento permea un gruppo, gli errori di distorsio-

ne comunicativa diminuiscono, è più facile curare l'altro, ci sono più vicine le sue ragioni, si attenuano le paranoie e i deliri, insiti in ogni relazione. È troppo forte la psicosi perché possa essere affrontata dai singoli! E quando non c'è stabilità nella équipe, quando non c'è memoria storica degli avvenimenti, il gruppo è assente.

Chi avrebbe dovuto fornire questa "idea"? Non certo un singolo: questa idea è un processo complesso che si genera da più situazioni e da più persone, si genera dentro un campo sociale. Questa idea nasce dal rapporto con la città, dal modo con cui la città guarda a questi luoghi, li riconosce come parte di sé. Io credo, ad esempio, che il "modello Cà del Vento" abbia una forza intrinseca rilevante, che aiuti a evitare arretramenti o inerzie. Perché allora non è stato riprodotto in altre circostanze? Semplicemente perché non si trovano altrettanti cittadini disposti, come a "Cà del Vento", a condividere, nei fatti e non nelle parole, le ragioni dei più deboli. Abbiamo più volte detto che la soluzione delle residenze per il superamento dell'ospedale psichiatrico è analoga a diverse esperienze europee. È pur vero, però, che il processo a Imola si è realizzato con una sua specificità: il coinvolgimento attivo dei cittadini e quello delle cooperative del privato sociale. Come sarebbe stato possibile operare una trasformazione, senza tener conto della straordinaria risorsa presente nel tessuto sociale di questa città? La ricchezza della realtà imolese (e anche la sua ricchezza economica, si badi bene) fa riferimento proprio al suo capitale sociale. E le residenze di cui stiamo parlando nascono dalla cultura della solidarietà, dai valori di fiducia e di reciprocità. E, a ben vedere, ciò che oggi viene criticato non è proprio il peso che a questi valori è stato attribuito nel processo di superamento dell'ospedale psichiatrico? Non sono forse questi valori che si vogliono mettere in soffitta, come anacronistici e velleitari?

Ascolto con attenzione le varie ragioni e credo che di avere molto da imparare, eppure non mi sembra che l'idea di costituire una "casa" per chi sia stato dimesso dall'ospedale psichiatrico sia intrinsecamente sbagliata. Non mi sembra che ci si debba vergognare di ciò che è stato costruito in questi anni, né che ci sia una colpa da nascondere in questi giorni.

Personalmente sono orgoglioso di aver partecipato, insieme con tante altre persone, alla nascita di "Cà del Vento", della "Pascola", di "Casa Basaglia", di "Cà del Picchio", di "Samarcanda", di "Albatros", dei gruppi Appartamento situati a Imola, dell'"Autogestito" e del "Lollipop", mi sento fiero di aver contribuito alla nascita di "Cà del Faro", di "Primo Vanni", di "Macondo", dell'"Hotel Selice", di "Leandra", di "Forniolo" e di "Casa Sintoni". Gli esiti di questo lavoro collettivo sono leggibili da tutti, sono stati documentati da lavori scientifici comparsi su riviste nazionali ed internazionali. La lettura stessa dei "progetti riabilitativi" operati dal personale

delle cooperative nelle residenze testimonia un grado elevato di successi. Provo riconoscenza per chi ha favorito questo processo (la AUSL, la Regione, ma soprattutto gli operatori, i cittadini, i familiari, gli utenti). Sono grato alle persone che in questi anni ho avuto modo di conoscere e di apprezzare... persone come Ateo e come Edoarda, la cui lettera continua ad aiutarmi nei momenti di difficoltà e di amarezza...

Castrocaro, 27 settembre 1997

Ci hanno sempre chiamati matti, invece abbiamo sofferto durante la nostra esistenza e adesso ci ritroviamo vecchi e vogliamo dirvi che siamo normali. Lavoriamo nella nostra casa e non viene il conto a casa vostra. Siamo venuti qui e, dopo essere stati a Imola, ci sentiamo in ferie. Qualcuno ha avuto fiducia in noi e ci ha dato questa casa e noi crediamo in coloro, che hanno fiducia in noi. Quando usciamo non ci sentiamo odiati, sentiamo la curiosità della gente che ci guarda, ma non ci dà fastidio; e anche per gli altri dovrebbe essere così. Passiamo le giornate come se fossimo a casa nostra: la mattina facciamo i lavori di casa, facciamo la spesa, compriamo il pane, la frutta, così impariamo per quando saremo soli. Andiamo a letto quando ci pare, mangiamo quello che ci sentiamo, come nelle case di tutte le altre persone. Dal mattino fino alla sera noi giochiamo con qualcosa, che si dice armonia; dalla prima ora che ci alziamo, fino all'ultima ora che andiamo a letto. Tutto questo ci fa sentire in una casa e ci rende felici: la felicità, per noi, è godere le cose che ci sono mancate nel manicomio! Edoarda L. (ospite di "Cà del Faro")

2. Le perizie

Riporto di seguito le perizie di ufficio promosse dal Pubblico Ministero e dal GIP del Tribunale Penale e Civile di Bologna. Espongo per intero i quesiti e le conclusioni delle quattro perizie, mentre invece, rispetto al resto del loro contenuto, riferisco solo alcune frasi. Sono consapevole dei limiti insiti in ogni estrapolazione, me ne scuso, sottolineo però lo sforzo esercitato per essere aderente, quanto più possibile, al senso letterale del testo. D'altronde non intendo contestare la correttezza professionale del lavoro svolto dai colleghi. Mi propongo semplicemente, partendo dal materiale prodotto, di sviluppare una lettura dissimile a quella operata dai periti e che ha influito in modo decisivo sulle sentenze dei giudici. Ho utilizzato semplicemente una chiave di lettura della malattia mentale diversa dalla loro.

2.1. Perizia del consulente tecnico del P.M. sulla imputabilità e pericolosità sociale di M. G.

In data 24-5-2000 io sottoscritto, dr. A. R., sono stato convocato dal dr. S. O., Sostituto Procuratore della Repubblica di Bologna, presso gli Uffici del Commissariato di Polizia di Stato di Imola in qualità di consulente tecnico del P.M. al fine di eseguire accertamenti psichiatrici in relazione alla consumazione dell'omicidio di C.A., avvenuto quella stessa mattina presso la "Comunità Albatros" ove la vittima svolgeva mansioni di educatore, da parte di M. G., uno degli ospiti della struttura. Dopo essere stato informato dei fatti e aver partecipato, unitamente al P.M., ad un primo sopralluogo presso la suddetta Comunità, mi veniva formalizzato il seguente incarico:

- dica il consulente se M. G. sia stato al momento del fatto capace di intendere e/o volere, ovvero se per vizio di mente la sua capacità debba ritenersi esclusa, ovvero attenuata ed in quale misura;
- dica se M. G. debba considerarsi attualmente socialmente pericoloso;
- riferisca quant'altro di utile ai fini di giustizia.

Il P.M. raccomandava successivamente che i quesiti relativi all'imputabilità e alla pericolosità sociale trovassero sollecita anche se parziale risposta.

Le conclusioni della perizia sono:

Sulla base di quanto sopra esposto e discusso ritengo di poter confermare quanto già preliminarmente risposto ai quesiti formulatimi nel seguente modo:

- all'epoca dei fatti M. G. versava, per infermità di mente (schizofrenia cronica in fase di riacutizzazione) in condizioni di totale esclusione della capacità di intendere e di volere;
- il soggetto presenta una elevata pericolosità sociale dipendente dalla suddetta infermità.

Bologna, 19 agosto 2000.

Il perito del Sostituto Procuratore della Repubblica di Bologna chiamato ad esprimersi sulle condizioni psichiche di M. G. non ha dunque difficoltà a dichiarare la totale incapacità di intendere e di volere del soggetto e la sua pericolosità sociale. Nella formulazione del giudizio ha un peso rilevante la documentazione prodotta, che, nel caso specifico, consiste nella lettura delle cartelle cliniche e nella/e diagnosi. Le cartelle si riferiscono ai ricoveri negli OPG di Reggio Emilia e di Aversa e a quelli successivi negli istituti psichiatrici di Imola. Chi ha esperienza del settore sa quanto scarsa sia l'attendibilità scientifica delle cartelle cliniche scritte in ospedale psichiatrico. Dopo la fase iniziale del ricovero, durante la quale vengono descritti ossessivamente i parametri biologici, i dosaggi farmacologici e i compor-

tamenti del paziente, si passa progressivamente a una carenza quasi totale di annotazioni. Verranno descritti solo gli eventi “negativi” – le malattie fisiche, i momenti particolarmente critici. È evidente come una simile rappresentazione clinica non possa che incidere negativamente sul profilo del paziente e serva a giustificare l’apparato di controllo esistente³. La cartella serve a confermare la diagnosi, e la diagnosi psichiatrica precede spesso ogni osservazione. Molti psichiatri finiscono per fidarsi troppo della loro intuizione (e naturalmente anche della loro esperienza) e cercano solo a posteriori le “prove” della loro ipotesi. Anche le perizie, a ben leggere, sono, spesse volte, orientate alla ricerca di conferme di ciò che fin dall’inizio delle operazioni peritali è già predeterminato⁴. Scrive infatti il perito: «... *anticipando, fin d’ora, che i giudizi all’epoca espressi saranno integralmente confermati*». È comunque particolarmente sintomatico un lapsus che si apprezza nella scrittura *«le vecchie cartelle propongono un uomo già immerso nella dimensione psicotica»*. Quel “già” non sottolinea forse, in modo capzioso, una dimensione di irrecuperabilità? E quando il paziente rifiuta la terapia, si applica un sillogismo tutto da dimostrare: vuol dire che *«non ha coscienza di malattia»*. Naturalmente è privo di significato, agli occhi del perito, che il paziente accetti i farmaci, che servono a bilanciare gli effetti collaterali degli anti psicotici. Infatti il paziente non rifiuta genericamente “la terapia farmacologica”, rifiuta invece quei farmaci che gli hanno provocato in passato gravi malesseri. Quando poi compaiono atti di violenza (ma nel clima repressivo di un OPG è facile imbattersi in tali eventi), allora vuol dire che il paziente *«è estremamente pericoloso in senso psichiatrico»*. E anche se M. G. sta bene per un lungo periodo (per quasi 20 anni!), il perito ci mette subito in guardia: si tratta di un semplice *«raffreddamento del quadro psicopatologico»*. Ci tiene, il perito, a correggere ogni fallace illusione rivelandoci i trucchi della malattia: *«a cavallo del 1988 addirittura viene descritto come tranquillo e disponibile al colloquio, persino ironico e scherzoso»*. Quell’*“addirittura”* e quel *“persino”* rivelano che, agli occhi

³ Vorrei osservare che la cattiva abitudine di non trascrivere sul diario medico gli avvenimenti “positivi” del paziente – l’autonomia, la cura di sé, le relazioni – perdura tutt’ora. Tale abitudine può imputarsi a processi psicologici che tendono a registrare più facilmente nella nostra memoria i dati negativi rispetto a quelli positivi, ma esprime anche il timore del medico di essere denunciato per omissione di atti di ufficio: non registrare una malattia fisica può essere valutato come una omissione grave, mentre invece non registrare un miglioramento relazionale può essere considerato solo come una lieve dimenticanza.

⁴ Franco Basaglia denuncia *«la tendenza a isolare i fenomeni, come se non nascessero e non si presentassero in una rete di relazioni e di rapporti reciproci, per affrontarli divisi, separati dal tessuto di cui sono uno degli elementi, e poter far loro assumere un carattere assoluto, naturale»*. Basaglia F. (1974), *Psichiatria e Giustizia in La pratica della follia*, ed. Critica delle Istituzioni, Venezia.

dell'esperto, la malattia non ha scampo, non può fingere! E così la lettura a posteriore permette di supportare l'ipotesi iniziale. Dirà l'avvocato difensore di P. E. nella sua richiesta di appello alla sentenza di primo grado: *«il perito dal 1970 al 2000 riduce l'esistenza del M. G. a una ventina di episodi reattivi a eventi: ma non colti e inquadrati nella loro natura reattiva (reattiva a terapie forzate, restrizioni di libertà, clima emotivo ad alta espressività, lutti, aggressioni, minacce, etc.); ma bensì li considera alla stregua di agiti autonomi derivati da un malfunzionamento di "una macchina bellica", frutto di una mina incontrollabile da disinnescare»*. D'altronde non appare meno influenzata da stereotipie, la perizia stessa dei consulenti di parte, che per suffragare il valore degli eventi esterni sul comportamento di M. G., dichiarano che *«i più recenti studi hanno dimostrato che i pazienti schizofrenici, per quanto dissociati dalla realtà, presentano sovente disturbi della sfera affettiva che possono conseguire a legittime e prevedibili reazioni a lutti e perdite»*. In pratica è come dire che gli schizofrenici "sovente" appaiono dotati di sentimenti, proprio quasi come i soggetti normali (no comment!).

L'altro elemento "oggettivo" per la formulazione del giudizio consiste nella visita medica. In questo caso però il perito non riesce a stabilire nessun contatto relazionale significativo. La prima visita medica avviene subito dopo l'omicidio, quando l'elemento emozionale è intensissimo sia per M. G., sia per tutti gli altri (e quindi per il perito stesso). La seconda visita si svolge nell'OPG di Montelupo. Il perito rileva in M. G. un atteggiamento oppositivo, ostile nei suoi confronti è ciò confermerebbe ulteriormente la sua diagnosi. Ma il perito non sembra considerare che M. G. si trova di fronte proprio colui che, in qualche modo, ha sancito il suo internamento: perché mai dovrebbe mostrarsi collaborativo? non è forse ipotizzabile un qualche rancore? un qualche timore? M. G. richiede la presenza di un infermiere durante il colloquio, manifestando il suo bisogno di sentirsi difeso e protetto, evidenzia come non ci si trovi di fronte a un rifiuto generico e generalizzato di rapporto, bensì di fronte a un rifiuto specificamente mirato nei confronti del perito. Il perito tuttavia vede dinanzi a sé soltanto uno *«schizofrenico paranoico delirante»*, che afferma: *«sono già morto»*. Ma questa frase è una espressione delirante o non esprime forse il vissuto esistenziale di chi si trova rinchiuso in una istituzione che già in passato gli aveva tragicamente spezzato la vita? non può questa frase esprimere un sentimento di colpa, che opprime la coscienza e che fa avvertire l'angoscia della morte?

Sulla base delle cartelle cliniche e dei colloqui vengono espresse le seguenti considerazioni tecniche: *«ci troviamo di fronte a un caso clinico di schizofrenia con fasi attive, fasi di appiattimento dell'affettività, con abulia, negativismo, ritiro e chiusura... Ci troviamo di fronte a una tipica alternanza*

di sintomi positivi e negativi... I temi persecutori dimostrano una rilevanza per il rischio di aggressività etero diretta tipica della patologia». Ma in questa perizia, come in altre, si dimenticano troppo spesso i riferimenti scientifici che pongono in seria critica ogni rigido determinismo prognostico⁵.

Tutte le esperienze di vita del paziente, le sue relazioni, il peso dei *life events* sono annullate di fronte all'inevitabile alternanza di sintomi, alla evoluzione infausta della malattia: dopo il "raffreddamento" iniziato negli anni '80 (con o senza flufenazina) si avrà, prima o poi, una riacutizzazione (con o senza flufenazina). Non è possibile immaginare M. G. socialmente inserito, recuperato: se ciò accade è solo parvenza, è l'astuzia della malattia che si nasconde e che tuttavia, "per fortuna", non sfugge all'occhio dell'esperto. È inevitabile perciò la considerazione conclusiva, che assume un valore cruciale: l'omicidio è «un gesto sintomatico, espressione diretta della psicopatologia di cui egli è affetto». Il gesto è reificato, reso malattia, reso storico.

Il perito registra le frasi disperate di M. G. - «... hanno ammazzato D. e io voglio vivere» -, registra lo scontro con C. A. con il suo pesante messaggio di sfida, registra il grave scollamento di comunicazione tra il medico e la coordinatrice della residenza, registra le frasi minacciose di M. G. - «... eliminare i becchini... sono costretto ad ammazzarvi e mi dispiace di doverlo fare» - messaggi gravi, inequivocabili, sicuramente anche disperate richieste di aiuto. Ma il legame del gesto con il comportamento di C. A., con la morte di D. viene scotomizzato. Ci troviamo di fronte a un omicidio annunciato, non perché la persona in grave difficoltà sta lanciando messaggi

⁵ Ci si riferisce agli studi longitudinali riguardanti pazienti con diagnosi di schizofrenia. Solo per citare i più famosi: quelli di Bleuler (1968) a Zurigo, di Ciompi e Muller (1980) in Svizzera, di Tsuang *et al.* (1979) in Iowa, di Huber *et al.* (1980) in Germania, di Ogawa *et al.* (1987) in Giappone, di Harding *et al.* (1987) nel Vermont, di De Sisto *et al.* (1995) nel Maine. I risultati di questi sette studi di follow-up riguardano in totale circa 1700 pazienti, hanno una durata media di 30 anni e documentano un netto miglioramento dei pazienti nel 31% dei casi. In ogni caso gli studi longitudinali hanno evidenziato l'eterogeneità delle prognosi nelle sindromi schizofreniche. M. Bleuler, a conclusione delle sue ricerche, afferma: «Relativamente al decorso e all'esito delle psicosi schizofreniche, prolungate ricerche alle quali ho partecipato per più di sessant'anni hanno confermato ciò di cui si era dubitato per un lungo periodo. Non esiste un decorso specifico della malattia (Bleuler M., 1978; Ciompi L., 1984). Invece, gli esiti delle psicosi schizofreniche sono estremamente diversificati, variano da guarigioni prolungate a decorsi intermittenti, a psicosi prolungate di intensità grave e leggera. Per un lungo periodo molti psichiatri hanno creduto che una definizione precisa della diagnosi indicasse una prognosi specifica. L'esperienza ha mostrato che non importa come si formula la diagnosi: essa mai assicura un decorso e una prognosi prevedibili (...). Il decorso delle psicosi schizofreniche non evolve mai nella direzione di un progressivo impoverimento della vita interiore, mai verso una "demenza" del tipo trovato in danneggiamenti cerebrali diffusi. La vita interiore può essere nascosta da una mancanza di espressione, nel mutismo per esempio, ma non è perduta» (Bleuler M., 1991).

di aiuto, che malgrado la paura prodotta sugli operatori non sortiranno effetti concreti, ma semplicemente perché, in quanto schizofrenico paranoico, non potrà che commettere il suo gesto sintomatico.

Il gesto estremo che egli mette in atto la mattina del 24-5-2000 altro non è che l'estrinsecazione di tale angosciosa percezione della realtà esterna, e rappresenta, nel suo vissuto delirante, un modo di difendersi da ciò che egli sentiva essere un pericolo incombente ed imminente. Tralasciando i riferimenti della letteratura psichiatrica tradizionale, potrà essere sufficiente riportare, a titolo esemplificativo di tale condizione psicopatologica e delle drammatiche conseguenze che ne possono derivare, alcuni passi tratti dal libro "Voglia di ammazzare. Analisi di un desiderio", scritto da uno psichiatra, Vittorino Andreoli... A proposito della schizofrenia egli afferma: «... la forma che più contribuisce all'omicidio è la schizofrenia paranoide, caratterizzata, soprattutto all'esordio, da episodi di interpretazione delle persone e dell'ambiente, come se il mondo si muovesse con scopi esclusivamente rivolti al malato: dapprima stimola sospetti, poi atteggiamenti di difesa fino al vero e proprio delirio persecutorio, per cui tutto e tutti agiscono per provocare la sua morte. Il malato diventa negativista: non accetta il cibo poiché è sicuramente avvelenato, non assume le terapie, vede i medici come nemici. Si isola in una stanza, attento solo a difendersi dalle strategie di morte».

E ancora, analizzando le fasi residuali della schizofrenia quando, in teoria, la produttività delirante dovrebbe lasciare spazio alla cronicità e al distacco dal mondo, egli aggiunge: «... in questa fase l'omicidio ha una dinamica differente, avviene per uno scatto, quando il paziente si sente invaso, quando non viene lasciato in pace... come risposta immediata, come reazione».

In questa *weltanschauung* non viene sequestrato solo il senso del gesto del paziente, ma anche quello di chi si confronta con lui: i gesti sono reificati, privati della loro particolarità storica e soggettiva. Le aggressività, le ambiguità, in sostanza tutta la complessità comunicativa contenuta in ogni messaggio viene annullata.

A. C., ad esempio, è animato certamente da buone intenzioni, ma il suo approccio è sbagliato non solo per la mancata conoscenza dei precedenti di M. G., quanto per la mancanza di quella empatia che lo avrebbe portato a immedesimarsi nel paziente, a chiedersi la ragione del suo comportamento, ad adottare un approccio meno rigido. A. C. pensa al suo riscatto, al suo disagio di operatore, messo in difficoltà dalle "inadempienze" dei medici, pensa che l'unica cosa importante sia ristabilire, a ogni costo, il predominio dell'"ordine" sul "disordine". Di fronte però alla "incapacità di intendere e volere" dello schizofrenico, il valore dei vissuti di A. C. e delle sue relazioni è completamente vanificato.

Il "compito" è "compiuto"! Il perito ha provato la sua tesi: tutta la storia

del paziente ben si incasella dentro lo schema diagnostico stabilito. La dimostrazione contiene anche un altro implicito messaggio: questi incidenti sono la spiacevole conseguenza di una ideologia antipsichiatrica che considera i pazienti solo come delle vittime e non come dei malati; sono il risultato di una scarsa considerazione della diagnostica, particolarmente quella rivolta a chi invece dovrebbe, sempre, essere considerato ad alto rischio di violenza!

La perizia dichiara dunque, in pochi giorni, M. G. in-imputabile e socialmente pericoloso; si è trattato in fondo di un semplice pro forma. Tutto, dall'efferatezza del crimine alle sue modalità, lascia pochi dubbi. Inviato prontamente in ospedale giudiziario M. G. scompare dalla scena. I suoi gesti e le sue parole d'ora in avanti verranno interpretate negli atti giudiziari solo da altri, lui non avrà più il dovere di difendersi o di dichiararsi. Gli si riconosce infatti il "non senso" dei suoi pensieri e dei suoi comportamenti, sia per il passato che per il presente, ma fatalmente anche per il futuro. Queste procedure nelle intenzioni del perito, indiscutibilmente animato da lodevoli intenzioni, dovrebbero difendere i diritti e gli interessi di M. G. In realtà, come l'evolvere degli avvenimenti dimostra, il ricovero in ospedale psichiatrico non solo non sarà di giovamento alle condizioni psichiche del paziente, ma si connoterà soprattutto per un loro drammatico aggravamento, fino alla morte. Il Giudice di primo grado, rifiutando di accettare negli atti del processo una dichiarazione sulla condizione psichica di M. G. in OPG, che sotto trattamento farmacologico non migliora, dichiara (candidamente!) che M. G. *«non è più la stessa persona... per lo sradicamento da un contesto ambientale tranquillizzante... e per gli effetti di una restrizione pre-carceraria in una struttura prevalentemente contenitiva quale è l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario»*.

Orbene proviamo a immaginare ora una trama diversa da quella che effettivamente si è svolta. Si obietterà che, in forza dell'evidenza della realtà, si tratta di un esercizio ozioso e inutile. D'altra parte – ragioniamo – se un tribunale infligge a qualcuno una condanna, significa che ritiene che le cose avrebbero potuto svolgersi diversamente. Ci si consenta pertanto questo esercizio astratto, fatto di ipotesi. Abbiamo visto dunque che molte persone hanno fatto cose che non dovevano fare e che invece non hanno fatto ciò che dovevano. Io ritengo, senza nessuna incertezza, che anche M. G. avrebbe potuto comportarsi diversamente, anche se schizofrenico-paranoico, anche se privato del suo dosaggio terapeutico, anche se fortemente provocato. E immaginiamo che il primo perito riconosca a M. G. una parziale ca-

pacità di intendere e volere⁶, quando ha commesso il fatto, e che il secondo perito riconosca la sua capacità processuale: che cioè la capacità di intendere e volere, anche se scemata al momento del crimine, possa successivamente essere recuperata, ma soprattutto immaginiamo che non si parli di una pericolosità sociale per diagnosi psichiatrica. Consideriamo che in forza di tale giudizio M. G. sia "costretto" a uscire dallo stato di de-realizzazione in cui si è "rifugiato" e che debba difendersi ed esporre le proprie ragioni. In tali circostanze dovrà prendere atto del proprio "narcisismo", ascoltare le ragioni degli altri, dovrà confrontare i propri vissuti con quelli degli altri. Sarà una occasione, difficile, dolorosa per sciogliere quel nucleo angosciante e minaccioso che costituisce la sua paura degli altri e di sé stesso, ma sarà anche una opportunità per percepirsi portatore di doveri, oltre che di diritti, come tutti gli altri. Avrà naturalmente un avvocato che lo sosterrà nelle sue ragioni; se ritenuto responsabile, sarà condannato. Ma in questo modo potrà cogliere il valore riparatore della condanna, il valore dell'espiazione che invece non potrà mai cogliere se condannato perpetuamente alla follia mostruosa della pericolosità sociale. Immaginiamo che, da subito, vada in una ipotetica struttura sanitaria protetta, dentro o fuori dal carcere (la cui organizzazione e finalità richiede naturalmente un grande e intelligente sforzo di realizzazione da parte di molti enti e persone!). Immaginiamo che le sue relazioni quotidiane non avvengano solo tra chi è stigmatizzato come folle pericoloso e che, accanto al trattamento farmacologico, ci sia un intenso trattamento psicoterapeutico, ma soprattutto la possibilità di scambi sociali, il recupero di una contrattualità relazionale, che rinforzi il suo ego compromesso... ebbene non si può ipotizzare che, in questa ottica, si sarebbe potuto ottenere un recupero psicologico e sociale di M. G. migliore di quanto ottenuto nella realtà? Io penso di sì, senza alcun dubbio! E ciò sarebbe avvenuto, senza eludere, naturalmente, la responsabilità di altri o i diritti legittimi dei familiari della vittima.

Questa mia considerazione non nasce da una astratta affermazione di principio, ma tiene conto delle tante esperienze che in questi anni hanno consentito percorsi alternativi alla dichiarazione di totale non imputabilità del folle e all'invio di pazienti in OPG. Sono esperienze che dimostrano il valore esistenziale e terapeutico insito nel riconoscimento, anche nei casi estremi, del "libero arbitrio", di ciò che dà senso e valore alla nostra vita e senza il quale non c'è che la morte - psichica o fisica.

Se togliamo la parola "colpevole" e usiamo il termine "responsabile", al-

⁶ La formulazione prospettata dalla Commissione Ministeriale presieduta dal prof. Grosso propone di sostituire a tale terminologia "la possibilità di comprendere il significato del fatto o di agire in conformità a tale valutazione": tale formulazione è sicuramente meglio in sintonia con la realtà clinica del paziente e con gli obiettivi terapeutico riabilitativi.

lora dobbiamo convenire, come ho dichiarato, che lo stesso M. G. poteva essere ritenuto responsabile del suo “lasciarsi” dominare dalle paure (se crediamo al libero arbitrio, M. G. poteva, come in altre circostanze, “ascoltare” chi gli era vicino). La terapia è sempre un atto reciproco, richiede che il paziente esca dalla sua posizione “narcisistica” per capire le ragioni degli altri, che non si lasci dominare dal principio del piacere e si misuri con il principio della realtà. Invece sembra spesso così scontato, per il paziente, ma anche e soprattutto per i terapeuti, che il paziente sia solo “la vittima” di quanto gli accade intorno, che vengono facilmente minimizzate le sue responsabilità. Ciò accade anche perché la situazione è spesso condizionata da un pericolo: c’è infatti il timore che l’insorgenza di un sentimento di depressione e di fallimento possa portare al suicidio del paziente. Per evitarlo ci si mostra eccessivamente tolleranti, si forniscono giustificazioni. Ma ciò dovrebbe costituire solo una fase della terapia, quella iniziale. La terapia infatti, per essere efficace, deve andare incontro a dei rischi, è essa stessa un rischio, la terapia non può essere “liscia”, né nascondersi dietro la irrimediabilità della diagnosi. Mi chiedo, spesse volte, se M. G., in un certo momento della sua vita, ha ripreso a “essere paranoico”, quando aveva dimostrato che era possibile non esserlo più, da che cosa è dipeso? Hanno ragione i periti che ritengono impossibile ogni speranza di “guarigione” per chi sia stato riconosciuto uno schizofrenico paranoico? o hanno ragione coloro che imputano l’evento a una semplice alterazione dell’equilibrio biochimico artificialmente indotto dallo psicofarmaco? o forse tutto ciò è avvenuto perché non era stata sufficientemente intaccata (non ancora intaccata) la struttura paranoica del soggetto (il suo modo di pensare), attraverso un lavoro riabilitativo fatto in profondità e con coraggio. Dove è il limite che non è stato affrontato in questa circostanza? era nella nostra pratica di terapeuti? nelle nostre conoscenze? nella nostra presunzione? nella solitudine sociale in cui ci troviamo insieme ai pazienti? nella carenza di una pratica di cittadinanza, che permetta allo psichiatra, all’educatore professionale, al perito, al giudice, all’amministratore, alla casalinga, allo studente di riconoscere i problemi di M. G. come i propri problemi? di sentire sulla propria pelle le sue vittorie e le sue sconfitte?!

2.2. Perizia dei consulenti tecnici del P.M. sulla responsabilità della équipe curante e degli operatori della residenza

In data 23-06-2000 il dr. S. O., Sostituto Procuratore della Repubblica, conferriva a noi sottoscritti, dr. I. M. e prof. S. M. l’incarico di procedere ad accertamenti tecnici formulando i seguenti quesiti:

- *Dicano i c. t. esaminato l’internato M. G. e presa visione della documentazio-*

ne clinica sequestrata ed acquisita nell'ambito del procedimento n. 9105:00 mod.21, nonché di ogni eventuale altra documentazione d'interesse pertinente al caso e giacente presso strutture pubbliche e private:

1. *Se la patologia della quale è affetto M. G. fosse tale da far prevedere la consumazione di fatti di violenza in danno di persone ed in particolare degli operatori con i quali era in contatto al momento dell'omicidio, ed, in caso positivo, se il trattamento farmacologico e terapeutico prestato al medesimo M. G. nel periodo immediatamente precedente e concomitante ai fatti di causa fosse o meno idoneo a contenere la pericolosità sociale;*
2. *Se il libero accesso ai coltelli in sequestro ed in particolare a quello utilizzato in concreto per sferrare i colpi letali al C. A. fosse conforme a soddisfare le esigenze di cautela di cui al quesito precedente e, comunque, possa ritenersi corretto ed indicato in relazione alle condizioni del paziente, secondo le nozioni della scienza psichiatrica attuale;*
3. *Quanto altro di utile ai fini di giustizia.*

Le conclusioni della perizia sono le seguenti:

Sintetizzando le nostre risposte ai quesiti del signor Magistrato, noi riteniamo che

1. *M. G. era affetto da una schizofrenia paranoide cronica in fase di conclamata riacutizzazione; la presenza di floridi deliri persecutori di veneficio, di contaminazione e di nocimento e la totale assenza di ogni consapevolezza di malattia, l'avevano già indotto, prima dell'omicidio, ad assumere atteggiamenti aggressivi nei confronti del personale di assistenza e a proferire minacce di morte; le terapie farmacologiche, e soprattutto il complessivo trattamento terapeutico prestato a M. G. nel periodo immediatamente precedente e concomitante ai fatti di causa non sono risultati idonei a curare i suoi gravi disturbi e a contenere la sua pericolosità sociale.*
2. *Il libero accesso ai coltelli da cucina e in particolare a quello utilizzato per sferrare i colpi letali a C.A. non era conforme a soddisfare le esigenze di cautela necessarie nella gestione di un caso clinico tanto grave e che comportava rischi palesemente alti in una gestione extraospedaliera del paziente; anche ammesso che in condizioni "normali" tale accesso lo si potesse consentire a scopi riabilitativi, in condizioni eccezionali come quelle presenti durante la fase di "allarmante" scompenso delirante persecutorio di M. G., il libero accesso ai coltelli, e ad altri potenziali oggetti pericolosi di quel tipo, non doveva essere consentito.*
3. *Nel caso in esame, come abbiamo dettagliatamente illustrato nelle considerazioni medico-legali, sono rinvenibili più o meno gravi inadempienze (negligenze, imprudenze e imperizie) dei singoli operatori, che vanno comunque a comporre una indubbia responsabilità di équipe nella gestione del caso clinico, gestione che è apparsa chiaramente inadeguata.*

12 febbraio 2001.

Ma vediamo come si è sviluppato il ragionamento dei periti. I quesiti del P.M. riguardano la prevedibilità dell'evento, la idoneità del trattamento farmacologico, l'infrazione delle misure di sicurezza.

Naturalmente ogni ragionamento si sviluppa a partire da un punto centrale: definire il profilo psichiatrico del folle che ha commesso un reato. Si noti tuttavia come questo profilo in realtà sia già pre-determinato e delineato. Si dà per scontato infatti che il paziente sia "portatore di pericolosità sociale". Il giudice e i nuovi periti danno per acquisita la perizia di A.R., che si è già espresso sull'argomento. In fondo quella perizia era una semplice formalità e non sembra che valga la pena di interrogarsi ulteriormente sulla imputabilità e sulla pericolosità sociale di M. G. È evidente che avendo definito in questo modo il paziente, si è definita anche la responsabilità dello psichiatra: non più quella della cura, bensì quella del controllo. Ma sembra evidente anche un secondo presupposto: che la pericolosità non sia evenienza complessa, storicamente e contestualmente determinata, quanto piuttosto un dato naturale effetto di una patologia, che comporta in modo deterministico alcuni comportamenti. Parlando dell'omicidio, ad esempio, i periti dichiarano senza incertezze e con assoluto "rigore" che: «*Trattasi di un gesto sintomatico espressione diretta della psicopatologia di cui egli è affetto*». I periti non si rendono conto di commettere un errore equiparando i comportamenti ai sintomi. E quando collegano poi l'aggravamento del paziente alla riduzione della terapia, ribadiscono la persistenza di un quadro psicopatologico, che può attenuarsi per il controllo farmacologico, ma che rimane sostanzialmente attivo: «*... non sembra sia conseguita una malattia in senso tecnico al predetto omicida, bensì semplicemente un difetto di controllo farmacologico sulla preesistente patologia psicotica*». In sostanza le considerazioni dei periti rimangono all'interno di un modello di malattia riduzionista e biologica. I periti confermano l'analisi del collega A.R., secondo la quale G.M. presenterebbe una «*totale esclusione della capacità di intendere e volere*». O meglio acquisiscono tout court tale giudizio, senza operare una doverosa contro analisi e critica. Si noti per inciso che i giudizi delle due perizie si fondano su una stessa e comune visita effettuata dai tre periti a Montelupo Fiorentino. Il comportamento di M. G. – il suo rifiutarsi al colloquio, il voltare le spalle ai periti, il suo richiedere la presenza di un infermiere, le sue frasi ("sono già morto", "non ho bisogno di voi") – hanno una univoca interpretazione: sono espressioni di una patologia delirante. Anche sulla diagnosi c'è un'assoluta condivisione: schizofrenia a decorso cronicizzato. I periti tuttavia ritengono necessario indulgere in una breve trattazione sull'argomento. Perché? Forse perché ritengono il caso emblematico e vogliono ribadire il valore della classica descrizione della schizofrenia. È come se, in un clima di incertezze e di contestazioni, si ritrovino

finalmente antiche evidenze. I periti descrivono le classiche forme della schizofrenia – la simil catatonica, la paranoide, la residuale. In alcuni casi la malattia, nella sua evoluzione, si dispiega in tutte le diverse fasi, in altri casi invece si fissa soltanto su uno stadio. Per i periti ogni miglioramento di uno schizofrenico, e quindi anche i 17 anni di miglioramento di M. G., non rappresentano una vera guarigione. Un certo miglioramento – dichiarano – è proprio la indiretta conferma, più di ogni altro evento, della esistenza di una schizofrenia paranoide: *«l'azione farmaco terapeutica e la naturale fascità del disturbo attenuano la evidenza sintomatologica, facendo emergere i sintomi negativi: appiattimento affettivo, abulia, negativismo, chiusura»*. Pertanto l'assenza di eclatanti manifestazioni di aggressività altro non è che il passaggio dalla fase florida e positiva della malattia alla fase dei sintomi negativi. Qualcuno (come i colleghi psichiatri che avevano descritto nelle cartelle cliniche il ben-essere dei 17 anni di M. G.) può credere ingenuamente di riconoscere in M. G. *«... tranquillità, disponibilità ai colloqui, ironia, socievolezza, buon umore, l'essere scherzoso, comunicativo e auto-sufficiente, il partecipare con entusiasmo e grande impegno volontariamente alle attività di risocializzazione rivolte alla città, l'essersi innamorato di D.»*, ma questi colleghi sbagliano: sono solo sintomi negativi “travestiti”, semplice abulia, appiattimento affettivo o negativismo. Dalle cartelle ospedaliere di M. G. vengono privilegiate infatti solo le annotazioni riguardanti *“l'atteggiamento cupo, ostile, minaccioso francamente aggressivo”* del paziente. Anche la lunga permanenza di M. G. nell'Ospedale Psichiatrico di Imola, a prescindere dal periodo del miglioramento delle sue condizioni psichiche, viene automaticamente valutata come un indice patologico negativo. I periti sembrano non tener conto di quanto alcuni studi scientifici hanno invece abbondantemente documentato: le dimissioni dall'ospedale psichiatrico sono generalmente rese difficili dalla persistenza di ostacoli sociali e familiari, più che da ragioni inerenti alla patologia dei ricoverati.

Insomma – sembrano dirci i periti – non c'è possibilità di uscita dalla pazzia. Lo sguardo puro e rigoroso del perito – simile a quello dell'alienista degli ospedali psichiatrici dell'800 – riesce a penetrare la maschera della follia e a far emergere il suo perfido travestimento. Come i galeotti de “I miserabili” di V. Hugo, anche gli schizofrenici non potranno mai liberarsi dalla loro vera identità, qualunque risultato positivo ottengano. Il massimo a cui possono aspirare è l'attenuazione della loro evidenza sintomatologica, ma solo attraverso l'azione farmaco terapeutica – protesi assolutamente necessaria, che li lega inesorabilmente allo psichiatra. Da questo caso – sembra quasi che dicano i periti – si può dunque misurare ancora una volta l'ingenuità di chi sottovaluta la psicopatologia e abbassa la guardia di fronte allo schizofrenico. Il messaggio vale per tutti: vale per il collega che ha preteso di mettere in di-

scussione la farmacoterapia, ma vale per tutto il clima imolese, troppo sbilanciato sul versante della de istituzionalizzazione e del recovery.

Perciò quando i periti affrontano il tema della infrazione delle esigenze di controllo, affermano che *«identificando opportunamente il contesto psicopatologico e ambientale era possibile formulare una previsione di rischio o di reiterazione di comportamenti aggressivi e potenzialmente lesivi»*. In effetti molti e numerosi, per i periti, sono gli eventi che esprimono la gravità della situazione. Ci sono innanzi tutto situazioni drammatiche – la morte di F. e soprattutto quella di D., l'episodio con Z. M. – delle cui conseguenze sulla psiche di G.M. sarebbe stato necessario interrogarsi maggiormente. Ma ci sono tanti altri “campanelli d'allarme”, espressi dal comportamento e dalle parole di M. G.: le minacce di morte rivolte agli operatori e alla coordinatrice e a C.A., le espressioni deliranti riguardanti il cibo e il deposito bancario. In effetti, con una “ricostruzione a posteriori”, stiamo assistendo a una sorte di morte annunciata e sembra incomprensibile che questa impressione non fosse stata chiaramente percepita. È necessario riportarsi però al clima particolare vissuto dagli operatori in quei momenti. Ben tre ospiti soffrivano di gravi problemi di salute e ciò comportava un aggravio incredibile di lavoro – prendere appuntamenti per esami medici, accompagnare gli ospiti in ospedale, caricarsi di un notevole carico assistenziale. In questa situazione di intenso stress, sono sopraggiunte, una dopo l'altra, ben tre morti, che, al di là della forte frustrazione per l'“inutile” impegno, che non è servito a scongiurare gli eventi, hanno rappresentato veramente una triplice situazione di lutto. Non va dimenticato infatti quanto fosse stata soggettivamente importante per gli operatori una convivenza durata anni con persone, che li avevano coinvolti in relazioni emozionali intense. Non sorprende perciò che gli operatori fossero, in quei giorni, disorientati, scossi emotivamente. E tuttavia, ci si chiede, che cosa avrebbero potuto fare più di quanto effettivamente, fatto?

Per i periti P. E. è stato negligente, poiché ha lasciato per vari mesi il paziente senza controlli medici, poiché non si è peritato di rintracciare la documentazione necessaria – *«Era sufficiente la conoscenza approfondita della storia-clinico comportamentale del paziente, così come ampiamente ricavabile dalle cartelle cliniche recensite»* –, non ha formulato un progetto terapeutico per il paziente, ha avuto un atteggiamento frettoloso nelle visite. Inoltre è stato imprudente, perché ha sospeso la flufenazina decanoato, senza motivazioni chiare. Ha mostrato imperizia, quando, dopo essere stato lui stesso aggredito verbalmente, non ha attivato il TSO, non ha sufficientemente allertato gli operatori, non si è informato dei livelli di sicurezza di Albatros.

Ma anche l'intera équipe è inadempiente. Non sono stati definiti protocolli per le misure precauzionali e di urgenza. Quando c'è stato il cambio di

terapeuta tra C.A. e P. E. è emersa “una certa superficialità” nella consegna. Inoltre sia P. E. che i medici precedenti non avrebbero *«formato e verificato con la dovuta frequenza il progetto terapeutico»* di M. G. In realtà il progetto terapeutico esisteva, veniva regolarmente aggiornato e, solo per difetto di procedura, non era stato recepito nella fase istruttoria. La responsabile della residenza e l'assistente sociale, per i periti, *«avrebbero dovuto registrare il dissenso degli operatori rispetto all'orientamento farmacologico di P. E., avrebbero dovuto essere al corrente di come detti operatori fossero scontenti per l'atteggiamento dello psichiatra che avvertivano come affrettato e negligente, avrebbero dovuto trasmettere le lamentele al dr P. E. o intervenire con altre segnalazioni presso il responsabile della Unità Operativa... Anche se non informate... era loro compito garantire che il clima di disagio e di critica degli operatori... potesse essere rappresentato apertis verbis»*. Anche in questo caso è fin troppo facile giudicare dall'esterno, esaminando con tranquillità i documenti e ragionando su eventi lontani. Questa condizione, fatta di ipotesi non tiene conto, ad esempio, delle infinite altre cose che, intorno all'evento documentato, abitualmente accadono. Si tratta di avvenimenti, di gesti, di parole, connesse ad altre situazioni, che impegnano e rendono meno “lucidi” gli operatori, spesso si tratta di altre urgenze, che si intrecciano fra loro. Solo chi svolge questo lavoro, può capire quanto difficile possa essere mantenere lucidità e controllo emotivo in certi momenti! D'altra parte non si capisce perché, e come, l'assistente sociale avrebbe dovuto capire ciò che non le è stato detto. Nella riunione di équipe, che rappresentava il contesto idoneo a comunicare ogni informazione, le minacce di morte non erano state espresse – nemmeno da parte di C.A. che era presente. In quella circostanza si era manifestata una indubbia preoccupazione per le condizioni di M. G., ma si era convenuto che, essendo ripreso il trattamento farmacologico, la situazione era ormai sotto controllo.

Come esempio di imprudenza e negligenza i periti riportano la mancata comunicazione ai responsabili del dipartimento di salute mentale delle vere ragioni del trasferimento di C.A. dal settore sociale a quello psichiatrico. Imputano in particolare tale negligenza e imprudenza alla coordinatrice della residenza, che non si sarebbe attivata, come necessario, nemmeno dopo lo scontro avvenuto il 23 maggio fra M. G. e C. A. Inoltre, per i periti, la dott.ssa M. L. si sarebbe dimostrata inadempiente nella valutazione del rischio per la sicurezza, per la mancata custodia dei coltelli della cucina: «... Non si capisce perché a nessuno degli operatori venga in mente che potrebbe essere molto pericoloso lasciare che un paziente affetto da scompenso delirante persecutorio così grave si aggiri in un ambiente dove può avere facilmente a disposizione dei coltelli da cucina». È interessante notare come i periti usino spesso il termine “coltellacci” riferendosi ai coltelli

usati nella cucina di Albatros. In realtà si tratta di una normale batteria di coltelli da carne, che l'ufficio igiene della Asl, durante una sua ispezione, aveva insistentemente richiesto, minacciando, in caso contrario, di non concedere l'accreditamento alla ristorazione. La lunghezza, le dimensioni, la forma dei coltelli corrispondono ai requisiti delle normative in vigore. Perché dunque questo termine dispregiativo? Da che cosa dipende la qualità di un oggetto? In questo caso il termine esprime il vissuto dei periti, che guardando l'oggetto si immaginano il perfido sguardo dell'assassino. Freud parlerebbe certamente di meccanismi proiettivi. In ogni caso, non c'è dubbio che il termine dispregiativo contribuisca a veicolare il messaggio della pericolosità di M. G., a dare una lettura negativa del modo con cui la residenza è gestita dalla cooperativa e a denunciare la mancanza di controllo da parte degli operatori del DSM.

Ritornando agli appunti che i periti rivolgono alla coordinatrice bisogna sottolineare che le considerazioni sullo stress psicologico a cui erano stati sottoposti tutti gli operatori in seguito ai tre lutti, valgono naturalmente, e forse di più, anche per lei. Ma – chiediamoci, nuovamente – che cosa avrebbe dovuto fare la dott.ssa M. L. più di quello che ha fatto? Non era riuscita, con sua grande fatica, a portare lo psichiatra a prendere atto, in modo diretto, della condizione psichica di M. G.? Non aveva forse svolto correttamente il suo compito? E non doveva pensare dunque che la situazione critica fosse stata correttamente affrontata e che, da quel momento in avanti, si sarebbe risolta?

2.3. Perizia dei consulenti tecnici del G.I.P. Tribunale di Bologna. Perizia n. 9385/00 R.G.N. R., n. 18448/04 R.G. G.I.P.

In data 19.1.05 la S.V. III.ma affidava incarico ai sottoscritti prof. G. B.T., ordinario di Psicopatologia Forense nell'Università di S., e Dott. A. A., già Primario di Psichiatria e Direttore di Dipartimento di Salute Mentale Adulti nella USL di S., di procedere all'esame degli atti processuali relativi al signor Dr. P. E. medico chirurgo, psichiatra afferente al DSM della Az.USL di Imola e specialista di riferimento del signor M.G., nato a Faenza (Ravenna) il 23.3.1941, attualmente ristretto presso l'OPG di Montelupo Fiorentino. Scopo dell'indagine era quello di rispondere ai seguenti quesiti: Dicano i periti, esaminati gli atti del procedimento e presa visione della documentazione clinica acquisita nel corso delle indagini preliminari, se nella condotta del dott. P.E., durante il periodo in cui ebbe in cura il paziente M. G., siano riscontrabili profili di negligenza, imprudenza o imperizia ovvero specifiche violazioni delle regole dell'ars medica. In particolare, dopo avere delineato la patologia psichiatrica specifica sofferta dal M. e la sua evoluzione storica a partire dal momento del suo ingresso nella comunità, valutino:

- *se la modifica, riduzione (o la sospensione) del trattamento farmacologico sia stata o meno una scelta terapeutica adeguata e ponderata in considerazione della patologia psichiatrica da cui risultava affetto il M.;*
- *se vi sia stato un rapporto causa-effetto tra la modifica, riduzione (o la sospensione) del trattamento farmacologico e le manifestazioni di aggressività manifestate dal paziente che sono poi sfociate nell'azione delittuosa;*
- *se fosse in qualche modo prevedibile che, in considerazione di tale scelta terapeutica, il M. avrebbe potuto manifestare nuovamente una riacutizzazione dei disturbi psichiatrici da cui risultava affetto; se tale recidiva si sarebbe potuta verificare con il paziente ancora sottoposto al precedente trattamento farmacologico;*
- *se la modifica, riduzione(o la sospensione) della somministrazione dei farmaci long acting e della terapia orale sarebbe dovuta essere accompagnata dall'adozione di precauzioni idonee a contenere manifestazioni di pericolosità sociale da parte del paziente.*

Le conclusioni dei periti sono le seguenti:

Esaminati gli atti del procedimento penale in oggetto, e presa visione di tutta la documentazione messa a nostra disposizione, si ritiene di poter affermare che nella condotta del Dott. P. E., con riferimento all'assistenza da lui prestata nei confronti del signor M. G., siano riscontrabili soprattutto profili di negligenza e di imprudenza, valutati in particolare i seguenti elementi:

1. *il signor M.G. era da lungo tempo affetto da una forma di schizofrenia paranoide cronica, in parziale remissione, la quale ha subito una riacutizzazione nel corso dell'ultimo mese precedente l'omicidio del signor C.A.;*
2. *la modifica del trattamento farmacologico (con particolare riferimento alla riduzione, e poi sospensione, della terapia depot, terapia che il M. assumeva ininterrottamente da molti anni) non è da considerarsi scelta terapeutica opportuna e adeguata in considerazione della patologia psichiatrica da cui risultava affetto il M.;*
3. *riteniamo che vi sia stato un rapporto causa-effetto tra la modificazione del trattamento farmacologico e le manifestazioni di aggressività del p. che sono poi sfociate nell'azione delittuosa;*
4. *era prevedibile che, in considerazione della scelta terapeutica di cui sopra, il M. avrebbe potuto manifestare nuovamente una riacutizzazione dei disturbi psichiatrici dai quali risultava affetto;*
5. *la recidiva si sarebbe potuta, in assoluto, verificare con il p. ancora sottoposto al precedente trattamento farmacologico;*
6. *la modificazione del trattamento farmacologico (riduzione e poi sospensione del farmaco depot) sarebbe dovuta essere accompagnata dall'adozione di precauzioni idonee a tutelare la salute psichica del paziente e a contenere eventuali riacutizzazioni psicopatologiche e di pericolosità sociale.*

21 luglio 2005.

Il G.I.P. è utile ricordarlo rigetta la domanda del P. M. di archiviazione dell'intera pratica, per "insussistenza di lesione personale", e continua il procedimento: due dottoresse vengono escluse dalle imputazioni, rimangono coinvolte invece nell'accusa un'assistente sociale e la responsabile della residenza, oltre allo psichiatra. Questi richiede il rito abbreviato ed è per l'appunto nei suoi confronti che il G.I.P. richiede questa consulenza che si rivelerà decisiva per la sentenza. I quesiti in questo caso sono più particolareggiati rispetto a quelli delle precedenti perizie ed entrano direttamente nel merito del profilo di responsabilità tecnica dello psichiatra. In particolare viene affrontato il profilo psicopatologico dell'omicida e il rapporto di causa-effetto tra la modificazione del trattamento farmacologico e le manifestazioni di aggressività del paziente che sono poi sfociate nell'azione delittuosa. Le considerazioni dei periti sono diffusamente presenti nella sentenza emessa dallo stesso giudice, che viene successivamente riportata.

È il caso di soffermarci soltanto sulle relazioni fra disturbi mentali maggiori e delinquenza, così come sulla relazione fra schizofrenia (o altre psicosi) e comportamento violento. In proposito gli stessi citano un brano del "Trattato italiano di psichiatria":

In diversi studi è stato evidenziato come la diagnosi psicopatologica più spesso associata con i comportamenti ostili è la schizofrenia. Sembra infatti che a questa patologia appartengano pazienti più violenti che non a quella dei disturbi di personalità o alla patologia affettiva o alla patologia organica cerebrale e anche risulterebbe che, nell'ambito di valutazioni compiute in regime di ricovero ospedaliero, i pazienti schizofrenici siano mediamente più aggressivi dei pazienti con dipendenza dall'alcool o dalle droghe. Nell'ambito della schizofrenia è indubbio che esistano delle differenze che dipendono dalla forma clinica, dal decorso della malattia, dal tipo di episodio e dalla risposta alla terapia. Ad esempio i pazienti con schizofrenia di tipo paranoide possono presentare comportamenti aggressivi in rapporto a un particolare delirio e quindi solitamente diretti verso uno o più persone specifiche. Secondo la letteratura scientifica, la prognosi psichiatrica del comportamento violento può essere generica, condizionale o imminente (Nivoli e altri, 1993). La prognosi può dirsi generica quando il paziente presenta sintomi psichiatrici aspecifici di un probabile comportamento violento non ancora iniziato in modo concreto. Ad esempio, un soggetto schizofrenico con delirio strutturato a contenuto persecutorio può in linea di principio passare all'azione con comportamenti violenti verso i supposti persecutori; tuttavia, l'esperienza clinica dimostra che sono statisticamente assai limitati i soggetti schizofrenici con deliri a contenuto persecutorio che in realtà passano all'azione violenta su persone. In questi casi, la capacità di previsione dello psichiatra è assai limitata e soggetta a molti errori. Nel caso di prognosi condizionale, pur non essendosi ancora manifestato alcun comportamento violento, la prevedibilità di un siffatto agire può essere, sotto il profilo clinico e statistico, desunta da uno specifico sintomo o da specifiche "co-

stellazioni di sintomi” scatenanti. Per esempio, può essere considerato significativamente probabile un comportamento violento se un soggetto schizofrenico con delirio a contenuto persecutorio presenta unitamente a questo sintomo uno stato di agitazione psicomotoria, oltre due notti trascorse insonni ed in stato eretistico, “minacce calde”, chiaramente identificata una vittima, precedenti di aggressione sulle persone per percepiti soggettivi e contesti sociali analoghi all’attuale. In queste ipotesi lo psichiatra deve essere in grado di individuare gli specifici sintomi o le specifiche costellazioni di sintomi scatenanti il comportamento violento e di adottare tutte le misure necessarie per evitare il verificarsi di fatti dannosi. Infine, “nella prognosi imminente il comportamento violento del paziente è già iniziato in modo concreto ed è richiesto allo psichiatra un intervento rapido in termini di neutralizzazione di dinamiche di agiti violenti”.

3. Le sentenze

3.1. Le sentenze nel procedimento per concorso colposo nel delitto doloso a carico del medico psichiatra

Rigetto di incidente probatorio e richiesta di archiviazione del procedimento penale

Tribunale di Bologna Ufficio del Giudice per le Indagini Preliminari. Ordinanza di rigetto di incidente probatorio (art. 398 c.p.p.) 124 D.Lv. 271/89. *Il Giudice dott.ssa G. N. letta la richiesta presentata in data 19.2.01 dal P.M. dott. S. O. in relazione al procedimento penale n. 2361/01 RGI P nei confronti di: P. E.; M. L.; P. A. M.; G. A.; C. A.*

Rilevato

- *che il P.M. chiede procedersi con incidente probatorio a: “perizia medico legale diretta a verificare i profili di colpa professionale evidenziati nell’elaborato del c. t. ex art. 359 c. p. p, e causalmente correlati al decesso del C.” in ordine all’ipotizzato reato di cui agli art. 589 c.p. (decesso di C. A. avvenuto in Imola il 24.5.00);*
- *che nell’ipotesi accusatoria la condotta ipotizzata di cui all’art. 589 c. p. a carico degli attuali indagati non può che essere necessariamente posta in concorso ex art. 110 c.p. con l’autore materiale – M. G. – dell’omicidio volontario di C. A. ex art. 575 c.p.;*
- *che pertanto si dovrebbe configurare un caso di concorso ex art. 110 c. p. tra il reato di cui all’art. 589 c.p. (punito a titolo di colpa) posto in essere – in ipotesi accusatoria e ciascuno in relazione allo specifico ruolo ricoperto – da P. E., M. L., P. A. M., G. A., C. A. il reato di cui all’art. 575 c.p. (punito a titolo di dolo) posto in essere da M. G., peraltro soggetto non imputabile;*
- *che pertanto si verte nell’ipotesi di concorso colposo a fatto doloso;*
- *che per giurisprudenza costante “Il concorso colposo non è configurabile ri-*

spetto al delitto doloso, richiedendo l'art. 42 comma 2 c.p. un'espressa previsione che manca, in quanto l'art. 113 c.p., che parla di cooperazione nel delitto colposo e non già cooperazione colposa nel delitto, contempla il solo concorso colposo nel delitto colposo" (Cass. Pen. sez. IV, 11/10/1996 n. 9542);

- che a questo proposito anche la dottrina, in linea con la citata giurisprudenza, afferma che l'ipotesi del concorso colposo in delitto doloso è anzitutto rifiutata in nome della unitarietà del reato in concorso, che esclude la possibilità stessa di una differenziazione dell'elemento soggettivo fra i correi;
- che inoltre si osserva che, prevedendo l'art. 113 c.p. esplicitamente la sola ipotesi di cooperazione nel delitto colposo, implicitamente si può ricavare l'esclusione della cooperazione colposa nel delitto doloso, ciò anche in considerazione del carattere necessariamente espresso della previsione di responsabilità colposa ex articolo 42, secondo comma c.p.;
- che anche un recente approfondimento della tematica ha prospettato l'inconciliabilità, di gran parte dei tradizionali esempi di concorso colposo in illecito doloso, con la asserita essenzialità della consapevolezza di cooperare, quale requisito psicologico aggiuntivo e indefettibile della partecipazione;
- che per aversi l'ipotesi in questione, a quest'ultimo requisito dovrebbe inoltre aggiungersi la particolarità per cui "la regola cautelare violata dall'agente colposo sia formulata anche o esclusivamente allo scopo di prevenire un fatto doloso di terzi";
- che si porrebbe così alla conciliazione di due dati difficilmente compatibili: da un lato, la violazione di una regola cautelare costruita sulla prevedibilità di un fatto doloso del terzo; dall'altro, la effettiva rappresentazione del comportamento del terzo, che però dovrebbe apparire all'agente mediato come una condotta colposa (e non – come invece è nella realtà – un comportamento doloso tale pur se posto in essere da un soggetto non imputabile),
- che da ciò ne deriverebbe la conclusione di escludere l'ammissibilità di questa forma di partecipazione, considerata l'assenza di sicuri e riferimenti normativi;
- che ad analoghe soluzioni è possibile pervenire anche non condividendo l'asserzione riguardante la necessaria presenza di un particolare coefficiente soggettivo nella partecipazione, ciò anzitutto considerando il carattere eccezionale dell'altrui contributo doloso, capace di interrompere la sequenza causale ex articolo 41 cpv.;
- che il problema troverebbe così – soluzione già sul piano oggettivo della imputazione dell'evento alla cosiddetta causa colposa mediata;
- che l'ipotesi in questione viene inoltre scartata in considerazione di una definizione di colpa ancorata alle imprescindibili notazioni personali proprie della responsabilità penale;
- che quando nella causazione di un evento convergono più azioni autonome di soggetti diversi, si presuppone – in ciascun individuo capace di intendere e di volere – la attitudine alla autodeterminazione responsabile: ciò che esclude la natura colposa di azioni non pericolose di per sé ma che semplicemente forniscono ad altri l'occasione per delinquere, dovendo opportunamente essere va-

lorizzata la univoca scelta del legislatore per una configurazione solo dolosa della partecipazione all'articolo 110 c.p. (cfr. "Digesto delle Discipline penali-stiche" UTET, II sub art. 110 c. p.)

- che, volendo anche ipotizzarsi la responsabilità degli attuali indagati ex art. 41 c. p. per la loro posizione di garanzia in relazione al ruolo specifico dagli stessi ricoperto all'interno della struttura Albatros o comunque in collegamento con essa, tuttavia si andrebbe incontro ad una insormontabile difficoltà;
- che questo tipo di responsabilità presuppone la individuazione precisa dell'evento da impedire e la predisposizione in capo al soggetto garante di una concreta signoria sul decorso causale che lo cagiona e quindi la possibilità di intervenire su di esso in maniera significativa;
- che solo così la propria inazione potrebbe essere posta come causa dell'evento stesso;
- che il portato dell'art. 41 c. p. ha quindi senso nell'ordinamento a condizione che la causazione di un evento (in questo caso la morte di A. C.) sia riferibile ad un decorso causale interamente dominato dal soggetto "garante" e non determinato da una azione voluta interamente da un altro soggetto, sia pure non imputabile;
- che anche solo sotto il profilo oggettivo causale, si sarebbe chiamati a rispondere non già per un fatto proprio ma per fatto altrui;
- che pertanto deve respingersi allo stato la richiesta di incidente probatorio ex art. 392 c.p. p. avanzata dal P.M. non ravvisandosi l'ipotesi delittuosa contestata;

P.Q.M.

respinge la richiesta avanzata dal P.M.

Si notificchi alle parti. Manda alla Cancelleria per gli adempimenti di competenza. Bologna, li 28.5.01

Richiesta di archiviazione del P.M.

Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Bologna Richiesta di archiviazione - artt. 408/411 c.p.p., 125 e 126 D.Lv.271/89.

"Al Giudice per le indagini preliminari presso il Tribunale di Bologna.

Il Pubblico Ministero dott. S. O., Sost. Procuratore della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Bologna, Visti gli atti del procedimento penale di cui in epigrafe;

Rilevato che

Dalle condotte addebitate ai sanitari che si occupavano a vario titolo del programma terapeutico di M. G. (e che formano oggetto di imputazione penale nell'ambito di separato procedimento relativo al decesso di C. A.), non sembra sia conseguita una malattia in senso tecnico al predetto omicida, bensì più semplicemente un difetto di controllo farmacologico sulla preesistente patologia psicotica.

Pertanto, in difetto del requisito tecnico dell'esistenza di una lesione personale, l'ipotizzabile delitto ex art. 590 c.p. appare insussistente.

Ritenuta quindi l'infondatezza della notizia di reato in quanto gli elementi acquisiti nelle indagini preliminari non appaiono idonei a sostenere l'accusa in giudizio.

Visti gli artt. 408/411 c.p.p., 125 D. Lv.271/89

Chiede che il Giudice per le indagini preliminari in sede voglia disporre l'archiviazione del procedimento e ordinare la conseguente restituzione degli atti al proprio Ufficio. Manda alla Segreteria per quanto di competenza.

Bologna, li 17/12/2001

Sentenza di primo grado. Sentenza n. 1984/2005 emessa, a seguito di giudizio abbreviato, in data 25.11.05 dal Giudice dell'Udienza Preliminare del Tribunale di Bologna e depositata il 19.1.06

In nome del popolo italiano, il giudice dr. G. A. ha emesso la seguente sentenza nel procedimento a carico di P. E... imputato del delitto di cui agli artt. 40 co. 2°, 41 e 589 c. p...

P. Q. M.

visti gli artt. di legge in epigrafe, 62 bis c.p., 442, 533 e 535 c. p. p., dichiara P. E. colpevole del reato ascrittogli in rubrica e, concesse gli le circostanze attenuanti generiche, applicata la diminuzione per il rito, lo condanna alla pena di mesi quattro di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali.

Visti gli artt. 163 e ss. c.p., ordina che l'esecuzione della pena come sopra inflitta rimanga sospesa nei confronti del predetto P. E. per armi cinque alle condizioni di legge.

Visti gli artt. 538 e ss. c. p. p., condanna P. E. al risarcimento dei danni in favore delle parti civili costituite B. I., B. M. e C. A., da liquidarsi in separato giudizio innanzi al competente giudice civile.

Condanna il predetto P. al pagamento, a titolo di provvisoria immediatamente esecutiva, della somma di euro 50.000,00 a favore di B. I. e C. A. e di euro 20.000,00 a favore di B. M.

Condanna altresì il medesimo alla rifusione delle spese processuali sostenute dalle stesse parti civili, che liquida in complessivi euro 4.640,00 (escluse le spese in quanto non documentate), oltre a IVA e CPA, come per legge, a favore di B. I., e euro 4.720,00, oltre a IVA e CPA, a favore di B. M. e C. A.

Visto l'art. 544/III co. c.p.p., indica in giorni sessanta il termine per il deposito della motivazione della sentenza.

Bologna, deciso il 25 novembre 2005.

La sentenza, preliminarmente, evidenzia i profili di colpa addebitabili all'imputato e, successivamente, affronta la sussistenza di un nesso causale tra la condotta e l'evento, la concreta prevedibilità di quest'ultimo, il concorso di cause e infine il concorso colposo nel reato doloso.

Il giudice riscontra, come addebito di colpa, una palese negligenza

nell'operato dell'imputato, in contrasto con quanto stabilito dal documento redatto dal dipartimento di salute mentale di Imola, che, nell'attribuire ai responsabili medici il compito di assumere le misure necessarie per i singoli pazienti, *«prevede che ciò va fatto tenendo conto delle segnalazioni che gli altri membri dell'équipe forniscono loro»*.

Rigetta poi il parere dei consulenti della difesa, secondo i quali il paziente si trovava negli ultimi quindici anni in una fase di parziale remissione, senza episodi significativi di recidiva, per cui era corretta e doverosa una rimodulazione della terapia attuata attraverso la ricerca della "dose minima efficace". Aderisce invece all'opinione dei periti da lui nominati, che

hanno valutato il M. G. come un paziente da sempre particolarmente "difficile" (tenuto conto della sua storia clinica precedente all'ingresso in comunità e il fatto che, negli ultimi tre anni anteriori all'omicidio, ben tre psichiatri lo avevano avuto in cura proprio per le difficoltà a rapportarsi con lui) e molto problematico da gestire, date la sua scarsa compliance alla terapia, le sue cariche aggressive e la sua scarsa tolleranza alle frustrazioni... Ciò, oltre a confermare il quadro di sommaria conoscenza da parte del P. E. delle condizioni psichiche e psicologiche del malato, è certamente indice di una scarsa empatia nei confronti dello stesso.

Il giudice dichiara di non voler entrare nel merito della scelta operata dal medico che ha ridotto il trattamento farmacologico, ma tuttavia rileva che si tratta di *«una scelta rischiosa, tenuto conto dei numerosi studi scientifici che hanno documentato i rischi elevati di ricaduta che sono frequentemente connessi a tali comportamenti. È regola comune di esperienza che, in qualunque attività umana, all'accrescersi dei rischi deve corrispondere l'approntamento di un sistema di cautele e precauzioni idoneo a scongiurare il verificarsi di eventi dannosi o pericolosi»*.

La sentenza confuta l'obiezione dei consulenti tecnici di parte che esprimono delle perplessità in merito alla condizione della residenza Albatros come luogo idoneo per far fronte a una condizione acuta di un paziente psicotico, in quanto sprovvisto di una costante presenza di personale sanitario (medico e infermieristico).

Infatti *«questo fatto non esclude che essa sia una condizione extra ospedaliera sufficientemente idonea, anzi non si capisce quali possano essere le alternative a cui allude la legge se non quelle che si avvalgono di personale specializzato (educatori ed assistenti di base) in ambito psichiatrico, che possono rivolgersi in qualsiasi momento al medico psichiatra di turno (sulle 24 ore) presso la sede, che quindi può garantire una quotidiana osservazione, vigilanza e contenimento delle angosce del paziente scompensato»*.

Particolarmente categorico è il giudice nell'indicare i doveri e le competenze del medico psichiatra. Dice infatti:

Non può sorgere alcuna incertezza di sorta sull'esistenza, in capo al medico psichiatra oggi imputato, di un obbligo di garanzia nei confronti del malato di mente, nella forma della posizione di controllo che impone al soggetto obbligato la neutralizzazione di determinate fonti di pericolo in modo da tutelare tutti i beni giuridici che si trovano in contatto con esse e che, per questa ragione, possono versare in una situazione di pericolo. La fonte di tale posizione di garanzia risiede principalmente nella volontaria assunzione da parte del P. E., psichiatra dipendente dal D.S.M. di Imola, del ruolo di consulente della comunità Albatros per quanto concerneva il paziente M. G.

Nelle controdeduzioni i consulenti di parte avevano posto in discussione l'esistenza di un tale obbligo, evidenziando che, sulla base del protocollo organizzativo predisposto dal D.S.M. di Imola, il medico psichiatra era incaricato prevalentemente della gestione della terapia farmacologica dei pazienti. Ma per il giudice «... in realtà, in tema di colpa professionale, il concreto e personale espletamento di attività medico – terapeutica da parte del sanitario comporta sempre l'assunzione diretta della posizione di garanzia nei confronti del paziente, sicché su di lui incombe l'obbligo della osservanza delle *leges artis*, che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito ovvero dell'aumento del rischio». Il giudice, in tema di responsabilità professionale, cita la Suprema Corte (Cass. pen., sez. IV, 3/ 2/ 2003, n. 4827), secondo la quale «sussiste la posizione di garanzia del medico che, sia pure a titolo di semplice consulto, accerti l'esistenza di una patologia ad elevato ed immediato rischio di aggravamento. Tale medico ha l'obbligo di attivarsi disponendo personalmente i trattamenti terapeutici ritenuti idonei oppure facendo immediatamente ricoverare il paziente in un reparto specialistico».

In tema di prevedibilità, il giudice concorda con i propri periti sul fatto che «l'emergenza manifestatasi nella seconda decade di maggio, con tutta la costellazione di sintomi significativi di uno scompenso acuto (forti timori di essere ammazzato, le minacce di morte nei confronti di vari operatori, l'aggressione posta in essere contro la futura vittima con l'uso di una padella, ecc.), anche in considerazione dell'anamnesi psicopatologica del M. G., doveva far elaborare al dott. P. E., alla luce della sua qualifica e della sua esperienza clinica, una prognosi di violenza "condizionale", se non addirittura di violenza "imminente", tenuto conto che il comportamento aggressivo e violento era di fatto già iniziato». Il giudice ritiene infatti che «l'impulso etero-aggressivo che è sfociato nel ferimento a morte dell'operatore C.A. non è stato dunque un evento inaspettato e imprevedibile, bensì si è trattato di un atto ben inquadrabile nella patologia psichiatrica da cui era affetto il paziente e tipico della grave crisi psicotica in cui lo stesso versava. Non vi è dubbio quindi che l'odierno imputato avrebbe

potuto e dovuto immaginare il possibile (se non probabile) verificarsi di tale evento».

Il giudice G. A. nell'affrontare il tema della sussistenza di un nesso causale tra la condotta e l'evento, non si nasconde la difficoltà di stabilire con certezza l'esistenza di un rapporto causa-effetto in campo psichiatrico tra l'adozione (o la mancata adozione) di una scelta terapeutica e l'esacerbazione della patologia del paziente. Svolge pertanto una erudita analisi sull'argomento. A suo dire ormai è stato ripudiato

nel procedimento di spiegazione causale, il metodo deduttivo che, presupponendo una completa conoscenza di tutte le condizioni iniziali del processo causale e una perfetta dimostrabilità scientifica ed empirica di tutte le fasi, pretende di fornire una risposta certa e assoluta perché fondata su leggi universali. Non vi è dubbio che, specie in materia di colpa medica, un'imputazione oggettiva dell'evento fondata, su base strettamente causale, condizionalistica, tenuto conto della misura di incertezza che permea la materia della clinica e della medicina in genere, comporterebbe la sostanziale rinuncia a sanzionare penalmente comportamenti spesso anche gravemente trascurati che incidono sul bene primario della vita umana. Al criterio di "certezza scientifica" si è quindi progressivamente sostituito quello di "certezza processuale", sulla base del quale sussiste il necessario nesso di causalità. allorché la condotta dell'agente sia stata condizione necessaria dell'evento con "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica" (cfr. Cass. Pen., S.U., 13 febbraio 2002, Franzese). Nella pratica giudiziaria si osserva come sussistano ipotesi relative a condotte colpose e commissive nelle quali l'accertamento del nesso causale non diverge da quello che si avrebbe qualificando come omissiva la condotta dell'agente. È chiaro che il sanitario che sbaglia la cura è in colpa avendo, dal punto di vista eziologico, posto in essere le condizioni positive dell'evento lesivo ma, allo stesso tempo, dal punto di vista giuridico, non avendo attivato le condizioni negative dello stesso. La sua condotta quindi da un lato è condizione dell'evento perché lo determina (quanto meno accelerando i tempi del processo), dall'altro lo è ugualmente perché non attiva condizioni impeditive del medesimo.

Inoltre sempre sul tema della causalità il giudice ritiene che i periti d'ufficio abbiano sufficientemente documentato – sulla base di autorevoli studi scientifici e di dati statistici – la relazione fra disturbi mentali maggiori e delinquenza, così come fra schizofrenia (o altre psicosi) e comportamento violento, che per l'appunto si applicherebbe in questa situazione. In merito poi all'argomentazione dei periti di parte che ipotizzavano che alla base dello scompenso del M. potessero esservi state cause diverse dalla modificazione della terapia farmacologica, quali eventi traumatici o stressanti, il giudice rigetta tale argomentazione, ma non esclude l'effetto di possibili concause.

È convinzione di questo giudice che gli eventi traumatici indicati dagli specialisti della difesa (come le morti delle compagne di comunità, insieme peraltro alla vicenda relativa alla scoperta dell'esaurimento dei suoi fondi bancari) abbiano decisamente inciso sullo stato psichico del M. Tuttavia, rispetto alla condotta oggetto di incolpazione, deve ritenersi che questi fattori abbiano agito solo come concause, da sole non sufficienti a determinare l'evento. Deve, infatti, applicarsi, in questa materia, il principio giuridico dell'equivalenza delle cause, secondo il quale il nesso causale può escludersi solo se si verifichi una causa autonoma e successiva, rispetto alla quale la precedente sia da considerare tamquam non esser; mentre tale nesso non può essere escluso allorquando la causa successiva abbia soltanto accelerato la produzione dell'evento (Cass. pen., sez. V, 14 luglio 2000, Falvo).

Analogamente il giudice respinge la tesi dei periti di parte secondo la quale le manifestazioni comportamentali del paziente, in realtà, sarebbero una variabile dipendente dai cambiamenti ambientali-relazionali e non del trattamento farmacologico. Il convincimento di questi periti è basato sulla documentazione clinica relativa ai ricoveri in O.P.G. del M. negli anni successivi all'omicidio. In tutto questo periodo, infatti, il paziente, pur se sottoposto ad una terapia farmacologica massiccia e costante, non mostra nessun miglioramento della propria aggressività.

È convinzione di questo giudicante (pur non avendo avuto sul tema specifico l'apporto conoscitivo e valutativo dei periti, essendo state depositate le deduzioni in limine litis) che queste trancianti conclusioni non siano accettabili. Ciò, in primo luogo, perché partono da una premessa errata: il M. ricoverato il 27 maggio 2000 presso la struttura di Montelupo Fiorentino non è – dal punto di vista psichiatrico – la stessa persona che, soltanto un mese prima, cominciava a manifestare i primi problemi comportamentali presso la comunità residenziale ove era ospitato. Il paziente ricoverato a seguito del crimine è un soggetto che, sulla grave crisi psicotica in atto, si innestano due traumi di rilevante entità: l'omicidio perpetrato con modalità estremamente violente e lo sradicamento da un contesto ambientale tranquillizzante come era la comunità residenziale Albatros e la restrizione paracarceraria in una struttura prevalentemente contenitiva quale è l'ospedale psichiatrico giudiziario. Dall'altro lato, perché – come si è osservato in precedenza è ragionevole ritenere che la situazione di grave scompenso psicotico del M. non sia stata determinata dall'uno o dall'altro fattore (la modifica della terapia o da condizioni esterne quali lutti o traumi), bensì dal combinarsi di tutte queste condizioni che, lasciate senza controllo, hanno reso possibile il verificarsi dell'evento omicidiario. Conforta tale conclusione la constatazione che, dopo un primo periodo di ricovero a Montelupo caratterizzato da impulsi di violenza e aggressività, il M., ambientatosi nella nuova realtà e nuovamente sedato con la somministrazione di neurolettici, ha progressivamente diminuito i suoi agiti e si è, quantomeno negli ultimi tempi, sostanzialmente stabiliz-

zato. Quanto ai successivi ricoveri, la progressiva evoluzione della patologia in "psicosi organica" e i fattori traumatici derivanti dai trasferimenti in nuove realtà ambientali impediscono di comprendere e valutare compiutamente l'eziologia delle sue manifestazioni aggressive.

Infine la sentenza affronta il tema del concorso colposo nel reato doloso. La difesa dell'imputato aveva richiamato infatti la Sentenza della Cassazione Penale Sez. IV, 11/10/1996, 9542, nella quale si fa riferimento a due articoli del Codice Penale (l'art. 42, 2° comma del c.p., secondo il quale la punibilità a titolo di colpa è prevista solo nei casi espressamente previsti dalla legge; e l'art. 113 del c.p. per il quale la compartecipazione colposa è prevista solo nel caso di delitto colposo). Dalla lettura incrociata di questi due articoli si concluderebbe che il concorso colposo non è configurabile rispetto al delitto doloso, richiedendo l'art. 42 comma 2 c.p. un'espressa previsione che manca, in quanto l'art. 113 c.p. parla di cooperazione nel delitto colposo e non già di cooperazione colposa nel delitto, contempla perciò solo il concorso colposo nel delitto colposo. Ma per il giudice G. A.

tale impostazione, peraltro completamente disattesa dalla più moderna dottrina penalistica, è stata recentemente capovolta anche dalla Cassazione, la quale ha esplicitamente affermato che "il concorso colposo è configurabile anche rispetto al delitto doloso, non ostandovi la previsione di cui all'art 42, comma II, c.p., che riferendosi soltanto alle parti speciali del codice, non interessa le disposizioni di cui agli artt. 110 e 113 c.p." (Cass. Pen., sez. IV, 9 ottobre 2002, n. 39680, Giancarlo: trattasi di una vicenda nella quale è stata affermata la responsabilità a titolo di colpa di un soggetto che aveva contribuito a porre in essere le condizioni, per lo stato di abbandono e di negligente trascuratezza in cui aveva tenuto un deposito di materiale gommoso, per il verificarsi di un incendio, poi in realtà appiccato da ignoti). In realtà, nel caso di specie, non appare neppure necessario scomodare la problematica del concorso colposo nel reato doloso, posto che tale non può essere considerato l'atto dell'incapace di intendere e di volere. Ragionando diversamente si dovrebbe infatti escludere la punibilità della condotta della maestra elementare, la quale, omettendo colposamente di esercitare la necessaria vigilanza, non impedisce che un alunno "volontariamente" ferisca il compagno di giochi. Anche il bambino - al pari dell'infermo psichico per la legge penale è soggetto privo della capacità di intendere e di volere; tuttavia, dal punto di vista psicologico, non può escludersi che lo stesso possa commettere un atto intenzionalmente. A tale proposito, la moderna dottrina parla, con riguardo agli stati psicologici degli incapaci di intendere e di volere, di "pseudo-dolo" e "pseudo-colpa". Ciò che, in realtà, si rimprovera all'attuale imputato non è di avere concorso con la propria condotta colposa nell'attività delittuosa del M., bensì di non avere impedito un evento (la morte del C.) che, in qualità di destinatario di una posizione di garanzia, egli aveva l'obbligo giuridico di impedire.

Quando poi in conclusione il giudice fa riferimento alla determinazione della pena (secondo i criteri stabiliti dall'art. 133 c_p.)

va considerato che, seppure la condotta dell'imputato appaia spesso connotata da superficialità comportamentale e da palese inadeguatezza, la scelta terapeutica adottata (seppure non con le modalità che il caso concreto imponeva) risulta invece conforme ad un'interpretazione più evoluta e moderna della psichiatria che vede il ruolo del medico più in una prospettiva terapeutico – sanitaria che in quella contenitiva della pericolosità sociale del paziente. Non si possono non condividere le argomentazioni difensive laddove si è evidenziato che il medico, quando avrebbe potuto adottare una scelta di comodo mantenendo il paziente sedato sino alla fine dei suoi giorni, ha comunque adottato una scelta terapeutica al fine di consentire al M. una migliore qualità della vita.

Sentenza di secondo grado. Sentenza n 66/07, n. 2006/1595 R.G., 12 gen. 2007 della Corte d'Appello di Bologna, terza sezione penale

Sentenza in Camera di Consiglio nella Causa Penale contro P. E., avverso la sentenza emessa dal G.U.P. di Bologna in data 25/11/2005,

P.Q.M.

Letti gli artt.592 e 605c.p.p. conferma la sentenza pronunciata dal GUP del Tribunale di Bologna in data 25.11.,05, appellata dall'imputato P. E. che condanna al pagamento delle ulteriori spese processuali relative a questo grado del giudizio. Condanna altresì l'imputato a rifondere le spese sostenute dalle parti civili costituite, che liquida in euro 2.400,00 a favore della parte civile B. ed euro 2.400,00 a favore delle parti civili B. e C., oltre spese generali, IVA e CPA. Termine per il deposito della motivazione: gg.90.

Bologna, 12 gennaio 2007

Il procedimento di secondo grado avverso alla sentenza n. 1984/2005 è stato promosso dagli avvocati difensori del dottor P. E. in data 8 marzo 2006. Gli avvocati hanno ritenuto che l'indicazione delle prove poste a base della decisione potesse essere corretta come elencazione, ma che la valutazione delle prove nel suo complesso era invece errata perché resa in violazione dell'art. 192 co. 1 e 2 c.p.p. Hanno inoltre ritenuto che l'enunciazione delle ragioni per le quali il giudice considerava non attendibili le prove contrarie denunciava, da una parte, un appiattimento acritico sulle osservazioni dei propri periti, non adeguatamente motivato, e dall'altro una confutazione a volte mancata, e sempre parziale e superficiale, degli argomenti dei consulenti della difesa.

Il giudice in sostanza avrebbe applicato il concetto di obbligo di garanzia dello psichiatra in palese contrasto con il contesto normativo, conse-

guente alla legge di riforma psichiatrica. Nel quadro delle competenze professionali necessarie allo svolgimento della presa in carico psichiatrica infatti non spetterebbe allo psichiatra la totale responsabilità del controllo dei comportamenti manifestati dal paziente, che invece ha quote di autodeterminazione e non può essere considerato tout court come un soggetto pericoloso. La condotta del paziente psichiatrico non può sempre e unicamente essere manifestazione di malattia e di insensatezza, e analogamente la psicofarmacologia non può essere considerata come lo strumento di controllo e di repressione di tale condotta. Il farmaco non ha il potere di cancellare un pensiero interpretativo della realtà, ma semplicemente lo attenua e rende meno disturbante la relazione interpersonale. I periti psichiatri, di cui si sono avvalsi i magistrati, avrebbero rivelato una ottica biologista e riduzionista, mentre il più accreditato pensiero scientifico considera come metodo di riferimento nel campo del sapere psichiatrico la complessità e come suo conseguente corollario applicativo il trattamento integrato bio-psicosociale. I periti, a posteriori e in relazione a un evento drammatico, avrebbero erroneamente strutturato un nesso di causalità diretto tra riduzione del farmaco e manifestazione del pensiero interpretativo-delirante. Mentre invece gli avvocati ritengono di aver documentato, attraverso la letteratura scientifica e le considerazioni ampiamente approfondite dai propri periti di parte, come sia da escludere un legame di causalità lineare e univoco fra la riduzione della terapia farmacologica e la recrudescenza psicopatologica.

Nella richiesta di appello si contesta anche la responsabilità, imputata al dottor P. E., di non aver attivato il Trattamento Sanitario Obbligatorio nei confronti di M. G.: ma per la parte ricorrente non sussistevano gli estremi di legge. Infine gli avvocati richiedono l'acquisizione in copia originale dell'elaborato peritale, depositato presso il Tribunale di Imola, in sede di Giudizio Civile pendente tra l'Ausl di Imola - dalla quale dipendeva il dott. P. E. -, la cooperativa gerente la Comunità Albatros e gli eredi di C. A. Tale elaborato affermerebbe che nulla può essere addebitabile al dottor P., né sotto il profilo dell'imperizia, né della negligenza, né dell'imprudenza; che si trattò di una scelta terapeutica giustificata, forse doverosa; che se ex post bisogna valutare gli accadimenti, si trattò di errore "scusabile"; che non c'erano i presupposti del trattamento sanitario obbligatorio.

La sentenza della Corte di Appello tuttavia rigetta tutte le argomentazioni della difesa e conferma la sentenza di primo grado, con condanna del dottor P. E. al risarcimento dei danni e al pagamento delle spese delle parti civili. Ribadisce nesso di causalità nell'evidenza sussistente, in relazione al mancato ricovero del paziente in regime di TSO. Soprattutto ribadisce che i comportamenti del malato di mente sono sempre manifestazione della malattia, che il paziente per definizione non risponde di alcuna sua azione, e

che invece delle sue azioni risponde lo psichiatra, che può controllarlo, rivestendo quindi una precisa posizione di garanzia.

Sentenza di terzo grado. Sentenza della Cassazione, Sezione IV Penale, 11 marzo 2008, n. 10795

Alle considerazioni in precedenza svolte consegue il rigetto del ricorso con la condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali oltre alle pronunzie sull'azione civile di cui al dispositivo

P. Q. M.

la Corte Suprema di Cassazione, sezione IV penale, rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali. Lo condanna altresì a rifondere alle parti civili le spese sostenute dalle medesime per il presente grado di giudizio; spese che liquida in complessivi euro 3.000,00 per la parte civile B.I. e in complessivi euro 3.600,00 per le parti civili B. M. e C. A.; oltre, per tutte le medesime parti civili, IVA, CPA e spese generali come per legge.

Così deciso in Roma il 14 novembre 2007.

Il Consigliere Relatore (dr. C.B.)

Nel ritenere colpevole il dottor P. E. la sentenza considera la posizione di garanzia dello psichiatra, la sua responsabilità nella cura del paziente, esamina la prevedibilità dell'evento, il principio di affidamento e l'obbligo informativo del medico, descrive infine il meccanismo causale dell'evento, distinguendo tra causalità commissiva e causalità omissiva.

Preliminare e rilevante è la dichiarazione riguardante la posizione di garanzia svolta dallo psichiatra. La sentenza infatti precisa che, quale che fosse l'incarico formalmente attribuito al dottor P. E. egli di fatto ha svolto la funzione di tutela della salute psichica del paziente, in un vincolo contrattuale che la struttura – pubblica o privata – gli ha conferito e in un vincolo normativo conseguente all'instaurazione di una relazione terapeutica. Il medico era gravato perciò da una posizione di garanzia, sotto il profilo di un obbligo di protezione, anche se gli aspetti sociali, relazionali, riabilitativi e comunicativi erano appannaggio degli operatori non medici e non sanitari.

Ritene lo psichiatra responsabile per imperizia e imprudenza – «*colpa per grossolana violazione delle regole dell'arte medica*» – nella cura del paziente. Fonda tale giudizio sulla drastica riduzione del Moditen non perseguita con gradualità (20% ogni volta con intervalli di tre mesi), non tenendo conto della presenza di disturbi nei cinque anni precedenti, né della gravità della patologia («*schizofrenia paranoide cronica in fase di parziale remissione*»), di fronte a un parere contrario dei colleghi. La situazione era sull'orlo dello scompenso al momento della modifica della terapia e ha su-

bito un successivo aggravamento. Lo psichiatra non ha accompagnato la riduzione di terapia con misure di supporto necessarie e la stessa posologia nel trattamento d'urgenza era inefficace.

La Corte tuttavia non rileva colpa omissiva per il mancato TSO, in quanto faceva difetto il requisito della mancata accettazione della terapia da parte del paziente.

La sentenza ritiene che la prevedibilità dell'evento fosse affermata: essendo trattata incongruamente la patologia di M. G., la situazione era idonea ad esasperare le manifestazioni di aggressività verso terzi ("era imminente la reazione violenta"). Lo confermano i tre episodi sintomatici di possibile scompenso (il tentativo di nascondere un coltello) verificatisi dopo la prima riduzione farmaco e gli altri due episodi deliranti (il delirio della sparizione dei soldi), verificatisi tra la riduzione e la sospensione del farmaco.

In considerazione del principio di affidamento e dell'obbligo informativo del medico, la sentenza rileva negligenza per mancata acquisizione delle informazioni: il medico ignorava che il paziente fosse stato ricoverato in OPG, avrebbe dovuto sollecitare le periodiche verifiche che l'équipe effettuava e informarsi più attivamente. Inoltre le visite del medico erano improntate a fretta e superficialità. Di fronte alle considerazioni della difesa, la Corte precisa che le omissioni di informazioni utili da parte degli operatori della struttura possono costituire efficacia concausale, ma non escludono la colpa del medico.

In merito al rapporto di causalità, la Corte rigetta l'obiezione riguardante l'omissione di accertare la concatenazione casuale in tutti i suoi aspetti fattuali e scientifici necessari (responsabilità organizzative e di altri soggetti) e che inoltre anche un trattamento antipsicotico corretto non escluderebbe il rischio di ricadute, ma lo ridurrebbe di 2/3. Questo, per la Cassazione, è un criterio probabilistico non idoneo a fondare il giudizio positivo sulla causalità. A supporto della tesi di causalità è citata la Sentenza Cass. Sez. IV, 6/12/90: *«è sufficiente che il giudice metta in luce uno o più antecedenti, che secondo le leggi scientifiche siano tali, senza i quali, con alto grado di probabilità, l'evento non si sarebbe verificato».*

Infine la Corte richiama la necessità di evitare confusione tra causalità commissiva e causalità omissiva: la prima è un divieto che viene violato, la seconda è un comando che viene violato.

Nella responsabilità professionale medica sono presenti condotte attive e passive che interagiscono tra di loro rendendo difficile l'accertamento della causalità; si è soliti dire che i medici che hanno sbagliato diagnosi e terapia non hanno violato un comando penale, bensì solo un divieto di cagionare, o contribuito a cagionare, lesioni o morte con negligenza, imperizia o imprudenza.

Ma lo psichiatra non ha violato un comando omettendo di intervenire in un caso che richiedeva la sua attivazione (causalità omissiva), ma ha violato il divieto di somministrare le terapie farmacologiche in modo incongruo, prima con una immotivata riduzione e poi sospendendo (causalità commissiva). Lo psichiatra in sostanza ha introdotto nel quadro clinico del paziente un fattore di rischio poi effettivamente concretizzatosi. Non si tratta tuttavia di un riferimento generico alla teoria dell'aumento del rischio, ma della introduzione di un fattore causale, che ha cagionato, o contribuito a cagionare, l'evento: lo scompenso che si è verificato è stato eziologicamente collegato al mutamento terapeutico.

Il procedimento nei confronti della coordinatrice della residenza e dell'assistente sociale

Sentenza di primo grado. Tribunale di Bologna, Sezione distaccata di Imola, 23. 06. 2006

Collateralmente al processo nei confronti del medico psichiatra, si svolge nella sede distaccata di Imola il procedimento nei confronti della coordinatrice della residenza e dell'assistente sociale del Dipartimento di Salute Mentale di Imola. Il procedimento è complesso e si protrae nel tempo. Solo, a distanza di 6 anni, il 23 giugno 2006, viene emessa la sentenza di primo grado.

In nome del Popolo Italiano, il Tribunale di Bologna, sezione distaccata di Imola, in persona del dott. S. P., ha pronunciato e pubblicato mediante lettura del dispositivo la seguente sentenza nei confronti di: G. A.; M. L..

Visti gli artt. rubricati, 62 bis c.p., 533, 535 c.p.p.; dichiara M. L. colpevole del reato a lei ascritto e riconosciute in suo favore le circostanze attenuanti generiche, la condanna alla pena di mesi quattro di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali. Visti gli artt. 163 e 175 c.p. ordina la sospensione condizionale della pena per la durata di anni cinque e dispone la non menzione della presente sentenza di condanna nel certificato penale spedito a richiesta di privati non per ragioni di diritto elettorale...

Visto l'art. 530 comma 2° c.p.p., assolve G.A. dal reato a lei ascritto per non aver commesso il fatto.

Visto l'art. 331 c.p.p. dispone la trasmissione degli atti al P.M. in sede affinché valuti la rilevanza penale delle dichiarazioni rese da T. R. all'udienza del 29 settembre 2005. Visto l'art. 544 comma 3°, indica in giorni 90 il termine per il deposito delle motivazioni. Imola, 23 giugno 2006.

Nella sentenza il giudice accoglie le opinioni espresse dai periti del P.M. e le controdeduzioni della difesa dell'assistente sociale G. A., rigetta invece quelle della difesa della coordinatrice della residenza, dott.ssa M. L., in capo alla quale riconosce le responsabilità derivanti dalla sussistenza di una posizione di garanzia. Come si vede la sentenza ricalca la motivazione formulata pochi mesi prima dal Tribunale di Bologna nei confronti dello psichiatra. Ma poiché non si parla esplicitamente di concorso di colpa, si pone il legittimo dubbio se le due sentenze in qualche modo non siano tra di loro alternative e contrastanti.

Vale comunque la pena di rimarcare il linguaggio di questa sentenza – e quindi di tutta la sua impostazione teorica – che si fonda su una ottica psichiatrica decisamente tradizionale e organicista: «... Sono presenti tutti i sintomi della schizofrenia, che costituiscono i criteri universalmente accettati in ambito scientifico... la schizofrenia è caratterizzata da importanti disturbi comportamentali e frequenti manifestazioni di violenza e aggressività». In altri momenti vengono formulate considerazioni sconcertanti, che rivelano un sostanziale pregiudizio nei confronti dei pazienti psichiatrici: «Infatti M. anche visivamente non era una persona normale» (ma come si fa a dire una cosa simile!) «... fonte di pericolo che comunque è nella malattia mentale da un punto di vista sanitario». Si usano sia espressioni di allarme e di pericolo (“i micidiali coltelli”), che espressioni impregnate di un forte stigma (“un matto che si sapeva potenzialmente fuori controllo”). D'altra parte attribuire al folle responsabile dell'omicidio l'immagine di un mostro pericoloso è consequenziale alla volontà di mostrare la colpevolezza degli imputati nella gestione della crisi, ma corrisponde anche all'evidente “assenza” nel processo del paziente, “scomparso” nell'ospedale psichiatrico giudiziario, a conferma implicita della sua pericolosità sociale. Verrebbe da domandarsi naturalmente se si sarebbero usate quelle stesse espressioni anche in presenza dell'interessato! Ma si sa: l'assente è sempre un portatore di diritti dimezzati!

4. Il procedimento civile

4.1. Causa Civile dinanzi alla Sezione di Imola del Tribunale di Bologna tra gli eredi C. A., la AUSL di Imola e la Cooperativa Albatros

Riporto la perizia dei consulenti tecnici di ufficio nel procedimento civile tra gli eredi di C. A. e la AUSL di Imola e la cooperativa Albatros. L'argomento in realtà non dovrebbe essere incluso nella presente trattazione, essendomi prefissato di affrontare l'aspetto penale del concorso colposo

in omicidio doloso. Ma poiché la perizia tratta il tema della responsabilità professionale, mi è sembrato opportuno inserirla nel testo per completezza di informazioni. C'è poi da considerare che la difesa dello psichiatra ha tentato inutilmente di utilizzare proprio questa perizia durante l'appello.

Questa perizia rivela, ancora una volta, un'"altra verità", con un radicale rovesciamento rispetto a quanto asserito dagli altri periti, ma introduce anche molte inesattezze che è necessario correggere. Preliminarmente bisogna notare che i quesiti posti dal giudice spostano l'ottica delle indagini dal piano individuale a quello più complessivo dell'organizzazione (il progetto terapeutico, la tipologia della struttura, gli accordi tra Asl e cooperativa). Tale ottica è giustificata dalla natura stessa del procedimento: siamo all'interno di una causa civile dove assumono rilievo, per il contenzioso economico, il peso istituzionale dei soggetti imputabili. Occorre far presente che, quando la perizia viene consegnata, è già stata emessa la sentenza di colpevolezza di primo grado nei confronti dello psichiatra, ma non quella nei confronti della coordinatrice della residenza. La Asl di Imola è solo marginalmente coinvolta dalla sentenza di condanna di P. E., poiché lo psichiatra ha sottoscritto una propria e separata copertura assicurativa. Gli eredi C. A. hanno promosso, in questo caso, una causa civile che oltre a chiamare in responsabilità lo psichiatra, vuole dimostrare, attraverso la responsabilità dell'assistente sociale e della coordinatrice della residenza, anche quelle dell'Asl e della cooperativa S.

Perizia dei consulenti tecnici d'ufficio nel procedimento civile pendente avanti il Tribunale di Bologna – Sezione Distaccata di Imola, nr. 20779/01 R. G. N. R. in tema di responsabilità professionale

Previa nomina a Consulenti Tecnici d'Ufficio, in data 16 luglio 2004, l'Ill.mo dott. C.A., Giudice del Tribunale Civile di Bologna, sezione distaccata di Imola, incaricava i sottoscritti prof. F.U. e prof. G. I. di procedere ad accertamenti in tema di responsabilità professionale nel procedimento in epigrafe. Dopo il giuramento di rito, ci poneva i seguenti quesiti:

Dicano i CCTU, esaminati gli atti di causa, acquisita ove necessario ulteriore documentazione sanitaria, acquisiti il registro dei verbali delle riunioni di equipe e il registro delle consegne giacente presso la comunità alloggio Albatros, e quant'altra documentazione acquisibile dalle parti, sentite se del caso le persone informate sui fatti:

- 1) se la formulazione diagnostica sul paziente M. G., nel periodo antecedente ai fatti per cui è causa (con particolare riferimento agli ultimi mesi) sia stata corretta; se il programma terapeutico previsto e le terapie effettuate siano state nel medesimo periodo congruenti con una corretta impostazione diagnostica; in caso contrario individuino le persone le cui condotte non sono state co-*

- erenti con una corretta prassi operativa, e dicano se il comportamento omicidiario del M.G. potesse altrimenti essere evitato;
- 2) se la struttura nella quale il M. G. era inserito fosse definitivamente inadatta ad assicurare il fabbisogno terapeutico, e se per qualsivoglia motivo fosse divenuta temporaneamente inadatta ad assicurare le cure e la sorveglianza del paziente; in tale caso indichino le diverse soluzioni che, con una valutazione ex ante, avrebbero dovuto essere adottate;
 - 3) se la struttura fosse gestita secondo le norme di legge vigenti in materia; e se detta struttura fosse gestita secondo gli accordi intervenuti tra AUSL e la cooperativa S.; in caso contrario, indichino gli elementi di gestione non conforme, e dicano se, con più corretta gestione, l'evento poi verificatosi poteva essere evitato;
 - 4) se gli accordi tra AUSL e la cooperativa S. fossero stati stipulati in conformità alle norme di legge; in caso contrario, indichino gli accordi non conformi, e i loro riflessi sul trattamento del paziente M. G. e sul verificarsi dell'evento in oggetto.

Le considerazioni conclusive sono le seguenti:

Non sono ravvisabili, a nostro avviso, comportamenti colposi di singole persone, nell'ambito dell'attività diagnostica e terapeutica, tali da costituire fattore causale necessario e sufficiente a produrre l'evento che poi si è verificato e, per converso, da indurre a ritenere che, senza quel comportamento colposo, o con diverso comportamento, il fatto sarebbe stato evitato. In altri termini, riteniamo che la complessità del caso non possa essere ridotta esaustivamente e realisticamente alla censura dell'operato di una o più persone. In ciò ci allineiamo in gran parte alle deduzioni effettuate dai periti I. M. - S. M. nella loro relazione, allorché elencano una serie di manchevolezze che si sono verificate nel tempo, con effetto di accumulo e di interazione, quali: la mancata acquisizione da parte del CSM, all'epoca della dimissione del M. G. dall'Ospedale Psichiatrico (1995) delle cartelle cliniche precedenti, quale unica fonte della storia clinica pregressa del paziente; l'errato suo inserimento nella struttura Albatros; i frequenti cambiamenti di terapeuta, soltanto in parte giustificati, e la scarsa evidenza nelle cartelle cliniche di un "passaggio di consegna" accompagnato da una efficace comunicazione dei dati clinici del caso; la scarsa comunicazione ed integrazione tra comunità e CSM, sia in generale che nel periodo specifico del cambiamento di terapia; la mancata comunicazione dell'episodio tra il M. G. e il C.A. del 23.5 da parte della dott.ssa M. L.; mancanza della individuazione di un percorso da seguire in situazioni di emergenza-urgenza; l'insufficiente presenza di psichiatri all'interno della comunità; la mancanza di un piano di trattamento individualizzato condiviso dall'equipe del CSM e dall'equipe della struttura; varie inadempienze dell'equipe psichiatrica, che hanno reso meno valido ed efficace il trattamento del caso; insufficiente presenza scarsa attenzione da parte della cooperativa S. nella selezione e nell'aggiornamento professionale del personale, accompagnata da scarsa supervisione e controllo da parte dell'AUSL. Alcune di queste doglianze fanno riferimento

a responsabilità individuali (ivi inclusa la censura al dott. P. E. per aver sospeso la terapia depot), altre a responsabilità di equipe, addebitate sia all'equipe psichiatrica che a quella socio-riabilitativa, ed altre ancora a responsabilità di tipo organizzativo. In effetti è difficile, nel caso in questione, fornire una visione unitaria ed una chiave interpretativa ed argomentativa tale da consentire al magistrato una precisa attribuzione di responsabilità: appare evidente che nessuna delle manchevolezze individuali costituisce causa necessaria e sufficiente dell'evento occorso, e che quindi non si versa nell'ambito di una responsabilità soggettiva; neppure il comportamento incongruo del C.A., che ha sicuramente precipitato l'evento, può essere assunto come valenza unicausale, dal momento che il suo comportamento è stato dettato (in perfetta buona fede professionale, come emerge dalle annotazioni del registro della comunità) dalla mancanza o insufficienza di preparazione specifica e dall'attribuzione di compiti che invece la richiedevano (come l'auto somministrazione assistita); ma anche la chiave di lettura plurisoggettiva della responsabilità all'interno dell'equipe (o della interazione tra diverse equipe) può fornire una chiave di lettura esaustiva, in quanto l'analisi non può essere limitata alla valutazione del comportamento e dell'interazione dei singoli operatori nell'ultimo periodo, secondo i criteri dell'affidamento e del non affidamento, o secondo quello della responsabilità diffusa; quest'ultimo apparirebbe invero abbastanza adeguato (in quanto indubbiamente sono accertabili numerose manchevolezze individuali, nessuna delle quali casualmente efficaci, anche se concorrenti a determinare l'evento), ma non esaustivo, in quanto vi sono importanti aspetti organizzativi di natura amministrativa che trascendono l'operato tecnico dei singoli e delle equipe, ponendosi a monte di questi con efficacia determinante nel condizionare il modus operandi dei singoli. Tali aspetti sono da ricercarsi essenzialmente: nella scarsa dotazione di personale del DSM imolese, che ha condizionato una impostazione della suddivisione del lavoro degli operatori psichiatrici tale da apportare insufficiente contributo di presenza nelle comunità; nella mancata ottemperanza di suddivisione tra residenze psichiatriche a maggiore o minore intensità assistenziale per quanto attiene alla presenza di personale sanitario specialistico all'interno delle comunità (o quantomeno nella mancata previsione di una maggior presenza dello psichiatra nella residenza Albatros, e nella mancata previsione della presenza di un infermiere psichiatrico, quantomeno per fasce orarie). Ciò rinvia ad una carenza organizzativa di tipo strutturale, tale da condizionare negativamente l'operatività dei singoli e delle équipe nel loro complesso, e da porsi come fonte principale di responsabilità. Tale responsabilità grava soprattutto sull'AUSL, ma anche sulla cooperativa S., nella misura in cui, nel corso degli anni, non ha richiesto una modifica dei termini contrattuali, e non ha segnalato, accettandolo, un regime che esponeva ad evidenti rischi di inadeguata gestione dei pazienti.

Depositata in cancelleria 1 marzo 2006

Le conclusioni dei periti ribaltano le considerazioni formulate precedentemente dai colleghi periti del P.M. e fatte proprie dalla Sentenza di Primo Grado. Contrariamente a quelle analisi infatti

la sospensione del Moditen Depot da parte del dott. P. E. va considerata, a nostro avviso, come un tentativo di verificare la possibilità di modificazione di una terapia sempre più sgradita al paziente in quanto foriera di effetti collaterali, anche in funzione dell'instaurazione di un miglior rapporto terapeutico medico-paziente... il tentativo di sospensione della terapia, a nostro avviso, non va annoverato nell'ambito della "colpa", ma in quello dell'errore, che nel caso in questione diviene un errore scusabile, in quanto riguarda un atto medico rientrando nelle possibilità di errore della scienza medica come scienza empirica, che molto spesso nell'ambito applicativo deve procedere per prove ed errori.

I periti asseriscono, senza incertezze, che nessuna delle manchevolezze individuali costituisce causa necessaria e sufficiente dell'evento occorso, e che quindi non ci troviamo nell'ambito di una responsabilità soggettiva, ma affermano che nemmeno la chiave di lettura pluri-soggettiva della responsabilità all'interno dell'équipe (o della interazione tra diverse équipe) può fornire una chiave di lettura esaustiva. Per i periti solo importanti aspetti organizzativi di natura amministrativa, che trascendono l'operato tecnico dei singoli e delle équipe, si pongono a monte di questi con efficacia determinante nel condizionare il *modus operandi* dei singoli. Argomentano tali affermazioni riferendosi alla normativa nazionale e regionale.

Le norme di legge prevedono che le strutture residenziali per pazienti psichiatrici siano differenziate a seconda della tipologia dell'utenza, ed in funzione del maggiore o minore fabbisogno di apporto sanitario specialistico. Già nel DPR 7.4.94 le strutture residenziali per lungo-assistiti venivano suddivise in tre categorie, indirizzate a tre diverse situazioni: a) casi di non competenza psichiatrica; b) casi assistiti da servizi non psichiatrici, ma con problematiche neuropsichiatriche; c) casi di esclusiva pertinenza psichiatrica. Nello stesso DPR (che prevedeva tempi di attuazione al massimo di 5 anni) veniva specificato che i dimessi dagli ospedali psichiatrici con prevalenti bisogni di assistenza psichiatrica dovevano essere ricoverati in strutture residenziali psichiatriche, mentre quelli con prevalenti bisogni socio-assistenziali per età, disabilità o situazione sociale potevano essere ricoverati in una delle strutture elencate sub a) o b) del DPR 7.4.94... Con delibera della Giunta Regionale 31.3.98 n. 759, venivano stabiliti i requisiti minimi di organico per le comunità protette psichiatriche (tra cui presenza programmata o pronta reperibilità di personale medico, infermieristico o della riabilitazione, con rapporto operatore-utente non inferiore di 1 a 2) e delle residenze sanitarie psichiatriche (tra cui infermieri, educatori ed addetti all'assistenza di base, presenza programmata o pronta reperibilità di competente personale medico, infermieristico e della riabilitazione, in relazione alle caratteristiche dell'utenza)... Nella convenzione tra l'AUSL di Imola e la società Ippogrifo non è prevista la presenza programmata di personale medico o infermieristico nella comunità Albatros, non viene fatto carico alla comunità della gestione psichiatrica, mentre l'AUSL si impegna a fornire "il servizio di consulenza psichiatrica alla struttura attraverso fi-

gure professionali idonee"; nella realtà, la consulenza psichiatrica viene offerta sotto forma di visite psichiatriche (ambulatoriali), reperibilità per le emergenze, presenza alle riunioni di equipe di uno psichiatra di riferimento per la struttura, una volta al mese, e di una assistente sociale, due volte al mese... Una convenzione così concepita non sembra conforme alla normativa nazionale né a quella regionale, soprattutto per quanto attiene alla mancata previsione di una effettiva presenza (nell'arco della settimana o per fasce orarie) di uno psichiatra e di un infermiere.

In sostanza vi sarebbe una mancata ottemperanza alla normativa per quanto attiene alla presenza di personale sanitario specialistico all'interno della residenza Albatros. L'argomentazione fa riferimento al fabbisogno assistenziale, con un rapporto operatore-utente 1 a 1, evidenziato nella convenzione tra Asl e Cooperativa. Tale dato implicitamente indicherebbe che trattasi di struttura residenziale di esclusiva pertinenza psichiatrica, bisognosa quindi di una rilevante presenza di personale sanitario. Vi sarebbe inoltre una mancata ottemperanza di suddivisione nella organizzazione del DSM tra residenze psichiatriche a minore o maggiore intensità assistenziale, essendo quest'ultime addirittura assenti, contrariamente alle indicazioni regionali e nazionali. Si eccepisce infatti sulla collocazione in detta struttura di un paziente, che presentava una grave patologia psichiatrica: schizofrenia paranoica cronica. Questo concetto è chiaramente espresso.

La struttura non era idonea sin dall'inizio per il paziente M. G., in quanto la sua patologia, sopita dai farmaci ma non spenta, richiedeva il collocamento presso una struttura residenziale psichiatrica ad elevato livello assistenziale, verosimilmente non presente nel territorio inolese (se, come appare deducibile dalla documentazione esaminata, tutte le strutture erano impostate allo stesso modo, ossia prevedendo per ciascuna struttura soltanto una "mini equipe" composta da psichiatra e assistente sociale, con esclusivo compito di consulenza e supervisione). Verificatosi lo scompenso, l'unica alternativa possibile sarebbe stata quella di un TSO, o di un ricovero "forzato" per motivi di emergenza.

I periti criticano, poi, la auto somministrazione assistita dei farmaci:

Nella convenzione non si fa alcun riferimento alla somministrazione dei farmaci, che di fatto viene poi attuata nella forma di "auto somministrazione assistita", vale a dire viene delegata al personale non sanitario della struttura.

Infine i periti svolgono un rilievo in merito alla selezione e formazione del personale delle cooperative.

Possiamo in parte concordare con la censura mossa in merito alla selezione del personale ed alla mancata promozione di formazione ed aggiornamento, cen-

sura che, per questo secondo punto, ricade in parte anche sulla AUSL... In effetti però nella convenzione stipulata... si possono ravvisare anche gli obblighi inerenti alla formazione ed all'aggiornamento professionale (in quanto è la ditta appaltatrice responsabile della fornitura, e quindi anche della selezione e dello aggiornamento del proprio personale).

4.2. Considerazioni nei confronti della perizia

Nella perizia sono state formulate critiche al modello organizzativo di Albatros, che si possono riassumere nei seguenti concetti. La residenza avrebbe avuto un impianto riabilitativo socio assistenziale simile a una RSA, sia per le figure professionali (presenza di operatori sociosanitari, di educatori professionali, mancanza di infermieri), sia per il tipo di organizzazione (un monte ore sanitario molto contenuto). Sarebbe stata perciò erronea la collocazione in detta struttura di un paziente schizofrenico e, di conseguenza, la struttura si sarebbe rivelata incapace di affrontare una sua situazione di crisi. La stessa somministrazione di farmaci attribuita al personale non sanitario della struttura rivelerebbe questa contraddizione e sarebbe illegale. In subordine sarebbero mancati corsi di formazione e di aggiornamento per gli operatori della residenza proprio per poter affrontare simili situazioni. Infine viene criticata la disposizione che vietava di tenere le cartelle cliniche dei precedenti ricoveri degli ospiti nell'ambulatorio della residenza, giustificata come diritto alla privacy e come rifiuto dello stigma psichiatrico; questa disposizione avrebbe determinato una oggettiva condizione di non consapevolezza di un pericolo a cui sarebbero stati esposti gli operatori. In sostanza si denuncia, implicitamente e talora anche esplicitamente, una superficiale e ideologica posizione "antipsichiatrica" nella gestione della residenza e forse in tutto il processo di superamento dell'Ospedale Psichiatrico di Imola. Tale posizione avrebbe ritenuto ingenuamente di risolvere la problematica della malattia mentale semplicemente attraverso la negazione della pericolosità del paziente psichiatrico. Tutto ciò avrebbe costituito un grave errore di valutazione, in particolare nei confronti di una tipologia di pazienti (gli schizofrenici-paranoici), che oggettivamente invece costituiscono un alto rischio di violenza e di aggressività.

Evidentemente chi formula queste critiche non conosce il processo di deistituzionalizzazione come si è realizzato a Imola, il suo rigore metodologico, il rifiuto di ogni ideologia, il suo valore scientifico, documentato dai numerosissimi riconoscimenti di organismi internazionali e nazionale (tra i quali quelli dell'OMS e del Ministero della Sanità). Non conosce però nemmeno le disposizioni e rivela gravi errori di documentazione. Albatros

era una struttura con una prevalente finalità socio riabilitativa su quella sanitaria? Senza dubbio! Ma è altrettanto vero che il dipartimento di salute mentale di Imola era dotato di una ampia gamma di strutture di cura e di riabilitazione: vi erano strutture ad alta funzionalità sanitaria e altre dove prevalevano invece funzioni più marcatamente riabilitative risocializzanti. Almeno tre (le due unità della residenza “Il Sole” e la “Lungodegenza Villa dei Fiori”) corrispondevano alla tipologia di strutture residenziali psichiatriche, ad elevata intensità con apporto professionale specialistico: strutture direttamente gestite dal DSM con proprio personale. Albatros corrispondeva invece alla tipologia delle strutture con prevalenti bisogni socio-assistenziali, al punto due del DPR 7.4.94 – quelle per i casi assistiti da servizi non psichiatrici, ma con problematiche neuropsichiatriche. A ogni struttura corrispondevano organici differenti (maggior o minor numero di figure professionali sanitarie e/o socio-riabilitative) e differenti progettualità terapeutiche. Quindi, contrariamente a quanto espresso dai periti, Albatros non costituiva l’unica scelta forzata per Giuseppe, nel “carente panorama della dotazione del DSM di Imola”(se avere 23 residenze significa essere carenti, qual è per i periti la situazione ottimale?!) Nel momento in cui si fosse rilevato un aggravamento delle condizioni psichiche di un ospite di una residenza esisteva la possibilità di essere trasferito in altre e appropriate strutture. L’argomentazione dei periti e le loro conclusioni sono fondate, senza dubbio, su presupposti e su dati completamente erronei.

Ma da che cosa nasce questo errore? Probabilmente da un preconcetto, che fissa la sua attenzione sulla presenza ad Albatros di “pazienti psichiatrici” e di M. G., in particolare – uno schizofrenico paranoico cronico. E si sa – sembrano dire i periti – uno schizofrenico, pur se residuale, rimane sempre un paziente bisognoso di trattamento all’interno di contesti psichiatrici. Adottando una analisi a posteriori, si inficiano dunque le scelte effettuate in precedenza. Ma M. G. era stato inserito ad Albatros dopo una attenta valutazione, che aveva tenuto conto del suo consolidato miglioramento e della contemporanea necessità di avere una situazione abitativa e relazionale protetta. Per undici anni aveva raggiunto una condizione di relativo equilibrio, tale comunque da non richiedere misure contenitive (e non si può certamente ritenere che undici anni di benessere non costituiscano un arco di tempo poco significativo!). Nei suoi confronti era stato sviluppato un programma riabilitativo individualizzato, secondo la metodologia della de istituzionalizzazione realizzata a Imola. I periti di questa consulenza tecnica, analogamente a tutti i periti di ufficio (ma a non quelli di parte!) sembrano ritenere invece che il miglioramento delle condizioni psichiche di M. G. sia attribuibile solo al farmaco long acting e che comunque sia apparente e transitorio. È una visione primitiva, ingenua, oltre che riduttiva della real-

tà. Peraltro è anche offensiva nei confronti di chi con grande impegno ha condotto e conduce processi relazionali e riabilitativi. Gli operatori di Albatros infatti avevano dimostrato, vorrei sottolinearlo, di saper corrispondere, con alta professionalità, ai bisogni di M. G., anche se non sempre facili da interpretare e da corrispondere. Che Albatros, in sostanza, costituisse una struttura idonea lo confermano proprio i cinque anni vissuti da M. G. nella residenza, senza rilevanti problemi di comportamento: è un lasso di tempo sufficiente per verificare la bontà di una scelta.

Dove sta allora il problema? In verità l'obiezione rimanda, ancora una volta, alla differente ottica con cui si affronta il tema della "guarigione" e della "malattia". Entrambi i concetti rischiano di essere fuorvianti, in quanto rimandano a complesse considerazioni scientifiche. Ma per semplificare si potrebbe dire che M. G. non era totalmente "guarito" dagli effetti invalidanti della malattia e della istituzionalizzazione, ma non era nemmeno un "finto guarito". Più semplicemente e correttamente, secondo la terminologia della "recovery", M. G. aveva fatto dei passi significativi sulla strada del miglioramento delle sue condizioni psichiche, emozionali e relazionali ed era in grado di far fronte a una vita sociale. In questo senso la scelta abitativa di Albatros era stata la migliore risposta possibile.

Ma, si è obiettato, gli operatori di Albatros, per la loro qualifica professionale, erano in grado di leggere le situazioni di aggravamento di un paziente psichiatrico? A giudicare dai fatti (e contrariamente a quanto asserito dai periti!) si direbbe di sì. Lo confermano, ad esempio, tutte le loro osservazioni sulla "consegna segreta". In ogni caso erano in grado di farlo, sia la coordinatrice della residenza (per la quale era richiesta la qualifica di psicologa o pedagogista), sia l'assistente sociale, sia naturalmente gli psichiatri, che avevano il compito di accompagnare, monitorare i progetti terapeutici dei pazienti.

Anche nel caso della formazione e aggiornamento degli operatori, la documentazione dei periti è insufficiente e sono errate le conclusioni. I dipendenti delle cooperative del privato sociale avevano condiviso molte attività di formazione e aggiornamento rivolte al personale del DSM e avevano partecipato ad attività formative specifiche (le attività della "équipe trasversale").

Il problema della distribuzione dei farmaci agli ospiti della residenza è stato già trattato in questo libro: le disposizioni chiarivano che, proprio per la tipologia socio assistenziale della struttura, i farmaci venissero "auto-assunti" dagli ospiti. L'operatore doveva limitarsi ad aiutare gli interessati a svolgere questo compito e non doveva mai forzare la situazione. Al bisogno sarebbero intervenuti gli infermieri e il medico. Questa modalità era stata oggetto di lunghi approfondimenti ed era stata resa esecutiva dalla direzione sanitaria della AUSL.

L'asserita disposizione che vietava di conoscere la storia dei pazienti, espressa nella perizia dei consulenti del PM, è priva di fondamento e si basa forse su un equivoco. Avevo sottolineato l'esigenza di fondare la valutazione dei bisogni del paziente su un processo di conoscenza, attento, critico, professionale, non basato sugli stereotipi. La lettura delle cartelle cliniche, ad esempio, richiedeva competenza professionale e una certa capacità critica: numerosi studi di revisione delle diagnosi di ricovero in Ospedale Psichiatrico avevano spesso mostrato la loro inattendibilità, anche per i mutati criteri diagnostici. Pertanto la disposizione di non tenere nelle residenze (– si tenga presente – in un contesto non sanitario!) le cartelle cliniche dei precedenti ricoveri corrispondeva all'esigenza di evitare l'accessibilità indiscriminata ai dati sanitari degli ospiti, ledendo il loro diritto di privacy. Ma tutto ciò era altra cosa rispetto alla indiscutibile esigenza di informazione da parte degli operatori socio-sanitari. Lo psichiatra avrebbe infatti valutato se, e come, investire della conoscenza della storia del paziente gli operatori della cooperativa, fornendo loro ogni necessaria informazione.

Formulate queste precisazioni, è doveroso recepire alcune perplessità formulate dai periti. E' necessario farlo in riferimento a una questione: come mai, anche limitando l'indagine ai giorni prima dell'evento delittuoso, come mai, di fronte a una situazione di così grave sofferenza e di pericolo imminente, non si è messo in moto un intervento rapido ed efficace? Come mai questa percezione non viene espressa ai responsabili del DSM? Perché non vengono riferite al dottor P. E., o alla dr.ssa P. A. M. le minacce di M. G. e perché ci si limita a registrarle in una consegna, che non si sa se sarà mai consultata? Perché durante la riunione di équipe non vengono espressi con forza i timori e i dubbi? Come mai la dr.ssa M. L. non trasmette con chiarezza le minacce agli psichiatri? Come mai di fronte, prima, ai faticosi tentativi di coinvolgere lo psichiatra sul caso di M. G. e, in seguito, di fronte alla mancanza di un miglioramento del paziente, la coordinatrice della residenza non sente l'obbligo di rivolgersi ai responsabili del DSM?

Si percepisce una diffusa difficoltà di comunicazione che crea equivoci e provoca errori; è quella stessa difficoltà che avevo sottolineato nella mia relazione al direttore del distretto, il 16 giugno 2000. Ci troviamo di fronte a un cattivo funzionamento del lavoro in équipe e a una scarsa integrazione tra il dipartimento di salute mentale e la cooperativa. La coordinatrice della residenza non riesce a trovare il modo per comunicare informazioni importanti e per esprimere i vissuti degli operatori, ma nemmeno sembra esigerlo. Lo psichiatra modifica il trattamento farmacologico senza coinvolgere gli operatori della residenza e, quando successivamente li investe di un compito, richiede loro un atteggiamento passivo. Quando in riunione si parla di M. G. appare scontato – per lo psichiatra, ma anche per gli operatori – che

possa essere assente il terapeuta che ha in carico il paziente. E la dr.ssa P. A. M., che svolge le funzioni di supervisione non percepisce la profonda ansia degli operatori e non intravede la difficoltà in cui si trova la coordinatrice?

Il bisogno terapeutico di M. G. non si misura solo in mgr di Moditen o nella realizzazione di un TSO. Ciò di cui ha bisogno il paziente in una situazione psicopatologica grave è di essere "preso in carico" da parte di un gruppo, che si muove su un progetto chiaro, che mostra generosità e intensità di pensiero. Come l'esperienza di de istituzionalizzazione ha insegnato, è questa sorta di energia collettiva che consente di contenere psicologicamente il paziente grave. In questo caso le carenze sono sconcertanti, proprio perché avvengono in un contesto che quella esperienza conosceva e aveva praticato per molto tempo.

In realtà il modello originario della residenza prevedeva un solo psichiatra referente per tutti gli ospiti, che diventava automaticamente anche il punto di riferimento per gli operatori. I progetti terapeutici e la loro verifica erano frutto di un lavoro in comune tra lo psichiatra, l'assistente sociale e gli operatori. Con il tempo l'attività riabilitativa si era assestata su livelli di routine ed era sembrato opportuno ridurre l'impegno medico per rivolgerlo ad altri settori del DSM. Per corrispondere, inoltre, ai bisogni di scelta dei singoli pazienti si era consentita la presenza di altri psichiatri nelle residenze. Questa soluzione aumentava però la complessità della situazione, introduceva difficoltà di comunicazione e imponeva esigenze di coordinamento maggiori e più delicate. Ad Albatros, da quanto è emerso, era entrata in crisi la funzione di coordinamento dello psichiatra referente e a un gruppo di lavoro coeso, entusiasta e motivato si erano sostituite situazioni confusive e conflittuali. È opportuno tener presente però che questo modello ha sostanzialmente tenuto in tutte le altre residenze, senza creare conflitti, apportando anzi decisi miglioramenti agli ospiti. Si ripropone allora la domanda originale: ad Albatros che cosa non ha funzionato? È difficile rispondere, forse perché è proprio delle organizzazioni fondate sull'elemento umano, il loro essere opinabili e rapidamente modificabili. Il succedersi naturale degli eventi a volte risolve gli errori, altre volte li nasconde rendendoli critici.

La direzione del dipartimento di salute mentale ha certamente una sua parte di responsabilità: in assenza di segnalazioni palesi di disfunzionamento (che non ci sono state!), si sono date per scontate troppe cose. Paradossalmente proprio i risultati positivi fino ad allora conseguiti con la collaborazione del privato-sociale, hanno indotto un atteggiamento di presunzione e ridotta l'attenzione. Era in qualche modo prevedibile una certa usura del processo di de istituzionalizzazione, per ragioni fisiologiche, ma ci si aspettava che ciò accadesse molto più tardi. La "situazione sentinella" di Alba-

tros ha mostrato invece come il processo di regressione potesse rapidamente e fortemente progredire, quando si introducono, in un contesto consolidato, alcune novità (un medico senza esperienza antimanicomiale alle spalle, un educatore pieno di buona volontà, ma inadatto a lavorare con pazienti psicotici, la perdita del ruolo di riferimento dello psichiatra della residenza, l'aumento del turn over del personale della cooperativa, che all'epoca aveva anche cambiato la sua dirigenza, una situazione di transizione nei vertici del DSM). Ma vi erano anche ragioni strutturali che lasciavano presumere l'insorgenza di ulteriori difficoltà.

L'area di accoglienza dei vecchi ospedali psichiatrici di Imola (la catchment area) faceva riferimento a tutta la Romagna e alla provincia di Bologna. Il superamento della istituzione avrebbe dovuto coinvolgere perciò tutte le aziende sanitarie di tale area. Era quindi evidente che il processo si sarebbe rivelato complesso e con gravi difficoltà. Le risorse del vecchio ospedale psichiatrico progressivamente si erano ridotte (giustamente!), con l'obiettivo di raggiungere in ogni realtà locale un rapporto ottimale tra esigenze dell'acuzie e quelle della riabilitazione. In sostanza bisognava operare un progressivo trasferimento di responsabilità e risorse da una situazione centralizzata alle realtà del territorio. Ma questo processo aveva finito per stressare le esigenze delle residenze terapeutiche, senza considerare contemporaneamente gli effetti delle politiche delle Asl, costantemente tese a ridurre la spesa sanitaria e a incidere particolarmente nei settori di minor "peso tecnologico" come la Salute Mentale. In sostanza bisognava fare, come ormai da molti anni, le nozze con i fichi secchi. Questa condizione ha determinato un equilibrio molto precario del sistema, con il rischio che elementi di rilevanza minima potessero indurre effetti negativi rilevanti. Questa riflessione serve per rendere comprensibile la "zona d'ombra" in cui si è mossa la cooperativa: come mai la cooperativa non ha comunicato al DSM le vere ragioni del trasferimento dell'educatore C. A., perché non ha accolto le richieste della coordinatrice di toglierlo da Albatros, perché ha costretto la sua coordinatrice a mentire e a stracciare la sua denuncia, perché sono stati nascosti i segni di malessere degli operatori? Si può avanzare una ipotesi: c'era da parte della cooperativa il bisogno di minimizzare i problemi, per timore di essere ritenuti incapaci o meno capaci di altri di gestire le situazioni difficili. Il clima competitivo creatosi tra le cooperative di servizi, come conseguenza della riduzione delle risorse da parte dell'AUSL, creava un forte timore di essere esclusi da future gare. Occorreva perciò minimizzare e "lavare i panni sporchi in casa", innescando una spirale perversa di perdita di qualità, con aumento del turn over e del burn out degli operatori.

I tagli di bilancio, eseguiti con criteri burocratici, appaiono solo come

correzioni di cifre operate nelle stanze del potere e rimangono sempre al di là di ogni possibilità di confronto con chi li subisce. La fredda neutralità dei numeri non rappresenta quasi mai i drammi umani che si andranno a produrre. Quasi sempre esenti dalle sanzioni penali, i dirigenti delle aziende sanitarie potranno al massimo andare incontro a sanzioni amministrative. E se ciò avverrà, non sarà perché non hanno prodotto salute per i cittadini, ma solo perché non hanno sufficientemente ridotto le spese.

Insomma, a ben guardare, dietro a eventi così drammatici come quelli descritti in questo libro si scoprono sempre tanti piccoli (o grandi) errori. Alcuni di essi rimangono nascosti, su altri si fissa l'attenzione degli inquirenti, alcuni sono penalmente rilevanti, altri non sono evidenziabili, altri ancora sono occultati dietro a pochi mgr di psicofarmaco, al mancato controllo dei coltelli di una cucina o a una semplice diagnosi psichiatrica. Ma chi è veramente schizofrenico: il paziente o la situazione? E chi è veramente pericoloso? E dove nasce l'incidente?

3. *L'incidente di Gorizia*

di *Domenico Casagrande*¹

1. Il fatto (26 settembre 1968)

Dai verbali del fascicolo giudiziario

Il 26 settembre 1968, alle ore 14,30, in seguito a richiesta telefonica, il personale dipendente dalla questura di Gorizia, si recava in località Oslavia, Via Lenzuolo Bianco, 2, e vi rinveniva il cadavere di Kristancic Milena, che presentava una vasta ferita alla nuca. La donna era stata uccisa dal marito Miklus Alberto, il quale era stato visto allontanarsi in direzione di una boscaglia verso il confine con la Jugoslavia.

Il Miklus, che fino dal 1951 era ricoverato nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, quel mattino era stato accompagnato presso la propria abitazione da un infermiere dell'Ospedale Psichiatrico, per trascorrere una giornata di permesso. Il Miklus era rintracciato due giorni dopo, nascosto in un bosco lontano circa un chilometro dalla sua abitazione. Condotto in questura e interrogato, dichiarava che durante la degenza in Ospedale Psichiatrico, era fuggito più volte, ma era stato sempre ripreso. Egli fuggiva per andare e far visita ai familiari, perché non voleva che i tre figli venissero a fargli visita in Ospedale, non desiderando che vedessero i luoghi ove era rinchiuso. La moglie veniva a visitarlo ogni due o tre mesi, ma egli non gradiva le sue visite, essendo convinto che fosse stata lei la causa del suo internamento in manicomio. Il mattino del 26 settembre un infermiere lo aveva affidato ai familiari, aveva fatto firmare un bigliettino dal figlio Marjan e, prima di andarsene, aveva detto che sarebbe tornato verso le ore 21 per riprenderlo. Nella matti-

¹ Domenico Casagrande è stato collaboratore di Franco Basaglia a Gorizia e a Trieste; direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia e di Venezia, è stato anche responsabile del Dipartimento di Salute Mentale di Venezia e direttore sanitario dell'AUSL di Venezia <domenicocasagrande@alice.it>.

nata era stato nel cortile e aveva parlato con i due figli, Davide e Marjan, che, dopo aver caricato delle damigiane di vino, se ne erano andati. Verso le 12 la moglie lo aveva invitato ad andare con lei in campagna, per portare il pranzo agli operai che raccoglievano l'uva. Aveva risposto che non se la sentiva di andare in campagna, perché, essendo vicina al confine jugoslavo, temeva di espatriare. La moglie era tornata verso le 12,30 e si era messa a fare le faccende di casa. Fra loro due era sorta una discussione, perché la moglie lo rimproverava di non essersi recato in campagna e perché voleva che cedesse il suo maglione ai figli. Dopo questa discussione aveva preso un martello da muratore e aveva colpito al capo la moglie. Al primo colpo la moglie aveva cercato di uscire ed era caduta nella stanza vicina. Quando stava per cascare a terra, l'aveva ancora colpita due o tre volte, usando il martello dalla parte della lama. Era uscito, aveva gettato il martello nel cortile e si era andato a nascondere nel bosco. Il giorno dopo si era avvicinato alla sua abitazione, per avere notizie dello stato di salute della moglie, perché pensava di averla solo ferita. Non era andato a casa per uccidere la moglie; l'aveva colpita solo in seguito alla discussione. Miklus Marjan, interrogato da un sottufficiale di P.S. riferiva che il 25 settembre un infermiere dell'Ospedale Psichiatrico si era presentato allo spaccio vino per dire alla sorella Giuseppina che il giorno seguente qualcuno dei figli si doveva presentare all'Ospedale per prelevare il padre, che aveva espresso il desiderio di trascorrere un giorno in famiglia. La sorella aveva fatto presente che non avevano il mezzo per portarlo a casa e che, perciò, avrebbero dovuto accompagnarlo loro. Infatti, il giorno dopo, erano giunti a casa l'infermiere e il padre. L'infermiere gli aveva chiesto di firmare una ricevuta di consegna, aggiungendo che non doveva preoccuparsi, perché il padre era tranquillo. Infatti il padre appariva abbastanza calmo e aveva parlato con la moglie con la massima tranquillità. Marjan però, sapendo che il padre in passato aveva minacciato la madre, le aveva detto di stare attenta e di cercare di stare a distanza dal marito. Verso le 11, egli e il fratello Davide avevano lasciato la casa per trasportare del vino a Gorizia, ritornando verso le 12,30. Al ritorno, il padre era solo in casa. Alle 13 era tornata la madre e l'aveva pregato di andare in campagna con il trattore per raccogliere i tini d'uva. Era uscito e aveva lasciato in casa il fratello Davide, il quale era uscito prima della 14 per recarsi alla Biblioteca Governativa di Gorizia. Era tornato in casa verso le 14,15 e aveva trovato la madre a terra, in cucina. Il padre era fuggito più volte dall'ospedale. Una diecina di anni avanti il padre era fuggito dall'ospedale e, venuto a casa, aveva minacciato di uccidere la madre con una bacionetta. Il padre non gradiva le visite dei figli in ospedale e nemmeno quelle della madre, perché era convinto che ella fosse la causa del suo ricovero in ospedale psichiatrico.

Miklus Davide confermava le dichiarazioni del fratello, affermando che il padre in mattinata era tranquillo e che nulla lasciava prevedere quanto sarebbe successo. Il padre gli aveva chiesto notizie dei suoi studi, del lavoro della campagna, delle persone decedute nella zona e dei parenti. A volta, fantasticando, gli spiegava come morivano i degenti in ospedale psichiatrico, dicendogli che mettevano delle medicine nei cibi e così morivano. Gli raccomandava di stare attento alla madre, perché anche essa poteva mettere delle pillole nei cibi e farlo morire. Quel giorno era uscito poco prima delle 14 e il padre lo aveva accompagnato fino al limitare del cortile. Il 7 ottobre 1968, Miklus Marjan, interrogato dal Procuratore della Repubblica, confermava quanto aveva dichiarato alla polizia. Precisava che non aveva mai sentito il padre proferire espressioni minacciose o di morte all'indirizzo di sua madre. Solo una decina di anni prima, durante una fuga dall'ospedale, aveva visto il padre puntare una baionetta al petto della madre. Il giorno del fatto, il padre appariva colmo e passava facilmente dallo scherzo alla serietà: non avrebbe mai pensato che avrebbe ucciso la madre. Anche Miklus Davide riferiva al Procuratore della Repubblica che il padre quel mattino sembrava tranquillo, anche se i suoi discorsi erano orientati su basi fantastiche. Egli non aveva mai sentito il padre minacciare la madre, benché fosse convinto che la madre fosse causa del suo ricovero e della sua malattia. Alcuni giorni prima del fatto, il fratello era andato a prendere il padre all'ospedale ed era stato costretto a firmare un foglio, per poterlo portare a casa senza l'assistenza infermieristica. Klaniscek Ivan, allievo infermiere dell'Ospedale Psichiatrico, dichiarava al Procuratore della Repubblica che, avendogli il Miklus espresso il desiderio di andare a casa per la vendemmia, aveva riferito tale desiderio al capo sala, il quale lo aveva fatto presente all'assemblea degli psichiatri, che si teneva ogni settimana alla 8,30. Successivamente il capo sala gli aveva detto di avvertire i familiari del Miklus, cosa che egli aveva fatto. Poiché la figlia del ricoverato gli aveva fatto presente che non avevano mezzi per trasportare il padre a casa, il capo sala aveva incaricato lui di accompagnare il Miklus a casa con la sua autovettura. Durante il viaggio il Miklus era restato calmo e appariva molto contento. Giunti all'abitazione dei Miklus, aveva fatto firmar al figlio Marjan il foglio con cui si assumeva le responsabilità del caso, e se ne era andato, dicendo che sarebbe tornato la sera a riprendere il ricoverato.

Il 30.9.1968, Miklus Alberto, riferiva al Procuratore della Repubblica che quel giorno, dopo le 13, aveva cominciato a questionare con le moglie. Questa gli aveva detto che tanti suoi parenti erano morti e lo aveva esortato ad andare in campagna, vicino al confine, per vedere quelli che lavoravano, tra i quali avrebbe dovuta trovarsi il cugino Zulian Luigi. Ad un cer-

to momento aveva trovato un martello e glielo aveva dato in testa, dicendole: "Finiscela di sberciar". La moglie era caduta ed egli si era allontanato, nascondendosi nei boschi vicini, poiché era sua intenzione tornare a casa o andare dalla polizia, non sapendo che la moglie fosse morta. La moglie gli aveva sempre detto che lui era matto, ma non era vero che egli fosse malato di mente.

Il prof. Franco Basaglia, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia veniva imputato di omicidio colposo.

Il 12.10.1968, interrogato del Giudice Istruttore presso il Tribunale di Gorizia, faceva presente che non era prevedibile che il Miklus giungesse al punto di attuare il crimine, poiché non aveva mai manifestato il proposito di sopprimere la moglie. La forma clinica del Miklus non portava necessariamente all'omicidio. Il Miklus negli ultimi due anni aveva accettato la visita dei figli, in coincidenza con un miglioramento del clima di reparto, che permetteva intensi e corretti rapporti interpersonali. Si era pertanto tratto spunto dalle visite per cominciare una lenta opera di riannodamento con la famiglia. Il Miklus era stato più volte accompagnato a casa dal medico di reparto e, in seguito, dagli infermieri. Il 15 settembre il Miklus, allontanatosi dal reparto, se ne era andato in famiglia. Un infermiere lo aveva trovato in un'osteria vicino alla sua abitazione e lo aveva accompagnato a casa. I figli avevano promesso al padre che il giorno dopo sarebbero venuti a prelevarlo. L'iter terapeutico degli ultimi due anni di ricovero e il riavvicinamento costante con la famiglia lo avevano indotto a concedere il permesso, sotto la responsabilità dei figli. Per tali ragioni era stato concesso al Miklus il permesso del 25.9. In tale giorno il prof. Basaglia era assente dalla sede. La proposta di permesso era stata portata in discussione nella consueta riunione del mattino alla presenza del medico curante e del personale infermieristico di reparto.

2. Le perizie psichiatriche

2.1. La perizia di ufficio

Il Giudice Istruttore del Tribunale di Gorizia ordinava che il Miklus fosse sottoposto a perizia psichiatrica e, poiché l'imputato il 14.10.1968 era stato ricoverato nel manicomio giudiziario di Reggio Emilia, pregava il Giudice Istruttore presso il Tribunale di Reggio Emilia di sottoporre a perizia psichiatrica il prevenuto.

Il Giudice Istruttore di Reggio Emilia il 28.10.1968 nominava lo scrivente perito psichiatra e, il 9 novembre, dopo aver posti i quesiti di rito, agguingeva il seguente quesito:

Dica il Perito, se attesa la condizione psichica del Miklus, in relazione alle sue disposizioni d'animo e alla sua posizione mentale nei confronti della propria moglie, ripetutamente manifestata in precedenza in varie occasioni, era prevedibile che il predetto giungesse al punto di attuare i minacciosi propositi verso il coniuge.

Esame del soggetto

Anamnesi: Le seguenti notizie sono state tratte dal fascicolo processuale, dalla Copia della Cartella Clinica dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, e dai Questionari Informativi compilati dal Sindaco di Gorizia e dal Comandante della Stazione Principale dei Carabinieri di Gorizia.

Precedenti familiari: Il padre è deceduto a 85 anni per ipertensione arteriosa. La madre è deceduta a 83 anni per miocardio sclerosi. Questa ebbe cinque figli, di cui tre sono viventi. Un figlio morì a 15 anni per meningite e un altro figlio a 32 anni per tbc polmonare. Non risultano casi psicopatologici nel gentilizio.

Precedenti personali: Terzogenito, il soggetto nacque a termine da parto eutocico il 27.17.1906, ed ebbe allattamento materno. Nell'infanzia non soffrì malattie degne di nota. A scuola mostrò normale capacità ad apprendere, raggiungendo l'VIII classe elementare. Idoneo alle visite di leva militare, prestò servizio militare dal 20-4-1926 al 15.10.1926. Si sposò all'età di 38 anni e dalla moglie ebbe tre figli, tuttora viventi e sani. Dal giugno 1942 all'Aprile 1945, operò come partigiano con funzioni di Commissario del 2° Battaglione della Brigata partigiana "Simon Gregoric". In tale periodo fu affetto da pleurite basale bilaterale e da poliartrite reumatica. Nell'aprile 1947 riceveva una lettera anonima con la quale veniva invitato a versare L. 500.000, con la minaccia della sua vita. Non avendo ottemperato a tale invito, il 23.4.1947, due individui entravano nella sua abitazione e gli esplosevano contro alcuni colpi con arma da fuoco, fortunatamente andati a vuoto. Un attentatore fu identificato e condannato. Scarcerato a pena espiata fece una visita al Miklus, che si spaventò molto e cominciò ad evidenziare un cambiamento del carattere, divenne depresso, preoccupato, diffidente e sospettoso. Il 30 dicembre 1951 era ricoverato all'Ospedale Psichiatrico di Gorizia con diagnosi di personalità psicopatica. All'ingresso appariva spaventato e ansioso, sospettava di tutti persino delle propria madre e della cognata ma non della moglie. Rifiutava il vitto dell'Ospedale e si nutriva solo del cibo che portava la moglie. Sottoposto ad elettroshock terapia, il 29.1.1952 era dimesso molto migliorato, in prova, e affidato alla moglie. Il 17.3.1953 era nuovamente ricoverato al succitato Ospedale, perché in preda a delirio di persecuzione. Dopo un breve ciclo shockterapico, il 29 dello stesso mese era dimesso migliorato e consegnato alla moglie. Il 14. 4.1953 era ricoverato la terza volta in Ospedale Psichiatrico, perché credendosi perseguitato per motivi politici, tentava di espatriare in Jugoslavia. Due giorni dopo evadeva del suo reparto, sconfinando in Jugoslavia, ove era ripreso il 20 dello stesso mese e ricondotto all'Ospedale Psichiatrico. In tale periodo appariva scontroso, rabbioso, mi-

nacciava di uccidere qualcuno, evidenziava un delirio di persecuzione, era laceratore, disordinato, negativista, violento. Dopo un ciclo di elettroshock, divenne calmo, tranquillo ed esprimeva il desiderio di andare a casa. Il 18. 8. 1954, con un salto acrobatico, scavalcava la rete di cinta ed evadeva. Il 20.8 era visto nelle vicinanze della propria casa armato di una sbarra di ferro ad uncino. Qualche sera dopo, si presentava dalla moglie e, minacciandola con la sbarra di ferro, si impossessava di un fiasco di vino e poi ed allontanava. Il 23.8 era catturato da agenti di P. S. e ricondotto in Ospedale Psichiatrico. Il 3.12.1962 evadeva nuovamente e tre giorni dopo era ripreso dalle polizia jugoslava, riportato in Italia e ricoverato all'Ospedale Psichiatrico. Altra evasione faceva il 22.10.1963. Il giorno dopo le autorità jugoslave lo fermavano e lo consegnavano alla frontiera. Il 6.5.1966 si allontanava arbitrariamente dall'Ospedale, si recava oltre frontiera e, presentatosi alla polizia jugoslava, chiedeva ove fosse sepolta la madre, deceduta una quindicina di giorni prima. Il giorno dopo era accompagnato all'Ospedale. Il 14. 9.1960 evadeva nuovamente, era trovato da un infermiere presso un'osteria e ricondotto nell'Istituto.

Dalla copia della Cartella Clinica si rileva che la sindrome psicotica cominciò a presentare qualche segno di remissione nel 1965. In tale anno il paziente divenne più governabile pur presentando ancora un delirio di beneficio. Il 26. 9. 1968, invitato in breve permesso a casa, uccideva la moglie a colpi di martello.

Esame somatico

Miklus Alberto è un soggetto in buone condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione. Altezza m. 1.73 ; Peso Kg. 82. L'esame clinico dei vari organi e apparati della vita vegetativa ha messo in evidenza solo esiti di pleurite sin., riscontrati anche all'esame schermografico. Pressione arteriosa 150/90.

Vita di relazione: Le sensibilità tattile, termica e dolorifica sono nella norma. L'udito è regolare. Il visus è diminuito per presbiopia. I riflessi cutanei e tendinei sono simmetricamente regolari. Le pupille tendono alla midriasi e reagiscono torpidamente alla luce e all'accomodazione. Il soggetto mantiene la stazione eretta anche in posizione Romberg. L'andatura è regolare. L'innervazione cranica è integra. Non si rilevano tremori apprezzabili. La parola è regolare per fonasi e articolazione.

Esami di laboratorio

Le reazioni di V D R L, eseguite sul siero di sangue per la ricerca della lue, sono state negative.

Esame psichico

Il Miklus, durante i vari esami e i colloqui clinico-psichiatrici ha manifestato segni evidenti di negativismo, rifiutando di sedersi o di stringere la mano in segno di saluto o di sottoporsi a determinate prove. Il suo linguaggio spesso è stato poco comprensibile, sia per la povertà del suo vocabolario, sia per il suo agrammatismo. Riteniamo che tale suo modo di esprimersi sia dovuto in parte alla scarsa conoscenza della lingua italiana, in parte a quella disintegrazione psichica riscontrabile negli schizofrenici in fase demenziale. Spesso abbiamo dovuto invitarlo a ripetere

una risposta, non avendola ben compresa, anche perché egli è portato a divagare, rompendo il filo del pensiero. Interrogato in merito al fatto per cui si procede, ha riferito che la moglie quel giorno lo aveva invitato a recarsi con lui in campagna per guardare i vendemmiatori, tra i quali vi era il cugino Zulian Luigi. A suo avviso, la moglie voleva che egli lo "accoppiasse" a che espatriasse in Jugoslavia, per poi farlo definitivamente internare in "reparto per pensioni di guerra" (ossia, come poi ha spiegato, in Ospedale Psichiatrico). Ma egli, che è un cittadino rispettoso delle leggi e che non vuole andare contro il governo, si era rifiutato. La moglie si era messa a "sberciar" lo aveva chiamato matto ed egli, per farla tacere aveva preso il martello per darle un colpo sulla schiena; la moglie, per schivare il colpo, si era abbassata ed egli, involontariamente, l'aveva colpita al capo. Egli è però certo che la moglie non è morta, perché, quando si era allontanato, ella aveva gli occhi aperti. Ha poi parlato della sua vita nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia. Ha detto che era ricoverato al Reparto C, che, secondo lui, è un reparto militare. Da quando era stato trasferito in questo reparto le sue condizioni di vita erano migliorate. Aveva anche lavorato qualche settimana, ma poi aveva dovuto abbandonare il lavoro, perché si era rifiutato di firmare la ricevuta della somma datagli per mercede. Egli non "era contrario" alla moglie, ma non gradiva le sue visite in ospedale, perché lì, ogni volta che veniva, gli diceva "sai chi è morto?" e gli elencava le persone decedute. Egli non voleva sentire queste cose, perché la moglie voleva quasi dare la colpa a lui di questi decessi, per farlo poi passare per pazzo e tenerlo in manicomio. Invitato a parlare sul suo timore di essere avvelenato, ha tergiversato e ha dato risposte incongrue, per cui non siamo riusciti a portarlo a discorrere su questo tema.

Dai colloqui clinico-psichiatrici abbiamo rilevato che il soggetto, quando viene interrogato, si attiene in un primo tempo all'argomento, ma che poco dopo incomincia a divagare, sì che il suo discorso appare sconclusionato. Così ha parlato ripetutamente di nozze d'oro dei genitori e di altri parenti. Ci ha assicurato più volte che egli è un cittadino rispettoso delle leggi dello stato e ha criticato quelli che non lo sono. Ha dato strane interpretazioni a vari fatti: se il letto è rivolto a sud o ad oriente, se uno dorme su un fianco o supino. Ha ricordato quando nell'Ospedale Psichiatrico camminava all'indietro, dando spiegazioni poco comprensibili. Ha messo in rapporto tale modo di procedere con i suoi sconfinamenti in Jugoslavia. Ha sostenuto che egli non si siede mai, ma non ha saputo o voluto dire le ragioni di tale modo di comportarsi. Da tali colloqui e dal suo comportamento in generale abbiamo potuto trarre sufficienti elementi per conoscere lo stato delle sue più importanti attività psichiche.

Sufficientemente orientato nel tempo e nello spazio, il Miklus mostra una percezione non sempre corretta, certamente inficiata da illusioni. Non abbiamo rilevato la presenza di allucinazioni visive o uditive. La sua memoria di rievocazione è apparsa abbastanza ben conservata, anche se gli eventi da lui ricordati sono distorti da errate interpretazioni e dalla sue costellazioni deliranti. Le associazioni delle idee non si compiono secondo il comune nesso logico, per cui il suo discorso appare spesso incomprensibile. La diminuita capacità di astrazione, d'altra parte, non gli permette di distinguere l'essenziale dall'accessorio. Inoltre, per la distraibilità dell'idea direttiva, il suo pensiero divaga, passando da un argomento all'altro. A

volte nel suo discorso si nota una sovrapposizione di elementi, che non hanno un appropriato legame fra loro. Per tali anomalie, giudizio e critica sono in lui del tutto inadeguati. Il soggetto ha cercato di nascondere le confuse costellazioni deliranti che affollano il suo contenuto ideativo. Come spesso avviene nei malati da lungo tempo degenti in ospedale psichiatrico, anche il Miklus si sforza di dissimulare i suoi deliri, perché ormai egli sa che le sue convinzioni non vengono accettate dagli psichiatri e lo fanno giudicare malato di mente. È certo però che i suoi deliri hanno per tema una continua minaccia alla sua vita e alla sua libertà: teme di essere avvelenato, di essere costretto a passare la sua vita nei manicomi, di essere portato a commettere atti che possono farlo giudicare malato di mente. I suoi deliri, pertanto, sono prevalentemente deliri di persecuzione. Dal difetto del potere di associazione e di astrazione e dalle sue convinzioni deliranti derivano le errate interpretazioni di avvenimenti, di atti o di discorsi, che si riferiscono alla propria persona. Diffidente e sospettoso egli è sempre sul chi vive, pronto ad interpretare malevolmente anche i fatti più innocenti e a credere che si voglia danneggiarlo. Benché egli viva in questo continuo timore, non mostra tuttavia un abbassamento del tono dell'umore. Con un sorriso stereotipato sulle labbra egli espone la sua vicenda, senza mostrare ansia o depressione. Sembra che i deliri di persecuzione abbiano perso la loro forza e l'abnorme colorito affettivo. Evidentemente egli si è abituato alla sua condizione di perseguitato e non reagisce più ad essa. Intatti, durante la degenza in manicomio giudiziario, non ha evidenziato variazioni affettive, anche se egli è ancora capace di violente reazioni emotive, anche per stimoli inadeguati, come dimostra il fatto stesso di cui è imputato. Tutta la sua vita istintiva e affettiva è pertanto distorta dal suo stato morboso. Egli può gioire o addolorarsi per fatti che per altri sono indifferenti, mentre può apparire insensibile di fronte ad avvenimenti emozionanti. Soprattutto sono in lui contorti i sentimenti superiori, e specialmente il senso etico. Da un lato, infatti, egli si professa cittadino rispettoso delle leggi, dall'altro non mostra pentimento o rimorso per l'uccisione della moglie. La sua volitività risente dell'abnorme stato intellettivo e affettivo. Abbiamo rilevato infatti stereotipie e negativismo, che costituiscono per lui mezzi di difesa contro le supposte persecuzioni. Non si siede e non dà la mano, probabilmente per timore di essere danneggiato in qualche modo. Poco socievole, preferisce vivere appartato, ma è sempre attento a quello che dicono o fanno altri ricoverati, pronto poi a trarre assurde deduzioni. È rispettoso e corretto verso il personale di custodia, sempre disposto a dimostrare che egli è ossequiente alle norme regolamentari. Si nutre regolarmente, ma rivela una iposomnia.

Discussione diagnostica e giudizio medico-legale

Dagli elementi rilevati dall'anamnesi e dai sintomi psicopatologici da noi osservati si giunge facilmente alla diagnosi di schizofrenia paranoide. La dissociazione psichica, le illusioni, le errate interpretazioni, le costellazioni deliranti, la disaffettività, le stereotipie e il negativismo sono infatti sintomi propri della schizofrenia paranoide. Attraverso la lettura della storia clinica dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia può essere osservato il nascere, l'evolversi e il consolidarsi della sindrome schizofrenica, per cui riteniamo superfluo tratteggiare l'evoluzione di tale

psicosi. È solo da rilevare che il paranoide conserva in tutto o in parte la sua personalità, per cui non accetta passivamente il suo internamento in ospedale psichiatrico e tenta continuamente di sottrarsi al ricovero coatto, anche perché, mancando in lui il senso di malattia, ritiene ingiusta e offensiva l'attribuzione di malato di mente e la privazione della libertà. Per tali ragioni il Miklus evase più volte dall'Istituto Psichiatrico.

Consapevole che i familiari possono provocare la dimissione dell'ammalato e prenderli in consegna sotto la loro responsabilità, il periziando, che in un primo tempo non aveva alcuna idea ostile nei riguardi della moglie, in seguito cominciò a nutrire un certo risentimento contro di lei, perché ella non provvedeva e ritiralo dall'Ospedale Psichiatrico. Probabilmente, benché ciò non risulti dagli atti né dalle sue dichiarazioni, egli attribuì tutto ciò al desiderio della moglie di liberarsi di lui, chi sa per quale inconfessabile proposito. Il delirio iniziale del Miklus aveva per oggetto il tema dell'avvelenamento. È da rilevare che in tale periodo, mentre sospettava dei medici, degli infermieri e persino della madre, si nutriva solo dei cibi che portava la moglie: evidentemente egli l'aveva esclusa dal gruppo dei suoi presunti nemici. Solo in seguito egli la incluse nel numero dei suoi persecutori e cominciò a sospettare anche di lei. Del resto il tema dell'avvelenamento è comune a molti dei soggetti ricoverati in ospedale psichiatrico, perché essi, per la loro abnorme conformazione mentale, interpretano come un attentato alla loro salute tutti i sintomi secondari che possono derivare dalle terapie shockanti o farmacologiche. Per tale ragione il Miklus raccontava al figlio che nell'ospedale si somministravano ai pazienti medicine che li facevano morire e raccomandava loro di diffidare anche della madre. Il sospetto di venefico era pertanto generico, non specifico nei riguardi della moglie, perché coinvolgeva medici, infermieri e persino la madre.

Possiamo ora studiare la dinamica dell'azione delittuosa dell'imputato. Poiché l'associazione delle idee dello schizofrenico segue insolite vie, egli interpreta la realtà in modo diverso dal normale, alla luce della sua tematica delirante. Perciò, il 26.9.1968, il semplice invito della moglie a recarsi nei campi per guardare i vendemmiatori, tra i quali era il cugino, fu interpretato dal Miklus come un invito a sopprimere lo Zulian oppure come un tentativo per provocare il suo sconfinamento in Jugoslavia, per poi trovare il pretesto per farlo considerare ancora malato di mente e tenerlo a lungo in manicomio. Non possiamo precisare quale di queste due morbose supposizioni abbia provocato la reazione omicida dell'imputato.

È solo da annotare che talvolta, nello schizofrenico, si ha una sovrapposizione degli elementi, per cui si possono fondere in una due immagini diverse ed estranee tra loro (pensiero asindetico), come può avvenire nel pensiero onirico. Per tale meccanismo l'invito a recarsi in campagna, si trasformò nella mente del periziando, come incitamento ad uccidere lo Zulian e insieme a sconfinare. Evidentemente, quando la moglie ritornò dalla campagna, il Miklus espose alla moglie tale suo sospetto, provocando i dinieghi di lei e il tentativo di convincere il marito della innocenza delle sue intenzioni. Probabilmente, se è vero quanto ha riferito il Miklus, la donna, nell'esasperazione, si lasciò sfuggire qualche imprudente allusione al suo stato mentale. Lo schizofrenico talvolta è capace di improvvise e violente reazioni emotive, anche a stimoli inadeguati e, in tale stato affettivo, può disinibirsi e com-

piere i più feroci delitti. Così avvenne nel Miklus, che diede di piglio al martello e inferse alla consorte colpi mortali. Il periziando asserisce che non aveva intenzione di provocare gravi lesioni alla moglie; può anche darsi che egli non avesse chiari propositi di uccidere, come talvolta avviene anche al sano di mente, che si trova in uno stato d'ira, è certo però che la reiterazione dei colpi in una parte del corpo sensibile ai traumi smentisce quanto oggi egli afferma, che cioè intendeva colpirla alla schiena, e non al capo, solo per farla tacere.

Nel valutare la imputabilità del Miklus, bisogna tener presente che la schizofrenia, per la dissociazione psichica, per il perversimento dell'affettività, per la completa disinibizione degli istinti, toglie al malato la capacità di comprendere il valore morale dei propri atti, di discernere i motivi della propria condotta e di prevederne le conseguenze penali. Tale infermità, inoltre, toglie al malato la possibilità di determinarsi in base a motivi coscienti, di scegliere con critica corretta tra tali motivi e di inibirsi. Giudichiamo pertanto che l'imputato, al momento del fatto, avesse la capacità di intendere e di volere del tutto esclusa.

Allo stato attuale, come abbiamo annotato nell'esame psichico, il Miklus è ancora affetto da schizofrenia paranoide. Questa è una psicosi eminentemente cronica e difficilmente, data la disgregazione psichica raggiunta dal periziando, potrà conseguire una sia pur modesta remissione. Poiché l'imputato, con il fatto criminoso commesso, ha dimostrato di essere in grado di disinibirsi, riteniamo probabile che egli possa compiere nuove azioni delittuose e perciò lo giudichiamo persona socialmente pericolosa.

Prima di rispondere al quesito posto, riteniamo opportuno premettere alcune considerazioni. Nel primo stadio di malattia il Miklus non evidenziava alcun sospetto contro la moglie, anzi la riteneva estranea al supposto complotto ordito contro di lui. Egli diffidava dei medici, degli infermieri, della cognata o persino della propria madre, ma non della moglie e solo da questa accettava i cibi di cui si nutriveva. Con il passar del tempo e con il protrarsi della sua forzata degenza in ospedale psichiatrico egli coinvolse anche la consorte sul gruppo dei suoi persecutori, perché ella non provvedeva a farlo dimettere. Sospetto generico, quindi, e non specifico. Contro di lei egli manifestò un certo risentimento, ma non un vero odio, né risulta che egli abbia espresso l'intenzione di ucciderla. Dalla lettura degli atti abbiamo rilevato solo due atti ostili rivolti contro la moglie oltre dieci anni prima del fatto. Durante la fuga dall'Ospedale Psichiatrico, compiuta nell'agosto 1954, il Miklus minacciò la moglie con una sbarra di ferro ad uncino, ma si limitò ad impossessarsi di un fiasco di vino. Il figlio Davide, nelle sue deposizioni, riferì che, quando egli era piccolo, il padre, in occasione di una sua fuga dall'ospedale, aveva minacciato la madre con una baionetta. È da ritenere che il figlio si riferisse alla stessa evasione dell'agosto 1954 e che avesse confuso nei suoi ricordi la sbarra di ferro ad uncino con una baionetta. Entrambi i figli, nella loro deposizione davanti al Procuratore della Repubblica, precisavano di non aver mai sentito il padre proferire minacce contro la madre, benché fosse convinto che causa del ricovero e della malattia fosse stata la moglie. Nel primo stadio di malattia il Miklus presentava una alta pericolosità, proveniente soprattutto dallo stato di ansia prodotto da floridi deliri di persecuzione. Ma successivamente, sia per le cure praticate, sia per la progressiva

disgregazione psichica, tale pericolosità appariva di minore entità. Infatti, negli stadi avanzati della schizofrenia, mentre i deliri perdono la loro forza, i malati diventano meno attivi e sono meno capaci di reazioni improvvise. Lo stadio medico-legale della schizofrenia è prevalentemente quello iniziale, perché nello stadio avanzato più difficilmente tali malati diventano autori di reati. Leggiamo infatti nella Cartella Clinica dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia che il Miklus nel 1965 cominciò ad evidenziare un netto miglioramento del comportamento. Appariva tranquillo, sereno, calmo, più comunicativo e anche laborioso, senza evidenziare note di aggressività. Il 20/11/1965 dava una spinta ad un altro ricoverato, ordinandogli di cambiare il posto dove sedeva, ma solo per salvarlo da un supposto avvelenamento. Nel 1966 evadeva, ma solo per visitare la tomba della madre da poco defunta. Il 14. 9. 1968 si allontanava arbitrariamente dall'Ospedale, solo per il desiderio di recarsi in famiglia, senza però avere alcuna intenzione aggressiva. Non vi erano pertanto chiari elementi che potessero far ritenere probabile, un'esplosione aggressiva.

Bisogna tuttavia ammettere che vi è sempre una remota possibilità che uno schizofrenico, il quale sia apparso per anni, in ambiente istituzionale, calmo e tranquillo, possa commettere atti criminosi. Infatti, nel Manicomio Giudiziario in cui prestiamo servizio, non è raro che vi sia ricoverato qualche paziente, dimesso guarito e migliorato da un Ospedale Psichiatrico, il quale si sia reso responsabile di qualche reato più o meno grave dopo pochi giorni di libertà. Tenendo presente tale possibilità, l'Autorità dirigente dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, nel concedere al Miklus un breve permesso, aveva preso la precauzione come di solito si usa in tali casi, di affidare il malato ai figli, al fine che egli fosse sorvegliato e custodito. Considerando, pertanto, che il Miklus da oltre un decennio non aveva più minacciato la moglie, che non aveva più presentato manifestazioni di aggressività, che non aveva esternato chiari propositi uxoricidi, che il suo comportamento era diventato più regolare e che, nel concedere il permesso, erano state adottate le opportune precauzioni, riteniamo che non fosse prevedibile che il periziando potesse commettere l'atto criminoso.

Conclusioni

- 1) Miklus Alberto, al momento del fatto per cui si procede, era, per infermità, essendo affetto da schizofrenia paranoide, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere;
- 2) Allo stato attuale, il Miklus è ancora affetto da schizofrenia paranoide;
- 3) Egli è persona socialmente pericolosa;
- 4) Per le ragioni avanti esposte, non era prevedibile che l'imputato uccidesse la moglie.

Reggio Emilia 12.12.1968

Il perito (Dott. Francesco Coppola).

2.2. *La perizia di parte*

Università di Parma. Clinica delle Malattie Nervose e Mentali

Direttore: prof. F. Visintini

Tribunale di Reggio Emilia

Osservazioni alla Perizia d'Ufficio da parte del consulente della difesa del prof. Franco Basaglia nella causa contro Miklus Alberto

Il sottoscritto prof. Fabio Visintini, fu Giovanni, ordinario di Clinica delle Malattie nervose e mentali dell'Università di Parma, consulente tecnico della difesa del prof. Franco Basaglia, nella causa penale contro Miklus Alberto, avendo letto la perizia d'ufficio del prof. Francesco Coppola sullo stato di mente di Miklus Alberto al momento in cui commise il fatto di cui è imputato, nonché la risposta ai quesiti subordinati n. 3 e 4, osserva in proposito quanto segue.

Il fatto e i quesiti

Miklus Alberto, ricoverato nell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Gorizia, in base a provvedimento di ammissione definitiva fino dal 1951, usufruendo di un permesso di visita a domicilio, in località Oslavia, via Lenzuolo bianco n. 2, nel giorno 26 settembre 1968, mediante regolare consegna ai figli Davide e Marjan per custodia, nel pomeriggio dello stesso giorno, inaspettatamente e improvvisamente uccideva la propria moglie Milena Kristacic.

Pertanto nel corso dell'istruttoria penale contro Miklus Alberto il Giudice Istruttore del Tribunale di Gorizia convocava per interrogarlo anche il direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia come imputabile di omicidio colposo e ordinava perizia psichiatrica delegando il Giudice Istruttore di Reggio Emilia, dove il Miklus era stato nel frattempo trasferito al locale manicomio giudiziario, a nominare il perito; aggiungendo ai tre quesiti abituali circa l'imputabilità e la eventuale pericolosità sociale anche un quarto quesito così formulato.

“Dica il perito, se attesa la condizione psichica del Miklus, in relazione alle sue disposizioni d'animo e alla sua posizione mentale nei confronti della propria moglie, ripetutamente manifestate in precedenza in varie occasioni, era prevedibile che il predetto giungesse al punto di attuare i minacciosi propositi verso il coniuge”. Tale quesito contiene l'affermazione che il Miklus avesse manifestato ripetutamente propositi di violenza contro la propria moglie che è invece smentita dagli ulteriori atti istruttori e dalla chiara relazione del perito d'ufficio, che documenta come i rancori del Miklus nei riguardi della famiglia e della moglie, inerenti al lungo e mal sofferto ricovero, non si fossero mai espressi in propositi di violenza. Il quesito d'altra parte segue a quello dell'eventuale pericolosità sociale, riferendosi invece alla ipotesi della “pericolosità dell'infermo di mente”, eventualmente anteriore al reato e comunque non solo cronologicamente, ma anche sostanzialmente, non sovrapponibile all'altra.

Come è ben noto le due pericolosità non sono identificabili.

La pericolosità sociale viene infatti accertata in persone che abbiano commesso fatti preveduti dalla legge come reati ed abbiamo probabilità di ripeterli. Tale dia-

gnosi viene richiesta agli esercenti le professioni sanitarie esclusivamente in occasione di perizie penali.

La pericolosità dell'infermo di mente è introdotta nella nostra legislazione dalla Legge del 1904 e dal regolamento del 1909 sui manicomi e gli alienati, mentre l'obbligo di denuncia è contenuto nel regolamento di pubblica sicurezza a carico degli esercenti le professioni sanitarie quando intendano curare l'infermo di mente o l'intossicato da alcool e da sostanze stupefacenti, senza ricorrere all'internamento in ospedale psichiatrico. Lo scopo della diagnosi di pericolosità dell'infermo di mente è quelle di consentire il suo ricovero, sia coatto che volontario, nell'ospedale psichiatrico e prevede una limitazione della libertà personale a scopo di cura.

Non prevede misure di sicurezza o metodi di custodia rigidi potendo variare dall'internamento, alla custodia nella famiglia di origine, o in altra famiglia, o alla dimissione in prova, a seconda dell'andamento della malattia e della necessità della cura. D'altra parte quando la pericolosità dell'infermo di mente sia manifesta prima di essere diagnosticata, ai parenti o ai conoscenti dell'infermo, non è prevista alcuna sanzione per chi, conoscendola, non l'abbia denunciata.

L'obbligo di custodia e cura sussiste invece quando l'infermo è ricoverato o affidato alla famiglia, senza che la legge stabilisca le modalità della custodia, che sono invece subordinate all'opportunità e alle necessità della cura fino al temperamento delle modalità più esose, fino alla concessione di permessi temporanei e all'organizzazione di attività ricreative e lavorative, queste ultime dentro e fuori dell'ospedale.

D'altra parte la legge del 1904 attribuisce alla diagnosi di pericolosità una decisione di competenza amministrativa nel confronti degli ammalati di mente, che solo a questo titolo o a quello del pubblico scandalo, sono ammessi in un ospedale specialistico dove possono ricevere gratuitamente le cure di cui hanno bisogno. Mentre da molte parti si invoca l'apertura di reparti psichiatrici in ospedali civili, di fatto, il malato povero non può essere curato dal competente specialista, mediante ricovero, fuori dell'ospedale psichiatrico. Pertanto il medico avveduto certifica abitualmente la pericolosità presunta nella diagnosi di malattia senza attendere la pericolosità manifesta o lo scandalo pubblico attuale, per ricoverare il malato. Tale finzione a scopo amministrativo è infatti abbastanza frequente ed accettata, in pratica, dalle amministrazioni competenti che tendono a trasformare gli ospedali psichiatrici in luoghi di cura piuttosto che di custodia. Si può aggiungere che tale uso della diagnosi di pericolosità non era ignorata neppure dal legislatore antico essendo implicita nell'obbligatoria distinzione dei reparti dell'ospedale psichiatrico intitolata ai malati in osservazione, ai malati tranquilli, ai malati semiagitati, agli agitati, ai reparti di lavoratori. Con un chiaro riconoscimento della non omogeneità della popolazione degli ospedali psichiatrici nei riguardi della pericolosità.

Diagnosi della malattia di Alberto Mikulus e prevedibile pericolosità nei riguardi della moglie

Il perito d'ufficio conclude l'esame anamnestico e l'esame neuropsichiatrico con la diagnosi di schizofrenia paranoide, forma assai controversa e tormentata nella moderna trattatistica psichiatrica. Si può osservare che in questo caso la malattia

non è iniziata in forma tipica perché si è instaurata come una forma psico-reattiva in una personalità ben definita di natura sensitiva, in seguito ad una serie di minacce, concluse con un vero e proprio attentato. Si trattò pertanto all'inizio di una psicosi traumatica, evoluta attraverso remissioni e ricadute nelle quali la reazione delirante ebbe all'inizio la forma caratteristica del panico riprodotto mimeticamente le forme dell'evento psicologico traumatizzante causale. Nelle successive ricadute peraltro questi aspetti iniziali della malattia andarono perduti a beneficio della comparsa dei sintomi abituali della reazione paranoide conclamata, comprese le allucinazioni, il delirio di veneficio ed i disturbi della volontà comprendenti una gestualità stereotipata ed una disgregazione del linguaggio. Nella prima fase florida della malattia il Miklus venne sottoposto a terapie biologiche come l'elettroshock e successivamente al trattamento con psico-farmaci. Si può notare che i deliri veri e propri e le allucinazioni cedettero a queste cure, mentre il lungo ricovero fu accompagnato da un graduale deterioramento sottolineato dalla comparsa delle stereotipie e da disturbi della psico-motilità come la rinuncia a salutare stringendo la mano dell'interlocutore o ad assumere la posizione seduta durante il giorno, nonché da una modificazione del linguaggio, parte dovuta ad una regressione al lessico infantile, parte dovuta a neologismi.

Queste forme di deterioramento peraltro non intaccavano decisamente la personalità del Miklus, il quale ha sempre conservato una certa adattabilità ed una iniziativa autonoma, non autistica. Cioè il Miklus poteva essere interpretato nel proprio comportamento in base a moventi comprensibili. Mentre il comportamento dello schizofrenico processuale è incomprensibile a meno di un'interpretazione simbolica dei suoi atti, il parafrenico o il delirante psico-reattivo offrono una dinamica del proprio comportamento relativamente più influenzabile dalla realtà.

Così il comportamento sociale del Miklus riguardo alle modalità verso gli altri è un comportamento motivato dal desiderio di privacy da un lato e di ricostruzione della propria personalità, offesa dal ricovero, dall'altro.

Egli afferma di non essere matto. Una complicata idea di essere escluso dalla famiglia e dalla società perché non lavora, mentre invece appartiene ad una categoria di pensionati dello stato ex militari, che viene da molte parti contestata, è la sua idea dominante attuale. In queste condizioni conserva la tendenza a fuggire dall'ospedale per raggiungere la famiglia o la frontiera. Sempre viene ritrovato in questi luoghi e riaccomagnato in ospedale, senza resistenza, senza violenza e senza sanzioni. Queste fughe sono dimostrazioni di protesta che si esauriscono in sé stesse. Nel reparto ospedaliero invece si isola sempre più fino a quando si è instaurata la comunità terapeutica. Questa realtà viene da lui recepita fino a fargli abbandonare le forme già stabilite di isolamento e alcune stereotipie, Migliora sensibilmente, frequenta le riunioni e in esse da ultimo abbandona l'abitudine di non sedersi per conversare.

La sua iniziativa, come espressione di volontà, rinasce con qualche variante dal contegno di protesta, come accettare le visite della moglie e dei figli e chiedere permessi di uscita. È un sensibile segno di miglioramento e di risocializzazione che viene avvertito dagli altri degenti, dagli infermieri e dai medici. Nondimeno elabora un tema dominante che esprime in forma sintetica ed è formulato distintamente

soltanto in occasione dello interrogatorio nel manicomio criminale. Egli non è matto e potrebbe ritornare al proprio domicilio. Qui peraltro viene invitato a lavorare, mentre egli dovrebbe vivere fuori del manicomio senza lavorare perché pensionato.

Non si capisce da dove gli venga questa convinzione. Forse dall'idea che nell'ospedale di Gorizia sono ricoverati alcuni degenti di anteguerra in base ad una convenzione statale. Comunque egli interpreta l'invito dei familiari a fare qualche lavoro in casa come un disconoscimento della propria posizione e come un ostacolo a riacquistare la libertà, senza condizioni. Questa idea non è criticata né confrontata con la realtà e non viene formulata chiaramente prima dell'interrogatorio attuale. Pertanto ha le caratteristiche di un delirio di riferimento.

La discussione avvenuta con la moglie prima del fatto delittuoso è riferita dal Miklus in questo modo: la moglie lo avrebbe invitato a collaborare con i figli alla raccolta dell'uva; per lo meno essa lo avrebbe invitato ad andare nei campi, come sorvegliante del personale assunto per l'incombenza. Egli aveva rifiutato ed in particolare era stato offeso dalla proposta di fare il sorvegliante, perché tra il personale assunto c'era il cugino Zulian che egli riteneva trovarsi nelle sue stesse condizioni di pensionato statale particolare, ex militare. Tale invito era pertanto diretto contro di lui, come erano dirette contro di lui altre iniziative della moglie, tra le altre quella di informarlo della morte di persone anziane del paese, ad ogni sua visita,

Questi fatti e la categoria particolare di pensioni a cui egli si riferisce sono immaginari e sono espressi soltanto ora a spiegazione della sua reazione contro la moglie suscitata da queste immaginarie provocazioni. Inoltre si ostina a credere di non aver provocato la morte ma solo il ferimento della moglie. Il ricordo degli avvenimenti è infatti confuso. Il perito d'ufficio interpreta la dinamica del reato come una reazione in corto circuito nella quale l'azione interviene senza che tra lo stimolo e la reazione si collochi un tempo di riflessione e critica, per mancanza di capacità o per turbamento emotivo.

L'una e l'altra condizione erano presenti nel Miklus al momento del fatto. Sia la debolezza delle funzioni psichiche superiori, che il turbamento affettivo, poiché il contegno della moglie suscitava in lui la reazione emotiva della contestazione di un'idea delirante confusa. Nessun dubbio pertanto sulla completa incapacità di intendere e di volere al momento del fatto, prodotta nel Miklus da un'infermità che possiamo definire come demenza paranoide per evoluzione deteriorata di una personalità psicopatica.

Più discutibile è la diagnosi medica di pericolosità sociale. Abbiamo già detto come questa diagnosi si pronunciasse frequentemente per motivi giuridico-procedurali piuttosto che per ipotesi propriamente mediche e psichiatriche. Nel caso attuale poiché la diagnosi della incapacità di intendere e di volere al momento del fatto si basa sulla dinamica di una reazione a corto circuito e la tematica delirante ha una precisa configurazione di riferimento che per di più viene completamente elaborata dopo il fatto delittuoso ed a cagione della difficoltà, in cui lo stesso protagonista si trova per interpretarlo, è abbastanza chiaro che la probabilità che il fatto delittuoso possa ripetersi non trova giustificazione nel comportamento prevedibile in base alla diagnosi di malattia. Cioè la malattia è intervenuta come causa della debolezza critica e quindi dell'impossibilità di frenare la reazione in atto, ma non a produrre la reazione stessa.

Le reazioni abnormi e le reazioni emotive in corto circuito non sono appannaggio di alcuna forma morbosa o di alcuna personalità, nel senso che vengono giudicate tali appunto perché oltrepassano i limiti della norma sia questa riferita alla norma dei sani o della malattia.

Vero è che la giurisprudenza argomenta che chi dimostra di uscire qualche volta dalla norma, avrà la tendenza ad uscirne altre volte, ma questa è una diagnosi a posteriori, d'ordine statistico e non medica, che il perito deve dichiarare di escludere dalla propria competenza.

Tale argomentazione può apparire superflua al fini dell'applicazione delle misure di sicurezza nel caso che il Miklus dovesse venire assolto per esclusione della imputabilità. Peraltro essa è disturbante nella risposta al quarto quesito riguardante la pericolosità dell'infermo di mente e della prevedibilità del reato, al quale il perito d'ufficio ha giustamente risposto in senso negativo. La negazione di una ragionevole prevedibilità del reato è abbondantemente provata dalla storia clinica, dal miglioramento intervenuto nel decorso della malattia, dal fatto che il Miklus non aveva mai compiuto gesti di minaccia o di violenza nei riguardi dei familiari, nemmeno nelle fasi più floride e più decisamente deliranti della malattia, mentre aveva mostrato di essere sensibile al tentativo di risocializzazione esercitato, nei suoi riguardi, dalla terapia comunitaria applicata nell'ospedale e dalla ripresa dei rapporti coi familiari.

Pertanto il sottoscritto nell'interesse della difesa del prof. Franco Basaglia, mentre concorda pienamente con la risposta al 4° quesito data dal perito d'ufficio, esprime qualche riserva sulla diagnosi peritale della pericolosità sociale.

In fede,

(prof. Fabio Visintini)
Parma, 14 Febbraio 1969

3. Le sentenze

3.1. Richiesta di rinvio a giudizio da parte del Pubblico Ministero del Tribunale di Gorizia, 29. 01. 1971

Il P.M. Letti gli atti del procedimento penale contro:

1. Miklus²Alberto, 2. Basaglia prof. Franco, 3. Slavich dott. Antonio imputati

Il primo:

- a) del delitto di uxoricidio aggravato a sensi art. 575 e 577 c. p. – come meglio precisato in copertina,
- b) del reato di lesioni personali ex art. 582 c. p. – come meglio precisato in copertina del fascicolo allegato.

² In tutte le sentenze (sia del PM che del GI che in questa) il Miklus è sempre erroneamente nominato come Mikulus. Anche la moglie del Miklus viene indicata come Criscancic e non Kristancic ma si tratta di un errore di battitura.

Il Basaglia e lo Slavich:

c) del reato di cooperazione in omicidio colposo ex art. 113 e 589 cod. pen. – come meglio precisato nel mandato di comparizione 11 dicembre 1970 in atti,

d) di contravvenzione all'art. 714 in rel. all'art. 110 cod. pen. – come nell'ordine di comparizione anzidetto.

... Ciò premesso, letti gli art. predetti e l'art. 369 e segg. cod. proc. pen. richiede il Giudice Istruttore in Sede di voler:

1. Dichiarare chiusa la formale istruttoria.

2. Ordinare il rinvio di Basaglia Franco e Slavich Antonio a giudizio del Tribunale di Gorizia per rispondere del delitto di cooperazione in omicidio colposo loro ascritto.

3. Dichiarare non doversi procedere a carico degli stessi in ordine alla contravvenzione di cui all'art. 714 cod. pen. per estinzione del reato a seguito di amnistia.

4. Dichiarare non doversi procedere nei confronti di Miklus Alberto in ordine ai delitti ascrittigli trattandosi di persona non imputabile per vizio totale di mente.

5. Ordinare il ricovero del Miklus Alberto in un manicomio giudiziario per la durata minima di anni cinque.

Gorizia, 29 gennaio 1971. Il Procuratore della Repubblica

3.2. Rinvio a giudizio da parte del Giudice Istruttore del Tribunale di Gorizia nei confronti di Miklus Alberto, Basaglia dott. Franco, Slavich dott. Antonio, 21. 05.1971

Repubblica Italiana in Nome del Popolo Italiano

Il Giudice Istruttore presso il Tribunale Civile e Penale di Gorizia

ha pronunciato la seguente sentenza nel procedimento penale

contro

Miklus Alberto, Basaglia dott. Franco, Slavich dott. Antonio, imputati

Il primo:

a) del delitto di omicidio aggravato p. e p. dagli art. 575 e 577 cpv. C.P.

b) del reato p.e p.dall'art. 582 C.P. per avere cagionato ad Evelino Brai da

lesioni personali.

il Basaglia e lo Slavich:

c) del reato di cooperazione in omicidio colposo – ex art. 113 e 589 C.P.

d) di contravvenzione dell'art. 714 in relaz. all'art. 110 cod. pen.

... P. Q. M.

dichiara chiusa la formale istruzione,

e in parziale diffonità delle richieste del Pubblico Ministero,

visto l'art. 378 c.p.p., dichiara di:

1. non doversi procedere nei confronti di Miklus Alberto in ordine ai delitti ascritti in rubrica trattandosi di persona non imputabile per vizio totale di mente; visto l'art. 222 C.P., ordina il ricovero del medesimo in manicomio Giudiziario per la durata minima di cinque anni;
2. non doversi procedere nei confronti di Basaglia Franco in ordine ai reati ascritti per non aver egli commesso il fatto;
3. non doversi procedere a carico di Slavich Antonio in ordine alla contravvenzione di cui all'art. 714 C.P. per essere il reato estinto a seguito della intervenuta amnistia.

Visto l'art. 374 C.P.P., ordina

il rinvio a giudizio davanti al Tribunale di Gorizia competente per ragioni di materia e territorio

- di Slavich Antonio per rispondere del delitto di omicidio colposo di cui al capo C della rubrica.

Gorizia, 21 maggio 1971

Il Giudice Istruttore (dr.Raul Cenisi)
Il Cancelliere (Olindo Loi)

3.3. Sentenza del Tribunale di Gorizia del 18. 02. 1972 nel processo contro Antonio Slavich

Repubblica italiana, in nome del Popolo Italiano

Il Tribunale Penale di Gorizia composto dai Magistrati

Dott. Giuliano Malacrea, Presidente, Dott. Raffaele Mancuso, Giudice, Dott. Dario Succi, Giudice

ha pronunciato la seguente sentenza nel procedimento penale contro:

Slavich Antonio, libero, presente, imputato

Il Basaglia e lo Slavich:

- c) del reato in cooperazione di omicidio colposo – ex art. 1134 e 589 c.p.

... P.Q.M.

Visto l'art. 479 c.p.p.

assolve

l'imputato Slavich al reato ascrittogli, per non aver commesso il fatto.

Gorizia, 18/2/1972

3.4. Appellata dal P.M.

Il Tribunale di Gorizia con ordinanza del 12.4.1972 ha dichiarato inammissibile per rinuncia l'appello del P.M.

Irrevocabile il 16.4.1972

4. Considerazioni sull'incidente di Gorizia

Ritengo opportuno descrivere il clima che si era determinato in quegli anni a Gorizia per l'influenza che tale clima ha avuto sull'inchiesta e sulle sentenze.

Nel 1968 l'esperienza psichiatrica di Gorizia viveva forse il suo momento più alto di popolarità. Gorizia era al centro di un interesse specifico in quanto stava dimostrando, attraverso una pratica trasformazione dell'istituzione psichiatrica, che un diverso trattamento della follia era possibile. Il processo di messa in discussione del manicomio che, col Convegno di Bologna dell'aprile 1964³, aveva trovato tutti d'accordo sia i "baroni" del mondo accademico che i Direttori e i medici degli Ospedali Psichiatrici, pur nelle loro diversità, aveva trovato in Gorizia la sua conferma concreta, attraverso un processo di cambiamento istituzionale. Rendere il paziente responsabile, ricostruirne una individualità distrutta dall'istituzione totale, farlo partecipe della propria cura, rendergli possibile la comprensione del proprio stato di sofferenza, riconsegnarli l'autocontrollo e la gestione della propria persona era un fatto reale e non ideologico, quando coinvolgeva tutta l'istituzione in un processo di cambiamento e di messa in discussione di tutti i soggetti.

Questo processo di messa in discussione pratica del manicomio e della funzione stessa della psichiatria aveva trovato il proprio riconoscimento nella promulgazione della, così detta, "Legge Mariotti" nel marzo del 1968⁴ e nel riconoscimento del "Premio Letterario Viareggio" per la saggistica nell'estate dello stesso anno.

Nell'équipe si comincia a prendere in considerazione la possibilità di riprodurre l'esperienza in altre città o in altre regioni per dimostrare come quanto era avvenuto a Gorizia non fosse il frutto di circostanze occasionali o di coincidenze fortuite, ma che invece il cambiamento istituzionale fosse possibile in qualsiasi luogo. Si evidenziarono anche due diverse modalità di

³ Ci si riferisce al Convegno "Processo al Manicomio" del 24/26 aprile 1964, organizzato dall'Unione Regionale delle Provincie Emiliane.

⁴ Si tratta della legge n. 431 del 18 marzo 1968: "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica".

intendere questo cambiamento. Alcuni sostenevano che, ormai, Gorizia aveva dimostrato l'inutilità e la dannosità del manicomio, e che, quindi, fosse importante d'ora in avanti dedicarsi al territorio. Altri, invece, sostenevano la necessità di superare totalmente il ricovero manicomiale e creare luoghi alternativi al manicomio, derivanti dalla dinamica del suo superamento, luoghi in cui fosse possibile "incontrare la follia" in un rapporto veramente libero.

È sempre più evidente che l'esperienza di Gorizia non si esaurisce nello specifico psichiatrico e non è un episodio isolato, ma è conseguenza del clima di rinnovamento che ha investito la società italiana alla fine degli anni '50: la necessità di un cambiamento sociale e culturale indotto dal confronto con altre realtà nazionali dei paesi occidentali, come la Francia, la Gran Bretagna e gli Stati Uniti. La valorizzazione dell'uomo posto al centro della organizzazione sociale, la valorizzazione dell'individuo, della sua creatività, del bisogno di protagonismo e di partecipazione, sono la molla di questo rinnovamento che trova nel 1968 la sua più alta punta di espressione. Tuttavia, come lucidamente affermerà Franca Ongaro Basaglia in una intervista del 1976⁵, si «pone il problema dei rischi esistenti, se si esce dalla specificità e si passa alla generalizzazione totale, in cui tutto diviene politico in una visione unica; si rischia una ideologizzazione che ha lo stesso rischio della parcellizzazione. La generalizzazione politica, che non tiene conto della specificità, rischia di rimandare tutto ad altre parti ed in altri momenti: c'è un dopo che giustifica il fatto di non agire ora».

Questa contraddizione, ben chiara a chi, in quegli anni, sta portando avanti l'esperienza di Gorizia, ci sembra possa costituire quella molla usata per dimostrare, come scrivono Franco e Franca Basaglia che «in una realtà in rovesciamento ... un passo falso o un errore possono confermare – agli occhi dell'opinione pubblica – l'impossibilità di una azione»⁶.

Sia dentro che fuori dall'istituzione non tutti accettano un cambiamento che metta in discussione, non solo sul piano teorico, ma nella pratica quotidiana la rottura del rapporto autoritario-gerarchico; rottura che è fondamentale per la liberazione della soggettività e che comporta partecipazione alle scelte, responsabilizzazione e, conseguentemente, messa in discussione costante delle certezze nel confronto con gli altri. In questo clima l'incidente Miklus costituisce per alcuni un episodio frustrante ma anche un momento di riflessione, come dimostra l'articolo citato di Franco e Franca Basaglia, per altri diviene invece l'episodio atteso per affossare l'esperienza.

Certamente il fatto delittuoso, che coinvolge Miklus, pone il problema

⁵ Da Elkaïm M. (1977), *Réseau Alternative à la psychiatrie*, a cura di, Union Général d'Éditions.

⁶ Basaglia F., Basaglia Ongaro F. (1968), *L'incidente*, in *L'Istituzione Negata* (p. 362), Einaudi, Torino.

della contraddizione fra la tutela dei valori collettivi e la salvaguardia della personalità individuale. Ma tale contraddizione non sembra essere al centro dell'interesse dell'inchiesta del P.M., né nelle sentenze del G.I. e dei Giudici. Il problema fondamentale sembra piuttosto quello di verificare se le procedure burocratico amministrative siano state disattese e a chi vadano imputate le decisioni. Ci si guarda bene "apparentemente" dal mettere in discussione la validità della "nuova terapia dell'ospedale aperto", ma tutta l'istruttoria, da parte del Pubblico Ministero, è orientata, in pratica, a sostenere la prevalenza della custodia sulla cura. L'istruttoria è, come scritto nella sentenza del Tribunale nel processo contro Antonio Slavich del 18.02.1972, "lunga e laboriosa", ma «il dott. Casagrande, il dott. Jervis e il dott. Schittar, che essendo in servizio all'epoca del fatto presso l'O.P.P... non si sa per quale motivo non erano mai stati sentiti».

L'istruttoria avrebbe dovuto convalidare la tesi secondo cui il Miklus, per il fatto stesso di essere un malato di mente, dovesse essere considerato pericoloso ed irrecuperabile e necessitasse quindi di una custodia continua. Come conseguenza qualsiasi affermazione di miglioramento «*altro non era che una affermazione menzoneria*». In questa ottica fra tutte le 14 deposizioni, spesso in contrasto fra di loro, se ne erano privilegiate solo alcune. Si era dato risalto alla testimonianza, ad esempio, dell'infermiere Minardi, che parlava di un tentativo di strangolamento della moglie da parte del Miklus, avvenuto in reparto, ma che risaliva a ben 10 anni prima e che, comunque, non era stata confermata dall'infermiere Colognatti; si era dato risalto alla testimonianza del dott. Gobbo che, per sua stessa ammissione non era presente in quei giorni in ospedale e che confondeva la riunione organizzativa di servizio, che ogni mattina si teneva nella biblioteca della Direzione e che coinvolgeva medici, capisala, assistenti sociali e capoinfermiere, con le Assemblee quotidiane, a cui partecipavano i degenti e tutto il personale dell'Ospedale. Tale confusione è presente sia nella richiesta di rinvio a giudizio del P.M., sia nel rinvio a giudizio del G.I., che nella sentenza definitiva del processo Slavich. Se a ciò si aggiunge che Casagrande, medico di guardia nel giorno del delitto, Jervis e Schittar, presenti alla riunione organizzativa del mattino, in cui fu decisa la dimissione in esperimento, furono sentiti solo il giorno del processo, ebbene tutti questi elementi sembrano confermare il dubbio di una istruttoria tendenzialmente orientata: il pregiudizio sulla malattia mentale appare chiaro ed inequivocabile.

Il rinnovamento indotto dalla legge Mariotti, già citata, con l'introduzione del ricovero volontario e la soppressione dell'iscrizione al casellario giudiziario del malato di mente, non aveva all'epoca ancora indotto quella dialettica, peraltro ancora oggi dibattuta, fra tutela dei diritti, dei valori collettivi e la tu-

tela della libertà personale, in riferimento alla cura. In quel momento la cura veniva, nell'immaginario collettivo, ancora identificata nella custodia, a difesa dai disagi che il malato di mente può procurare alla società.

Ma c'era anche un altro aspetto, che aveva fortemente influenzato l'istruttoria. C'era il concetto di liberalizzazione, alla base del processo di cambiamento istituzionale, l'analisi di una realtà in cui il custodialismo istituzionale riguardava le classi più povere ed indigenti. Erano concetti che inevitabilmente mettevano in luce il problema della contrapposizione di classe, la naturale convergenza con i movimenti contestativi di altre istituzioni (scuola, fabbrica ecc.) o con la richiesta di riconoscimento di diritti (salute, educazione, lavoro, famiglia, casa ecc.) e che portavano a considerare l'esperienza di Gorizia come un fatto tout-court politico confondendolo con quei movimenti che sbandieravano un concetto di libertà come assenza di qualsiasi regola. Questa visione politica era contrastata da un'altra visione contrapposta, altrettanto a-dialettica e rigida, che si opponeva a qualsiasi proposta o richiesta di cambiamento e che difendeva a oltranza l'esistente. Questi pregiudizi, quello politico e quello sull'incurabilità della malattia mentale, avevano dunque indirizzato tutta l'istruttoria. Basterà considerare che il P. M. non volle mai coinvolgere il dott. Ali, suo amico e con cui condivideva ideali politici, e che era quello stesso procuratore che iniziò la famosa inchiesta della strage di Peteano, in cui è stato coinvolto anche il G.I. Raul Cenisi⁷.

La sentenza del P.M. che incrimina Franco Basaglia e Antonio Slavich per cooperazione in omicidio colposo, entra nel merito dei processi di cura quando afferma che i due professionisti *«non hanno ottemperato alle sicure ed acquisite realizzazioni della scienza medica e quindi punibili a titolo di imperizia, negligenza o imprudenza»*. Il P.M. rileva inoltre che gli stessi non hanno osservato le prescrizioni di legge, ma non nomina mai il dott. Ali che ha firmato il foglio di dimissione, né cerca la testimonianza dei medici presenti alla riunione in cui è stato deciso il permesso del Miklus.

Il processo invece è condotto verso la ricerca della responsabilità burocratico amministrativa di chi ha concesso la dimissione, firmandone il permesso, e cioè la responsabilità del dott. Ali, che era ormai morto.

Questa mia interpretazione trova conforto, tra l'altro, anche in un arti-

⁷ La "Strage di Peteano" è un atto terroristico in cui morirono tre carabinieri, avvenuto il 31 maggio 1972, nei pressi di Peteano, frazione di Sagrado in provincia di Gorizia, presumibilmente compiuto da militanti dell'associazione terroristica di estrema destra "Ordine Nuovo", iscritti o dirigenti dell'MSI. L'inchiesta si caratterizzò per gravi insufficienze inquisitorie e per tendenziosità delle ipotesi accusatorie, tali da rendere impossibile l'accertamento della verità.

colo del giornale "Il Gazzettino", che già aveva scritto articoli contro l'esperienza basagliana e che, in cronaca nazionale, il giorno 19 febbraio ad opera del corrispondente Franco Escoffier così si esprime a proposito dell'équipe goriziana: «*L'équipe Basaglia, com'è logico, era fatta di giovani oggi quasi tutti in posizioni primarie, qua e là per l'Italia, tutti naturalmente convintissimi dell'efficacia di una rivoluzione*». Tutto l'articolo, che dà molto spazio alle tesi del P.M., tende a far sorgere il dubbio che il Collegio Giudicante abbia voluto giungere ad una "sentenza preconfezionata" e conclude: «*E poi la brusca conclusione, forse prevedibile dopo le due ore di appassionato arringhe difensive: un quarto d'ora di camera di consiglio ed il tribunale con quattro parole ha liquidato il caso: il prof. Slavich è stato assolto per non aver commesso il fatto. Dopodiché la teoria sulla "scuola Basaglia" ricomincia la sua naturale strada*⁸».

Il processo viene celebrato circa due anni e mezzo circa dopo il fatto, in pieno clima politico di strategia della tensione⁹.

Come è già stato riportato in precedenza, il Miklus ritenuto "persona non imputabile per vizio totale di mente", viene condannato a cinque anni di permanenza nello stesso O.P.G. Vi rimane fino alla morte, subendo di fatto una condanna all'ergastolo in una istituzione totale.

Franco Basaglia viene assolto dal G.I., nel 1971, per non aver commesso il fatto. Con la stessa formula viene assolto anche Antonio Slavich con sentenza del tribunale nel 1972. Implicitamente viene ritenuto responsabile il dott. Alì, che faceva funzioni di direttore in assenza di Basaglia e che ha autorizzato la dimissione.

Certamente i giudici non entrano nel merito dei procedimenti terapeutici adottati allora nell'ospedale di Gorizia, ma così facendo evidenziano, a mio avviso, due aspetti interessanti.

Il Collegio giudicante, in riferimento a Miklus, non considera la possibilità di una responsabilità del malato di mente, non valuta il dubbio, posto dal perito della difesa, di non assumere come automatica la stretta correlazione fra malattia mentale e pericolosità sociale. Chiaramente la legge di riforma, detta legge Mariotti non viene presa in alcuna considerazione e non potrebbe essere diversamente, in quanto i giudici dichiarano di non voler entrare nel merito tecnico dei metodi di cura. Ma è una visione arcaica della psichiatria quella che influenza il comportamento dei giudici

La criminologia italiana, di ispirazione lombrosiana, di fine ottocento sancisce qualsiasi atto criminale come patologico; pone come preminente

⁸ Da *Il Gazzettino* del 19 febbraio 1972, *Assolto il medico a Gorizia per il caso del manicomio modello*, a cura di Escoffier F.

⁹ Vedi in merito: Testa G.P. (1976), *La strage di Peteano*, (pp. 134-135 e p.141), Einaudi, Torino, 1976.

l'individuazione della pericolosità dello stesso atto rispetto alla società; calibra la conseguente sanzione sul meccanismo di difesa della società con conseguente controllo del folle.

Per i giudici Miklus è uno schizofrenico e perciò stesso pericoloso per la società; a causa del totale vizio di mente, è incapace di intendere e volere, perciò non imputabile, non viene neppure preso in considerazione nel processo Slavich, tuttavia gli viene comminato il massimo della pena: sarà rinchiuso a vita in una istituzione totale. Sanzionato con un meccanismo che privilegia la difesa della società, Miklus scompare come storia e come individuo. Miklus – è bene ricordarlo – era stato, negli anni turbolenti successivi alla seconda guerra mondiale, oggetto di un attentato e dopo qualche anno aveva ricevuto la visita dell'attentatore scarcerato; da quel momento aveva sviluppato uno stato di incertezza, poi di paura e di terrore, per cui dopo un anno era stato ricoverato, curato come personalità psicopatica con elettroshock terapia e poi associato definitivamente al manicomio con diagnosi di paranoia aggravata. Ma ai giudici sembra non interessare lo sforzo riabilitativo teso a rivalutare una persona che aveva combattuto per la libertà sua, della propria famiglia, della propria terra, che si considerava un militare degno di avere una pensione e che invece viene fatto oggetto di un attentato, di successive minacce che lo conducono prigioniero in un manicomio in cui nessuno prende in considerazione la sua tragedia. Importante è difendere la società da un folle che ha commesso un atto criminale. Certamente si deve tenere conto della difesa della società da atti criminosi, certamente chi commette un crimine va sanzionato, ma risulta poco comprensibile come una persona non imputabile e bisognoso di cure venga recluso a vita e abbandonato fino alla morte e condannato per una pericolosità sociale solo perché si presume possa commettere altri atti criminosi. La condanna è su una presunzione e non su un fatto accertato.

Il secondo problema che la sentenza propone si riferisce alla condotta colposa del medico e cioè di Slavich.

La condotta colposa può essere riferita ad un nesso eziologico non solo quando l'evento è conseguenza certa, diretta ed inequivocabile, ma quando è anche altamente probabile o quando prevedibile e probabile. Sotto questo aspetto, a differenza del P.M., il Collegio giudicante accoglie la tesi della perizia d'ufficio che afferma che *«per le ragioni sopra esposte, non era prevedibile che l'imputato uccidesse la moglie»*. Tuttavia non vengono presi in considerazione i motivi che avevano indotto il G.I. ad inviare a giudizio Slavich e cioè *la negligenza e l'imperizia professionale*.

Il collegio di difesa dello Slavich aveva sostenuto la non sussistenza di tali motivazioni, ma il Collegio giudicante, addossando la responsabilità di dimissioni in via di esperimento al dott. Ali, *deceduto nelle more dell'istru-*

toria, evita pilatescamente di addentrarsi nel problema del reato colposo per negligenza e/o imperizia per non aver messo in atto quelle misure precauzionali dettate dalla legge o dalla consuetudine che sostanzierebbero il reato colposo. Ma l'approfondire questo aspetto significherebbe anche verificare se è stato messo in atto un intervento lecito, pur in presenza di errori e quindi entrare nel merito ed essere costretti comunque ad emettere un giudizio sull'intervento terapeutico adottato.

Incolpando una persona non più in vita veniva evitata sia la diatriba scientifica in atto, che avrebbe dovuto tenere in debita considerazione le testimonianze del mondo scientifico nazionale ed internazionale giunte a Franco Basaglia, sia il pericolo di essere coinvolti in una problematica politica, che aveva informato il giudizio del P.M.

In parte queste interpretazioni sembrano dare ragione al giornalista del Gazzettino quando parla di sentenza preconfezionata, ma per motivi perfettamente opposti a quanto egli afferma: non per confermare la bontà dell'esperienza goriziana, ma per rimanere al di sopra di qualsiasi diatriba sia scientifica che politica.

Il problema della responsabilità dei soggetti coinvolti rimane un fatto non affrontato e perciò stesso non risolto.

4. Il primo incidente di Trieste

di Lorenzo Toresini¹

1. Il fatto (10 giugno 1972)

Il 14 febbraio 1972, un sabato, veniva dimesso “in esperimento”, secondo la terminologia della legge 1904 “Sui Manicomi e sugli alienati” e successivo decreto delegato Regolamento manicomiale del 1909, dall’Ospedale Psichiatrico Provinciale di Trieste, Giordano Savarin. Il paziente, nato nel 1929, veniva affidato alle cure della madre, Caterina Stupancich in Savarin, che lo riportava a casa dopo un ricovero di 39 giorni. Quattro mesi dopo, il 10 giugno 1972 Giordano Savarin uccideva «*entrambi i genitori, colpendoli ripetutamente con un rudimentale coltello*».

Il Giudice Istruttore, con sentenza dell’8.3.1973, proscioglieva il Savarin, in quanto riconosciuto affetto da «incapacità assoluta di intendere e di volere al momento del fatto nonché socialmente pericoloso». Il G.I. ne ordinava quindi «*il ricovero in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a dieci anni*». Contestualmente lo stesso G.I. rinviava a giudizio Franco Basaglia, allora direttore dell’OPP di Trieste, assieme al dott. Edoardo De Michelini, medico psichiatra del Centro di Igiene Mentale.

L’accusa fu per il primo di omicidio colposo, per avere dimesso in esperimento un paziente pericoloso, in quanto affetto da schizofrenia paranoidea, e in particolare per averlo affidato alla madre, anziana ma soprattutto *analfabeta*. In conseguenza di questo particolare la donna non doveva essere ritenuta affidabile, in quanto incapace di leggere e quindi di seguire scrupolosamente le pur corrette prescrizioni farmacologiche (Serenase gocce, Nozinan cpr; Fargan cpr, Mogadon cpr, Artane cpr). Il secondo venne accusato di avere omesso, quale direttore del CIM, di attuare un accurato controllo sul paziente dimesso a casa.

¹ Lorenzo Toresini è stato collaboratore di Franco Basaglia a Trieste; attualmente è primario dei Servizi di Salute Mentale di Merano (lorenzotoresini@libero.it).

Il processo si celebra in primo grado nel novembre 1975 e si conclude con l'assoluzione di Franco Basaglia perché il fatto non sussiste. Il dott. Edoardo De Michelini invece viene condannato alla pena di anni 1 e 4 mesi di reclusione. Il De Michelini viene riconosciuto colpevole in forma omisiva per essersi eccessivamente fidato della parole della madre del reo folle, che aveva dato delle formali garanzie di volersi occupare della regolare somministrazione della terapia al figlio.

Il processo di appello si celebra nell'aprile 1977 e si conclude con la conferma dell'assoluzione per Franco Basaglia e con la riforma della sentenza di 1° grado nei confronti del dott. Edoardo De Michelini, che viene assolto *«dal reato ascrittogli per insufficienza di prove»*.

La Corte Suprema di Cassazione, sul ricorso proposto dal P.G., rigetta infine il ricorso, annulla l'impugnata sentenza senza rinvio nella parte in cui assolve il De Michelini Edoardo per insufficienza di prove e sostituisce a tale formula quella che *«il fatto non è previsto dalla legge come reato»*.

2. Le sentenze

2.1. Sentenza di primo grado del Tribunale di Trieste del 25.11.1975

Repubblica Italiana, in nome del Popolo Italiano
Il Tribunale di Trieste, Sezione Penale, composto in data odierna dai magistrati dott. Italo Visalli presidente, dott. Vincenzo D'Amato, giudice, dott. Paolo Alberto Amodio giudice, ha pronunciato la seguente sentenza nella causa penale contro

1. Basaglia Franco, libero, presente;

2. De Michelini Edoardo, libero, presente, imputati,
del delitto di cui gli artt. 41 e 589 (mod. dallo art. 1. L. 11.5.1966, n. 296) 1° e 3° co. C.P.

In Trieste e Muggia, fino al 10 giugno 1972...

P.Q.M.

il Tribunale

Visti gli artt. 483, 487, 488 C.P.P.,

- dichiara l'imputato Edoardo De Michelini colpevole del reato ascrittogli e, concessegli le attenuanti generiche, lo condanna alla pena di anni 1 e mesi 4 di reclusione, nonché al pagamento delle spese processuali; ordina che l'esecuzione della pena così inflitta resti condizionalmente sospesa alle condizioni e sotto le comminatorie di legge e che della condanna non sia fatta menzione nel certificato del Casellario Giudiziale.

Visto l'art. 479 C.P.P.

assolve l'imputato Franco Basaglia dal reato ascrittogli perché il fatto non sussiste.

Trieste, 25 novembre 1975.

Sentenza della Corte d'Appello di Trieste dd. 28 aprile 1977

La Corte d'Appello di Trieste, in parziale riforma della sentenza del Tribunale di Trieste dd. 25.11.1975 impugnata da De Michelini Edoardo e dal P.M., assolve De Michelini dal reato ascrittogli per insufficienza di prove. Conferma nel resto l'appellata sentenza.

2.2. Sentenza della Corte Suprema di Cassazione del 12 aprile 1978 n. 23893/77 R.G.

In data 29.4.1977 il P.M. ha interposto ricorso per cassazione nei confronti degli imputati Basaglia Franco e De Michelini Edoardo.

Segue sentenza n. 707/75

In data 29.4.1977 l'avv. Sergio Padovani per l'imputato De Michelini Edoardo ha interposto ricorso per cassazione. In data 29.4.1977 l'avv. Enzo Morgera per l'imputato De Michelini Edoardo ha interposto per cassazione.

La Corte Suprema di Cassazione con sentenza del 12.4.1978 n. 23893/77 R.G. sul ricorso proposto dal P.G. nei confronti di

1) De Michelini Edoardo (anche ricorrente);

2) Basaglia Franco;

rigetta il ricorso del P.G., annulla l'impugnata sentenza senza rinvio nella parte in cui assolve il De Michelini Edoardo per insufficienza di prove e sostituisce a tale formula quella che il fatto non è preveduto dalla legge come reato.

Irrevocabile il 12.4.1978 Il cancelliere

3. Considerazioni sul primo caso Trieste

3.1. Prevedibilità

«La prima domanda che si pone – scrive la sentenza del Tribunale di 1° grado di Trieste nell'ormai lontano 1975 – è, dunque, se il tragico evento causato dal Savarin in assoluta incapacità di intendere e di volere sia ri-collegabile con rapporto di causalità efficiente alla condotta dell'imputato Basaglia, che ne dispose la dimissione dall'O.P.P. A tale riguardo è però opportuno sottolineare che la dimissione del Savarin del 14.02.1972. non è stata adottata e non rientra nel quadro delle nuove concezioni della psichiatria e della funzione dei manicomi di cui il dott. Basaglia s'è fatto tenace e contestato assertore. Al Tribunale non interessa sapere se a quella data l'O.P.P. fosse stato già trasformato in manicomio aperto e, quindi, se nei rapporti cogli ammalati dimessi in varie forme fossero già state intro-

dotte le innovazioni – alcune delle quali già recepite dalle leggi dello Stato – di cui il dott. Basaglia è promotore. Sta di fatto, però, che per il Savarin la dimissione è stata deliberata e attuata esclusivamente secondo i criteri adottati in occasione dei precedenti ricoveri da quelli che erano allora i direttori dell'O.P.P. di Trieste e nel rigoroso rispetto della normativa e della prassi in vigore. Ne deriva che alla valutazione della condotta del dott. Basaglia deve rimanere estraneo il criterio della “prevedibilità dell'evitabilità dell'evento”² adottato in alcune recenti decisioni della Corte di Cassazione riguardanti fatti e accadimenti connessi con la realizzazione di ardite innovazioni tecnico-scientifiche, i cui concetti sono stati così lucidamente esposti dal P.M. nella sua requisitoria».

Dunque, sancisce la sentenza, il problema centrale, e questa è l'eterna questione nell'ambito tematico della responsabilità professionale degli psichiatri, che si pone è quello della prevedibilità. Se, in altre parole, un individuo è totalmente incapace di intendere e di volere, può il suo comportamento essere assimilato a un fatto di ordine meccanico, tale da configurare un percorso lineare, trasparente, visibile, prevedibile? Ciò, si intende, da parte di uno sguardo tecnicamente e professionalmente preparato. Non è forse vero, sembra che stia dicendo, sia pure per confutare tale tesi, la sentenza, che gli psichiatri sanno leggere nella mente delle persone? E se sanno leggere nella testa degli esseri umani, non sono essi forse in grado di comprendere quanto in quelle menti in qualche modo semplificate, probabilmente quanto inevitabilmente stia per accadere? Balza agli occhi un paragone che si impone. Fino a pochi anni fa non pareva esserci nulla di più in assoluto imprevedibile del tempo atmosferico. Si diceva: “tempo bizzarro” oppure, “tempo pazzo”, per l'appunto. Ora ciò non è più vero. La tecnologia, l'osservazione scrupolosa, globalizzata, estesa puntualmente al mondo intero, consente oggi, con margini di certezza pressoché assoluti, di prevedere che tempo farà. Il tempo atmosferico ha perso per l'Umanità intera il suo bagaglio di arbitrarietà. La scienza, la tecnica e quindi la Ragione hanno sancito che anche la mente umana, il cervello sconvolto da una malattia, in fondo sono pur sempre un organo meccanico, e quindi i tecnici ad esso preposti sono, devono essere, in grado di prevedere. Di prevedere e quindi di prevenire. E se non prevenono devono rispondere del fatto che non hanno prevenuto. Perché essi certamente erano in grado, appunto, di prevedere. E se non hanno previsto e se non hanno prevenuto, ciò è stato frutto certamente di negligenza, e quindi essi sono certamente responsabili.

Ciò che non si considera in questa concezione, che non viene natural-

² L'evidenziazione è nostra.

mente mai esplicitata da alcuno come tale, ma affiora in quanto pensiero naturalistico primordiale, e se vogliamo scaturente dalla splendida metafora del Genesis, è la semplice considerazione che immaginare un tale meccanismo nella mente umana presupporrebbe implicare un'abolizione del libero arbitrio. L'essere umano "sano" sarebbe in grado di autodeterminarsi, e quindi, laddove trasgredisce le leggi morali, lo fa coscientemente e volontariamente, all'interno di un disegno criminoso e doloso. Il soggetto invece affetto da un processo patologico perderebbe questa sua qualità e quindi sarebbe da considerare alla stregua di un automa, inconsapevole, incosciente, totalmente determinato e quindi incolpevole. La responsabilità dei suoi atti deve tuttavia spettare a qualcun altro, vale a dire al tecnico che non è stato capace, o non si è degnato, di intervenire nei suoi congegni ammalati, nelle sue "rotelle".

Viene in mente il percorso logico del "re" del positivismo psichiatrico, il "grande" Cesare Lombroso, che, coerentemente allo spirito del suo tempo, considerava l'Uomo inserito nel suo percorso evoluzionistico. Partendo quindi dalla constatazione anatomico-funzionale dell'esistenza di tre cortecce cerebrali nel cervello umano, neopallio, paleopallio e archipallio, in cui "normalmente" l'uno prevale sull'altro, tenendo la corteccia inferiore sotto il proprio controllo, anatomico, funzionale, ma anche (quasi) etico, il Lombroso riteneva che la follia consistesse in un sovvertimento di tale gerarchia. Per cui l'archipallio, la corteccia inferiore, quella che, dato il ripercorrere nell'ontogenesi della filogenesi, corrisponde a quello dei rettili, prevale sul neopallio. Su quel neopallio che costituisce la base *hardware* di quel *software* che è la ragione cosciente, fondante l'autocoscienza e l'autocontrollo umano. Va da sé che l'essere umano, ritornato rettile, finisce per ridiventare un soggetto più elementare, più decifrabile, più prevedibile. Ma anche ovviamente più pericoloso. Il coccodrillo infatti risponde in maniera automatica, o semiautomatica, agli stimoli olfattivi. E risponde aggredendo e mordendo. E quindi va da sé che il coccodrillo è pericoloso.

Balza agli occhi una concezione razzista, basata evidentemente su un assunto, un presupposto ed un pregiudizio di tipo biologico: quello dell'uomo meccanico, al pari del tempo atmosferico che, pur enormemente complesso nella sua "decisionalità", pur tuttavia sempre meccanico rimane. Il tutto all'interno evidentemente di una concezione ingenuamente ottimistica per cui la scienza, la ricerca e la tecnica prima o poi scopriranno il fondamento del comportamento e del libero arbitrio umano. Verrebbe da dire che, come spesso succede nella ricerca, dovrebbe e potrebbe essere proprio dall'osservazione della patologia che si accede alla comprensione della fisiologia, analogamente a quanto dall'osservazione della psicopatologia meglio si accede talvolta alla psicologia, cioè del pensiero umano "normale".

Ebbene, di tutto questo la sentenza del 1975 dice, in maniera per la verità alquanto criptica: (*«alla valutazione della condotta del dott. Basaglia deve rimanere estraneo il criterio della prevedibilità dell'evento»*) che non è e non può essere materia di valutazione giudiziaria. E ciò perché la prevedibilità del comportamento umano, “sano” ma anche “patologico” non può evidentemente essere materia di riduzionismo meccanicistico.

3.2. *Circostanza interruttiva*

Scrivono inoltre la sentenza del Tribunale di Trieste del 1975: *«Ed è increscioso constatare, ma bisogna pur dirlo, che è ascrivibile a negligenza o imprudenza proprio dell'affidataria e di suo marito il non avere segnalato all'O.P.P. il comportamento assolutamente anormale in cui era ricaduto Giordano Savarin i giorni precedenti il fatto criminoso, caratterizzati da inequivocabili sintomi di una sopravvenuta pericolosa crisi persecutoria (vedi deposizioni Strain...). L'omissione fu certamente dettata dall'affetto e dalla speranza, purtroppo infondata, dei due poveri genitori, che la crisi sarebbe scomparsa o regredita. Tuttavia essa c'è stata e s'interpone come valida circostanza interruttiva tra la condotta del dott. Franco Basaglia e il crimine compiuto dal paranoico Savarin».*

Dunque esistono, lo sanciva il Tribunale di Trieste, delle circostanze che possono interrompere il nesso di causalità fra la responsabilità del medico psichiatra e i comportamenti dei rispettivi pazienti. Una di queste il fatto di non essere stato adeguatamente informato dei suoi peggioramenti, per esempio per il silenzio dei familiari, della madre in questo caso.

Ma quale maggior circostanza interruttiva nei confronti della presunta responsabilità colposa del medico psichiatra di quella per cui il paziente invece di essere riconosciuto “totalmente incapace di intendere e di volere” ai sensi dell'art. 88 c.p., viene invece riconosciuto “parzialmente infermo di mente” ai sensi dell'art. 89 c.p.? In questo secondo caso va da sé che la capacità residua del soggetto che non ha perso il senso etico comune, ma al massimo è stato solo parzialmente influenzato dalla sua stessa patologia, costituisce circostanza interruttiva della responsabilità del medico. Altro è il caso, citato nella sentenza della Cassazione, sez. pen. IV, (9 ottobre 2002 n. 39680) già citata, relativa al caso del deposito di sostanze gommose. Non a caso la sentenza assimila un soggetto riconosciuto totalmente incapace di intendere e di volere ad un deposito di gomme. Non vi è chi non vi veda una concezione meccanicistica dell'uomo, che azzeri la soggettività, qualunque soggettività, assimilandola a quella di una macchina o, appunto, un deposito di pneumatici.

3.3. *La legge 431 e la coscienza di malattia*

La legge 431 del 1968 conteneva al suo interno la dizione CIM (Centro di Igiene Mentale). Promuoveva infatti, per la prima volta dall'invenzione della psichiatria, almeno nel nostro Paese, la costruzione di "dispensari", strutture esterne all'Ospedale Psichiatrico, che si occupassero dei pazienti dimessi. Lo scopo, lo dice la parola stessa, era quello di "dispensare" psicofarmaci, consigli, verifiche, controlli, sostegno. Si tratta, come si può facilmente evincere da alcuni dettagli nascosti fra le righe della sentenza Basaglia-De Michelini, di ambulatori dove si svolgeva un lavoro alquanto semplice e di base. Non si parla di lavoro di team, per esempio, e si ha l'impressione che prevalesse l'aspetto burocratico. Tuttavia bisogna riconoscere che tale struttura assunse, per la prima volta nella storia della psichiatria, un ruolo di rottura nei confronti del paradigma precedente. Un paradigma che prevedeva l'incapacità assoluta da parte del paziente psichiatrico di essere, come ebbe a sostenere anni dopo il Ministro della Sanità (pluri-indagato e condannato) Francesco De Lorenzo, "cosciente di malattia". Va da sé che l'esistenza e l'introduzione del CIM nel territorio presupponeva il fatto che alcune, molte persone fossero in grado di ben comprenderne il significato, e quindi di ricorrervi, evidentemente volontariamente, e ciò a partire comunque dalla consapevolezza di trovarsi in quella situazione particolare che assume comunemente il nome di "malattia mentale".

Si tratta in sostanza di una rottura storica, di cui il Ministro De Lorenzo non poteva o non voleva tenere conto, rispetto all'apparato concettuale precedente. Quello stesso apparato concettuale che assimilava il folle a un essere inferiore ed automatico, tale per cui non aveva responsabilità delle sue scelte e dei suoi gesti (il "coccodrillo") in quanto la sua decisionalità era svincolata dal controllo della ragione sovrana, bensì era determinato dalla sragione istintuale, malata e comunque negativa.

Contemporaneamente la legge 431 del 1968, di cui oggi non si parla più, in quanto ampiamente superata dalla legge 180-833 di dieci anni dopo, prevedeva altri aspetti di fondamentale importanza per superare in via definitiva il paradigma psichiatrico storicamente dato.

Il primo era quello del ricovero volontario. L'articolo 4 della legge 431 del 1968 prevedeva la possibilità di essere ricoverati volontariamente presso l'Ospedale Psichiatrico, ma, a differenza dell'art. 63 della legge - regolamento 1909 (in cui il cittadino-paziente poteva sì chiedere di essere volontariamente ricoverato, ma diventava automaticamente un ricoverato coatto e perdeva i diritti civili), con l'art 4 della legge 431 il paziente volontario manteneva i diritti civili e la possibilità di decidere il momento della propria dimissione. L'Ospedale Psichiatrico diventava per chi si faceva ri-

coverare con l'art 4 un ospedale generale, dominato dal principio del consenso.

Il secondo prevedeva l'istituzione di divisioni all'interno dell'Ospedale Psichiatrico. La legge istituì una divisione, con un primario, un aiuto, ed almeno un assistente medico ogni 125 posti letto. In precedenza nei manicomio esistevano un'équipe di un primario, un aiuto e un assistente per gli uomini ed una per le donne: non più di due team medici. A Trieste, per esempio, dove nel 1968 i pazienti erano 1.200, vennero istituite dieci divisioni: e otto erano le nuove divisioni. Ciò significò che il manicomio poteva finalmente diventare un luogo anche di cura, non solo di controllo e di ... violenza.

5. Il secondo incidente di Trieste

di Lorenzo Toresini

1. Il fatto (29 giugno 1977)

Il 27 giugno 1977, una domenica, verso le ore 11.00 si recava all'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Trieste una giovane donna di 27 anni, Maria Letizia Michelazzi in Trani, già sofferente per un pesante quadro psicopatologico. Spiegherà di aver sofferto di una grave forma di nevrosi ossessiva e di aver subito, con il suo consenso, l'anno precedente in Svizzera una leucotomia prefrontale (dirà: *"mi hanno tagliato la testa"*). Chiarirà anche il fatto che il nucleo centrale della sua ossessione ruotava attorno al figlioletto di quattro anni. In quel momento la paziente era stanca per un lungo viaggio e, sentendosi inadeguata come madre, chiedeva aiuto. Due psichiatri ascoltavano la donna, poi la pregavano di attendere, al fine di consultarsi fra di loro. Fu subito chiaro ai due medici che ricoverare quella donna, giovane e sostanzialmente in apparente buono stato di compenso, nel reparto di Accettazione Donne dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste, sarebbe apparso sostanzialmente controindicato, per la stessa giovane donna. Quest'ultima, al di là delle indubbie capacità di rappresentarsi correttamente, descrivendo sé stessa in maniera credibile e sostanzialmente equilibrata, tradiva alcuni tratti istrionici e (sia pur solo vagamente) esibizionistici. Ragione per cui apparve sconsigliata l'ammissione in un reparto psichiatrico, dove tra l'altro erano ricoverate altre donne con tratti simili, con cui si sarebbe rapidamente configurata una conflittualità. Si decise quindi di attendere l'arrivo di un terzo psichiatra, che di lì a poco sarebbe tornato dal suo giro domenicale presso il CSM di Muggia, con cui iniziare immediatamente a prevedere un progetto di presa in carico e di riabilitazione domiciliare. La donna, spostando una ciocca di capelli, esibiva ciò che riteneva essere visibile come cicatrice in sede latero-frontale, frutto a suo dire della succitata leucotomia, ma tale cicatrice non veniva vista dal medico a cui ella l'aveva

mostrata. All'arrivo del terzo medico la paziente, che era venuta all'OPP volontariamente e appariva sostanzialmente compensata, si era allontanata.

Tre giorni dopo, il 28.06.77, la donna annegava drammaticamente il proprio bambino di quattro anni nella vasca da bagno di casa.

Dichiarata totalmente inferma di mente, Maria Letizia Michelazzi in Trani veniva internata nell'OPG di Castiglione delle Stiviere. La Procura della Repubblica ipotizzava una negligenza, un'imperizia e un'imprudenza da parte dei due psichiatri per non avere impedito l'evento ricoverando immediatamente la giovane donna, e per non essersi dati pensiero di andarla o di farla cercare a domicilio o altrove, e spicca un mandato di comparizione ai due medici che vengono imputati di omicidio colposo.

La Consulenza Tecnica della Procura evidenzierà con chiarezza i fini deficit cognitivi sopravvenuti nella donna a seguito dalla leucotomia, che essa aveva realmente subito, ma aggiunge che essi non erano rilevabili con un normale colloquio clinico. Ammette l'errore professionale, ma la gravità secondo il perito della Procura non era tale da configurare il reato di colpa professionale. L'istruttoria dunque languì per oltre un anno, e la posizione dei due medici sarebbe certamente stata archiviata se non fosse intervenuta una provvidenziale, quanto pilotata, lettera anonima. Quest'ultima affermava che gli infermieri che avevano parlato con la madre omicida, prima che essa venisse raggiunta dai due psichiatri, avevano sentito dalla sua voce l'intenzione di uccidere il figlio. Si giunse quindi al rinvio a giudizio, dando per scontato che, per il fatto che la donna aveva espresso agli infermieri la sua intenzione di sopprimere il bambino significava che lo aveva fatto anche con i medici. Si dava conseguentemente per scontato che l'aver dichiarato tale intenzione costituisse sintomo grave di una qualche pericolosa malattia, che il ricovero in manicomio avrebbe impedito il tragico evento successivo e infine che l'aver espresso un'intenzione infanticida andasse inquadrato come un aspetto clinico, di competenza medica, non valutabile in maniera avulsa, e che perciò fosse di competenza medica l'intenzionalità di reato.

Il processo di primo grado si svolse nel 1980. Fin dalle prime battute di carattere procedurale la battaglia si faceva aspra. Il Tribunale escludeva la partecipazione della donna omicida, in quanto totalmente incapace di intendere e di volere e già prosciolta in istruttoria per infermità mentale ai sensi dell'art. 88 c.p. La signora Maria Letizia Michelazzi in Trani faceva una breve comparsa in aula, circondata da un folto nugolo di carabinieri, proveniente dall'OPG di Castiglione, e poi veniva riaccompagnata da dove era venuta. Il PM infatti puntava a farla testimoniare contro gli imputati (i medici), allo scopo di descrivere la supposta sufficienza, la superficialità e a suo avviso l'indifferenza, in una parola la scarsa professionalità con cui

essa era stata durante il colloquio (due anni prima) dai due medici trattata. Si sapeva tra le righe che la Procura aveva promesso alla donna che se avesse sostenuto la tesi della superficialità dei medici sarebbe uscita dall'OPG., o almeno in tale senso la donna si era illusa. Il P.M nel far ciò si apprestava ad affrontare la contraddizione di far testimoniare un'imputata (sia pure prosciolta per infermità totale di mente) contro altri imputati. Ad avallare questa scelta tattica il P.M. adduceva le sentenze che a quel tempo valevano a legittimare le testimonianze dei pentiti nei confronti di altri imputati per reati di terrorismo. La Corte tuttavia rigettò l'istanza.

Alla fine il Tribunale di 1° grado assolveva i due imputati con formula piena per non aver commesso il fatto. Questa assoluzione, fra le altre che avvenivano in quegli anni, di significato analogo, veniva salutata come l'espressione dell'influenza sulla Giustizia della nuova legge 180 del 13 maggio del 1978.

Il processo di appello si svolse nel 1982 e si concluse con la conferma dell'assoluzione, anch'essa con formula piena, dato che la formula dubitativa era stata fra l'altro nel frattempo abolita.

La Procura Generale interponeva appello in Cassazione. La Cassazione confermava nel 1986 la sentenza di appello. Uno degli avvocati della difesa descriverà l'udienza come molto accesa, stante la delicatezza della materia.

2. La perizia

Si è già detto come la Consulenza Tecnica della Procura abbia evidenziato con chiarezza i fini deficit cognitivi sopravvenuti nella donna a seguito dalla leucotomia – che poi si chiari in sede di CTU aveva realmente subito – ma che essi non erano rilevabili con un normale colloquio clinico. Si è anche detto come la gravità del presunto errore professionale dei medici imputati non fosse tale da configurare il reato di colpa professionale. La CT della Procura venne acquisita dal Giudice Istruttore che in tal modo si vide, palesemente suo malgrado, privo di elementi per procedere al rinvio a giudizio dei due medici imputati.

Il CT della Procura della Repubblica prima, e del giudice di merito poi, arrivò anche a sostenere che c'era stato un errore diagnostico da parte degli psichiatri imputati, i quali avevano confuso, a detta del CT, una nevrosi ossessiva con una psicosi pseudo nevrotica, sempre di carattere ossessivo. In tal modo il CT dimenticava la differenza fra giudizio diagnostico ex ante, prima della commissione del delitto, e giudizio diagnostico ex post, dopo la commissione del filicidio. La visione ed il cosiddetto senno di poi appaiono decisamente diversi dalla visione e dal senno di prima del compimento

di un delitto. Il CT inoltre dava per scontato a questo livello il fatto che un delitto, in persona portatrice di psicopatologia, presupponesse tout court una diagnosi di psicosi, mentre una diagnosi di nevrosi avrebbe anche potuto non postulare un'incapacità totale di intendere e di volere. Il CT in altre parole dava per assodato il fatto che la diagnosi di psicosi presuppone un giudizio di pericolosità, riservando alla nevrosi un margine di libertà, e quindi di responsabilità, in più. Tale non poteva evidentemente essere il caso della Maria Letizia M. in T. per il semplice motivo che ella aveva ucciso.

Nulla viceversa disse il CT sul tema della leucotomia. Il CT non si chiese in alcun modo se l'aver ignorato la presenza di una leucotomia potesse aggravare la responsabilità dei medici psichiatri, dato che tale grave lesione del lobo frontale aveva verosimilmente ridotto, assieme all'ansia sintomatica e alla strutturazione difensiva ossessiva, anche l'autoinibizione e l'autocontrollo. Tale fu la realistica tesi di Hrayr Terzian, cattedratico di neurologia all'Università di Verona, rettore della stessa Università, intimo amico e medico personale di Franco Basaglia, dopo il delitto. Né la CT ancor più stranamente si espresse su eventuali responsabilità del chirurgo svizzero, che in qualche modo avrebbe anche potuto rappresentare un antecedente causale della disinibizione e quindi del passaggio all'atto di Maria Letizia Michelazzi. Né la Procura della Repubblica si peritò di indagare intorno agli effetti devastanti della leucotomia, dando per assodato che si fosse trattato di un intervento terapeutico.

3. Le sentenze

3.1. Sentenza del Tribunale di Trieste n. 841/80, n. 546/80, del 19 novembre 1980

Repubblica Italiana. In nome del popolo italiano, il Tribunale civile e penale di Trieste – Sezione penale, composto dei magistrati: dott. A. B. presidente, dott. S. L. giudice, dott. E. N. giudice

Ha pronunciato la seguente sentenza nella causa penale contro

Pastore Vincenzo, libero, presente e Toresini Lorenzo, libero, presente, imputati

a) del delitto di cooperazione in omicidio colposo – artt. 113, 589, modif. dall'art. 1 L. 11.5.66 n. 296, 1° e 3° co. C.P. – per avere, il primo quale primario dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste di turno quella mattina ed il secondo quale medico del reparto accettazione donne del medesimo nosocomio, omesso, per imprudenza e negligenza, di ricoverare, di fornire un qualsivoglia appoggio psichiatrico e financo di registrarne l'unico 'approccio' ambulatoriale, Maria Letizia Michelazzi che la mattina del 26 giugno 1977 si era loro presentata riferendo in un colloquio durato circa quaranta minuti di essere stata ricoverata in precedenza rei-

teratamente in cliniche ed ospedali psichiatrici, di avere subito una operazione di psichichirurgia al cranio (lobotomia), di avere tentato una volta il suicidio, di avere un figlio piccolo nei confronti del quale sentiva degli impulsi aggressivi ed il preciso desiderio-paura di ucciderlo, che se fosse tornata a casa avrebbe fatto qualche pazzia, e ciò sebbene la stessa insistesse più volte e decisamente per essere ricoverata affermando di non sentirsi bene, di essere sconvolta, di non poterne più, limitandosi a suggerirle, senza neppure prendere nota del colloquio e delle generalità della donna, di recarsi al Centro di Igiene Mentale di Muggia, e senza cercare di rintracciarla dopo che, delusa per il rifiuto di ricovero e per la mancata assistenza, si era allontanata con una scusa, sicché la Maria Letizia Michelazzi, abbandonata a se stessa cagionava la morte del figlio Fabio di anni quattro annegandolo nella vasca da bagno.

b) Del delitto di concorso in rifiuto di atti d'ufficio – artt. 110, 328 C.P. – per avere, quali incaricati di un pubblico servizio siccome rispettivamente primario di turno ed assistente addetti al reparto accettazione – donne dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste, indebitamente, perché a ciò tenuti dai sintomi presentati dalla paziente e da quanto dalla stessa riferito ed in contrasto alle disposizioni previste dall'art. 14 D.P.R. 27/3/1969 n. 128 sul regolamento interno dei servizi ospedalieri che fa carico al medico di guardia di motivare per iscritto il diniego di ricovero, rifiutato in concorso di volontà ed azione tra di loro di ricoverare Michelazzi Letizia Maria, che si era loro presentata richiedendo ripetutamente e decisamente di essere ricoverata e motivando la richiesta con le sue condizioni psichiche che la spingevano ad esternare nei confronti del figlio minore, come in effetti fece di lì a tre giorni uccidendolo, la propria aggressività. In Trieste, il 26 giugno 1977...

Visto l'art. 479 c.p.p.

Assolve

Pastore Vincenzo e Toresini Lorenzo dai reati loro scritti perché i fatti non costituiscono reato. Trieste 1/11/80

Il giudice esecutore E. N.

3.2. Sentenza della Corte d'Appello di Trieste del 7 dicembre 1982

La Corte d'Appello di Trieste con sentenza di date 7.12.82, in parziale riforma della sentenza del Tribunale in data 19.11.80, appellata dal P.M. nei confronti di Pastore Vincenzo e Toresini Lorenzo, assolve gli imputati dal reato di cui al capo a) per insufficienza di prove. Visto l'art. 1 e segg. D.P.R. 18.12.81 N. 744 dichiara non doversi a procedere in ordine al reato sub b) per essere procedura in ordine al reato sub b) per essere estinto per intervenuta amnistia.

3.3. Sentenza di Cassazione, IV sez. Penale, 11 ottobre 1996, n. 9542

In data 9.12.82 l'imputato Toresini Lorenzo ha interposto ricorso in Cassazione. In data 9.12.92 il difensore dell'imputato Pastore Vincenzo ha interposto ricorso per Cassazione. In data 10.12.82 la parte unita ha interposto ricorso per Cassazione.

La Corte Suprema Cassazione con sentenza di data 1.12.96 sul ricorso proposto dal P.M. che Trani L. (P.C.), Pastore Vincenzo e Toresini Lorenzo dichiara inammissibile il ricorso della parte civile.

Rigetta i ricorsi degli imputati e condanna i ricorrenti in solido al pagamento delle spese processuali e della tassa di sentenza. Li condanna inoltre a pagare la somma di L. 300.000 ciascuno alla Cassa delle Ammende.

il 1.12.86 Il cancelliere

4. Considerazioni sul secondo caso Trieste

Pier Aldo Rovatti scriverà, in un saggio su tale caso ¹: *“Il potere medico non si è affrancato dal potere giudiziario, anzi se ne è distaccato e per questo è stato attaccato con violenza... Quel meccanismo, di cui Foucault ci ha mostrato la genealogia, qui dimostra di non funzionare più, o non del tutto. C'è un inceppo provocato dall'insorgere di altre pratiche e di un diverso sapere medico. La microfisica del potere dimostra una piccola alterazione”*.

In altre parole, il mandante del controllo sociale non era in grado di verificare e punire il tradimento dello stesso mandato.

4.1. Il nesso di causalità

L'eterna questione della Psichiatria è quella della pericolosità e della responsabilità degli psichiatri rispetto a comportamenti pericolosi. Se certe persone nella società sono affette da Sragione, in definitiva certe altre persone, delegate dalla società della Ragione, sono tenute a gestire, a farsi carico, a normalizzare, a silenziare, anche forzatamente se necessario, i soggetti portatori di Sragione. La grande conquista del Secolo dei Lumi, confortata dalle certezze del Positivismo scientifico, è stata che tali soggetti non rispondono dei loro comportamenti e quindi dei loro reati. Opinione comune è che tali soggetti non siano detentori di libero arbitrio. In qualche modo i loro comportamenti appaiono come “automatici” sul modello del coccodrillo che risponde allo stimolo-odore addentando immediatamente la fonte dello stimolo. Ma se gli individui non sono sottoposti a controllo di Ragione, e quindi non possono rispondere dei loro atti, allora devono per ovvietà e per legge risponderne altri al loro posto. Le persone delegate alla normalizzazione dei linguaggi e dei comportamenti pericolosi sono quindi

¹ Rovatti P. A. (2001), *Una scena vuota* (p. 168), in: *La testa tagliata*, a cura di L. Toresini, ed. Alpha Beta, Merano.

tenute a rispondere dei comportamenti dei terzi che essi non siano riusciti a prevedere, quindi a prevenire e ad impedire. Il ricatto della Psichiatria Istituzionale sta tutto qui. Un articolo del codice penale, abolito dalla legge 180 del 1978, puniva chi si era reso responsabile, direttamente o indirettamente, dell'evasione di chi si fosse ricoverato in manicomio. Il sistema psichiatrico si fondava su questa concatenazione di eventi. Chiunque dimostrasse dei sintomi psichiatrici doveva essere internato tramite segnalazione obbligatoria di qualsiasi medico fosse venuto a conoscenza di detti sintomi. Qualsiasi omissione in tal senso portava automaticamente alla dichiarazione di responsabilità dello stesso medico. Lo psichiatra in altre parole era colpevole degli atti compiuti da chi non sapeva quello che faceva.

Le sentenze che riguardano il caso Maria Letizia Michelazzi pongono fortemente in discussione questa impostazione quasi "archetipa" dei rapporti fra Psichiatria e Giustizia. Non è più automatico che se qualcuno delinque e non è in grado di intendere e di volere, il sanitario che aveva avuto anche un solo contatto con lui risponde del fatto di non avere impedito l'evento. Il collegamento immediato fra non responsabilità di terzi che hanno commesso un reato in condizioni di infermità totale di mente, e quindi vengono prosciolti, e responsabilità del medico che aveva in cura tale persona, o che ne era venuto in contatto anche solo con un fugace incontro, per ovvio e per diritto, si spezza. La legge sancisce che la malattia mentale non è più quell'evento devastante che occupa tutto lo spazio della persona e impedisce al suo portatore di esercitare l'autocontrollo a partire dal prevalere della ragione sugli istinti. La malattia mentale, almeno quella "maggiore", non è "per definizione" causa automatica e immediata di incapacità di mantenere la titolarità del proprio libero arbitrio. Il nesso di causalità fra mancanza di responsabilità da parte del malato e responsabilità immediata ed evidente del medico viene a mancare. Ciò che le sentenze di assoluzione nei processi sul caso di Maria Letizia Michelazzi mettono in realtà in discussione è proprio l'esistenza di una incapacità totale di intendere e di volere. L'art. 88 del c.p. in fondo vacilla, anche se non viene ovviamente tout court abolito, dato che ciò presupporrebbe una revisione ben più profonda del Codice Penale.

A ben pensare tuttavia, l'intero sistema della Giustizia Penale, che si basa evidentemente sul principio di responsabilità, fondato sul presupposto dell'esistenza del Libero Arbitrio, si basa anche e soprattutto sull'esistenza dell'eccezione a questo principio, l'incapacità di intendere e di volere, che in realtà conferma e rinforza la regola; la regola, appunto della capacità. Se qualcuno talvolta, seppur evidentemente molto di rado, può venir reperito, ma solo con perizia psichiatrica d'Ufficio, totalmente infermo mente, allora significa che in tutti gli altri casi tale stessa capacità di intendere e di volere

evidentemente risulta integra. Il significato stesso di condanna e pena ne viene legittimato e rafforzato. La condanna e la punizione ne vengono rafforzate e legittimate. La visione indubbiamente, stretta così succintamente “all’osso”, appare qui riduttiva e manichea, se solo pensiamo all’infinita variabilità delle percezioni, delle cognizioni, dei sentimenti umani e alla “normale” ambivalenza dei vissuti soggettivi delle persone. Le sentenze del caso Trani in realtà sanciscono il fatto che questa visione fisico-matematica newtoniana e semplicistica del libero arbitrio, legata alla concezione brutalmente organicistica, biologica e “razionalista” della follia, viene finalmente superata. Ma in tal modo viene confermata la visione che aveva posto fine all’esistenza stessa dei manicomi, di quelle carceri-non-carceri che si fingevano ospedali, ma che fondavano il loro principio ispiratore proprio su una concezione della malattia mentale riduttivistica e grossolana. Quella che postulava l’esistenza di una totale, appunto, incapacità di decidere liberamente e di rispondere, sia pure solo in potenza, dei propri atti. Chi infatti non aveva compiuto reati non poteva evidentemente essere avviato a procedure di carattere giudiziario, e quindi il problema non si poneva “ex post”, bensì si poneva “ex-ante”. Il tema era quello della precognizione del gesto inconsulto che il soggetto avrebbe potuto compiere, e quindi il fine era quello della previsione e, come ultima ratio, infine quello della prevenzione. Siccome “non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo” (art 40 c.p. 2° comma) la responsabilità del medico era concepita in maniera meccanica.

In realtà se è vero che questa impostazione appare sicuramente legittima nei confronti di chi è detentore di aziende o imprese di tipo industriale o artigianale, quali depositi di esplosivi, raffinerie di benzina o depositi di gas, in cui l’elemento infiammabile ed esplosivo non è dotato sicuramente di capacità soggettive (Cassaz. Pen sez.IV, 9 ottobre 2002 n. 39680), è altrettanto evidente che estendere tale concezione agli esseri umani significa negarne ogni soggettività e quindi inficiare fin dall’inizio qualsiasi possibilità di intervento terapeutico. Dalle sentenze del caso Trani ² discende quale corollario immediato un capovolgimento radicale della concezione fin qui descritta. Una concezione derivante in fondo direttamente dal pensiero di Lombroso, vale a dire da una impostazione naturalistico – razzista della diversità umana, basata su un’interpretazione arbitraria del Darwinismo applicato all’Uomo. Tale dottrina, prenazista, porterà come logica implicazione immediata al progetto T4 dell’eliminazione delle “vite non degne di essere vissute” del III Reich.

Rimane il fatto che chi ha fatto un reato senza poterne essere ritenuto re-

² Toresini L. (2001), *La Testa Tagliata*, ed. alfa beta, Merano.

sponsabile perché dichiarato incapace con perizia psichiatrica davanti alla Giustizia, al posto della condanna alla detenzione, viene sottoposto alla "misura di sicurezza" ai sensi dell'art. 222 del c.p., che rappresenta una condanna di fatto anche peggiore della prima legittima. E ciò in quanto l'O.P.G. rimane al di fuori dei controlli e delle garanzie della Costituzione.

a) In carcere per esempio è vietato intervenire sul corpo del detenuto. Altrimenti si compie un reato. In una Casa Circondariale non si può per esempio legare un detenuto. In O.P.G., dato che appunto, è un "ospedale", ciò avviene normalmente. Non è chiaro se ciò sia consentito, tuttavia di fatto, in OPG, avviene.

b) In regime di detenzione si sa quando si entra e anche quando si esce. In fondo la condanna rappresenta un patto, che va rispettato fra le due parti: il condannato e lo stato.

In O.P.G. si sa quando si entra, ma non si sa quando si esce. Dipende dal giudizio di pericolosità. Ma noi sappiamo quanto quest'ultimo sia "a fisarmonica". Alla fine ciò dipende solamente dall'esistenza o meno di un Servizio Territoriale che se ne faccia carico.

c) Chi è detenuto può candidarsi ed essere eletto. Un soggetto ristretto in misura di sicurezza secondo l'art. 222 c.p. in O.P.G. non può candidarsi né tanto meno essere eletto.

L'OPG alla fine rappresenta sostanzialmente una misura assurda e incoerente, dato che non punisce ma nemmeno cura.

6. *Le questioni*

di *Ernesto Venturini*

1. **La perizia psichiatrica**

In presenza di un reato commesso da una persona sospettata di follia il magistrato richiede la perizia psichiatrica per appurare se la persona, oltre ad aver commesso il reato, abbia compreso il significato del suo gesto e se abbia voluto compierlo. Il quesito peritale mira in sostanza a sapere se l'illecito sia o no sintomatico al disturbo psichico, ma la perizia può costituirsi anche come fonte di prova nel procedimento e determinare effetti penali.

La diagnosi psichiatrica si connette al ragionamento medico, mentre il quesito peritale è inerente alla logica giuridica. La perizia di conseguenza rappresenta un ibrido, perché si costituisce tra due scenari diversi, si muove tra due ottiche che perseguono fini disuguali e hanno metodi differenti: il diritto e la scienza medica. Mentre il fine della medicina è rivolto alla salute della persona, quello della giustizia è rivolto alla sicurezza e alla difesa dell'ordine sociale esistente. La difformità delle prospettive si rende particolarmente evidente nella relazione tra i soggetti coinvolti. Nell'ambito del rapporto terapeutico medico-paziente, il medico cerca di perseguire la fiducia del paziente e si impone la riservatezza. Nella perizia, invece, il perito ha come referente il giudice e la sua funzione valutativa non necessariamente si ripromette il benessere del reo-paziente. Poiché il perito psichiatra non può esimersi dai suoi doveri deontologici, può trovarsi, a volte, in situazioni di conflitto. Il perito si scopre stretto tra due ottiche, in una situazione dialetticamente delicata e in un equilibrio ambiguo e incerto, dove, talora, sembra prevalere un punto di vista, talora l'altro. In realtà al perito psichiatra viene richiesto di "spogliarsi" della sua identità di medico e di aderire a un sistema di valori, centrato su un giudizio morale, e che prevede la possibilità di essere privati della libertà. Per queste ragioni lo scenario

della perizia psichiatrica è, per lo psichiatra, carico di espressioni ambigue e rituali. Ne sono un esempio palese le incertezze e gli equivoci quando il perito usa, nel giudizio psichiatrico-forense, l'espressione "infermità" di mente, che non è rapportabile a un vero concetto medico di malattia o di disturbo psichico. Io penso tuttavia che non sia ipotizzabile una effettiva asetticità del perito e che non esista una neutralità in questo ambito. Penso che, al contrario, il perito psichiatra debba dichiarare sempre la sua scelta di campo ed essere cosciente che deve essere mosso solo da valori etici.

Una seconda considerazione riguarda l'anacronistica formulazione dei quesiti peritali, che risale agli anni '30, e che usa parametri scientifici lontani dalle conoscenze odierne, ma soprattutto lontani dai cambiamenti del paradigma scientifico che si è venuto determinando con la riforma psichiatrica e con la chiusura degli ospedali psichiatrici. Il magistrato fa riferimento a due parametri – capacità di intendere e volere, pericolosità sociale – che ci riportano al positivismo dell'800 e rendono evidente la distanza creata, da un punto di vista storico, tra l'attuale salute mentale di comunità e la psichiatria forense. L'asserita capacità di intendere e di volere rappresenta infatti un concetto obsoleto, specie per quanto attiene la capacità di volere. Si tratta di concetti privi di riscontro rispetto alle attuali conoscenze neuropsicologiche. L'espressione con cui il codice indica gli aspetti psichici o psicopatologici non ha infatti un valore scientifico e rappresenta solo un modo di dire convenzionale. La capacità di intendere, secondo il Codice, significa essere consapevoli del valore e del significato delle proprie azioni e di valutarne le conseguenze; la capacità di volere significa la capacità di autodeterminarsi rispetto alle proprie pulsioni, controllandole. Ma non tutte le malattie psichiche comportano tale incapacità e nemmeno una loro diminuzione. I quesiti espressi dal linguaggio del diritto penale non sono dunque soltanto riduttivi rispetto alle acquisizioni della moderna psichiatria e psicologia, ma sono anche fuorvianti e inadeguati. Vengono infatti lasciate alla discrezione dei magistrati – e in alcuni casi rigidamente ritenute inammissibili alle indagini – sia la complessità delle dinamiche psicologiche che la valutazione globale della personalità del soggetto, così preziose per capire il comportamento della persona. La formulazione tradizionale stereotipata dei quesiti psichiatrici dovrebbe essere modificata e ogni enunciazione dovrebbe tener conto sia del contesto di vita che della storia sociale della persona, per comprendere come tutto ciò abbia influito sul suo comportamento. E infine la problematica sulla reiterazione del reato andrebbe sempre focalizzata sul presente, piuttosto che sul passato.

Alcune volte le perizie psichiatriche presentano una fisionomia tecnico-scientifica anacronistica: il linguaggio è stereotipato, lo svolgimento e il tipo di indagini sono appiattiti su una visione della psicopatologia prevalen-

temente biologica e tradizionale, l'argomentazione si impernia su un ragionamento centrato sul "senno di poi". Per compensare lo schema convenzionale e prevedibile, si indulge in lunghe citazioni, che rivelano la criticità di una scienza, quella psichiatrico-forense, raramente in grado di ancorarsi a solide certezze scientifiche. In realtà si dovrebbe ammettere che il problema della indeterminatezza investe tutta la psichiatria. Basterà considerare infatti come l'ipotesi multifattoriale della malattia mentale, che viene adottata ai nostri giorni, testimoni proprio il permanere di una crisi epistemologica irrisolta della disciplina e il tentativo di affidarsi a un compromesso, nell'incapacità di riconoscersi in un paradigma scientificamente definibile¹.

Capita spesso che i pareri dei diversi periti – quelli del PM, del GIP o della difesa – esprimano conclusioni diametralmente opposte, suscitando comprensibile disorientamento. Può accadere infatti che si trasferisca a livello di teorie psichiatriche lo scontro procedurale tra accusa e difesa. La "recita" che i periti svolgono di volta in volta, ora in uno schieramento, ora in un altro, porta il conflitto a configurarsi come una sorta di lotta tra paradigmi e sistemi scientifici diversi, una lotta però che ha il sapore di un gioco delle parti. Ma la situazione risente anche della disomogeneità dei ruoli professionale dei periti, che appartengono a branche affini, ma non simili – la psichiatria, la psicologia, la criminologia, la medicina legale. Il giudizio psichiatrico forense risulta condizionato, di volta in volta, dalla differente impostazione disciplinare dei periti, che esaminano l'evento da ottiche diverse. La ricchezza degli apporti può costituirsi come un vantaggio per raggiungere una valutazione equilibrata, ma può costituirsi anche come un serio problema, se si mettono a confronto analisi e prospettive, situate su livelli e linguaggi troppo differenti.

Bisogna tener conto anche di un altro fattore destabilizzante: come ogni situazione complessa, la scena della perizia risente degli effetti di coinvolgimenti emotivi e relazionali dei singoli, malgrado il tentativo di farla apparire imparziale e asettica. Alcuni autori² descrivono le reazioni emotive dei periti nel corso della perizia psichiatrica e le mettono in relazione ad alcune variabili: *«il tipo di relazione del perito coi rappresentanti della giustizia, gli avvocati, gli altri periti e i mezzi di comunicazione; la formazione professionale del perito e la sua influenza sulla metodologia peritale; i pregiudizi in tema di comportamento violento e di malattia mentale; le caratteristiche personologiche e la tipologia psichiatrica del perito; le reazioni controtransferali e i meccanismi psicologici di difesa nei confronti del pe-*

¹ Si veda Di Paola F. (2000), *L'istituzione del male mentale, Critica ai fondamenti scientifici della psichiatria biologica*, Le Esche, Manifesto libri, Roma.

² Nivoli G. (2001), *Le reazioni emotive del perito nel corso della perizia psichiatrica*, *Nóos*, 3:2001; 181-194.

riziando». Particolarmente complesso è il rapporto tra il perito e il magistrato, che «*se esperto e attento può aver fatto la "diagnosi" sui periti*» e averli scelti, per la loro sintonia rispetto all'obiettivo che, seppur inconsciamente, vorrebbe veder dimostrato. Lo stesso giudice «*attraverso messaggi subliminali e non pienamente coscienti, può suggerire quelle che sono le proprie convinzioni in merito al caso in esame, ed il perito, dal suo canto, può aderire, in maniera non sempre cosciente, a tali convinzioni*». Tale atteggiamento si può riscontrare quando il perito, in fase istruttoria, piuttosto che essere colui che apporta ulteriori conoscenze specialistiche al caso clinico e forense, diventa, impropriamente dal punto di vista deontologico, una sorta di "braccio armato dell'accusa". Per converso il giudice pur rivendicando giustamente il suo ruolo di peritus peritorum non dovrebbe mai sovrapporsi al perito o intromettersi nella materia peritale: è senza dubbio suo diritto non prendere in considerazione un parere tecnico, ma non dovrebbe entrarvi mai con le sue argomentazioni. Assistiamo invece a sentenze in cui il giudice, richiamandosi al suo "buon senso", palesemente interferisce con quanto espresso dagli psichiatri e, analogamente vi sono perizie psichiatriche, che debordano dal loro ambito tecnico usando argomentazioni giuridiche.

Ai nostri giorni alcuni processi hanno assunto un peso mediatico rilevante, per un morboso ruolo svolto dai mass media. Nella maggior parte di queste situazioni, forse per un certo protagonismo dei periti, si sono determinati rovesciamenti di analisi peritali, controaccuse, scoop, che hanno finito per determinare una confusione generalizzata e un sentimento di sfiducia sulla possibilità di accedere alla verità. Pur senza considerare questi estremi, si ha comunque l'impressione che la lettura degli eventi fatta dai periti psichiatri non sia ancorata a solide certezze, ma sia invece alquanto opinabile. Ogni nuova interpretazione finisce per introdurre nuove verità, che si sovrappongono e configgono tra di loro. Il richiamo a tante verità, finisce per produrre tante mezze verità. A volte sono proprio i quesiti posti da giudice, che nella loro formulazione, riducono le possibilità di comprensione e approfondimento degli eventi, limitando le possibilità di analisi. Qualche volta invece è la negazione stessa della imputabilità del folle, autore di reato, che finisce per ridurre e viziare la ricerca della verità. A volte verrebbe quasi da pensare che lo scopo vero del procedimento e l'utilizzo della perizia non siano volti alla ricerca della verità dei fatti, quanto piuttosto alla ricerca del colpevole. E infatti non dovremmo dimenticare che il processo è mosso non solo da istanze di giustizia, ma anche dalla necessità di dare risposta alle legittime esigenze delle vittime e dei loro familiari: l'individuazione del colpevole consente di risolvere i nodi economici del risarcimento, il più delle volte connessi a clausole assicurative. In sostanza, ancora una

volta, possiamo misurare la distanza che intercorre tra la medicina e il diritto: il perito aiuta il giudice a cercare il colpevole, il medico invece aiuta i colleghi a cercare l'errore, per correggerlo.

Viene da chiedersi da dove originino tutte queste incertezze, questi equivoci, queste ambiguità di fondo e perché sia così difficile operare delle modernizzazioni nel campo della psichiatria forense e soprattutto perché siano difficilmente recepibili in questo ambito i contenuti della riforma psichiatrica del 1978.

Per rispondere a questa domanda val la pena di richiamare, ancora una volta, le riflessioni di Michel Foucault che, in alcune delle sue lezioni al Collège de France, nel 1975, tratta diffusamente il tema della perizia medico-legale. Foucault rileva come la perizia psichiatrica rappresenti una specie di paradosso: nata per demarcare una linea di divisione netta tra la responsabilità giuridica del soggetto "normale" e la irresponsabilità del soggetto "anormale", di fatto si è costituita invece come ponte di collegamento tra due mondi strutturalmente dissimili: quello medico e quello giudiziario. Foucault chiama questo processo "il dominio della perversità": alla perversione del criminale gli psichiatri forensi collegano la perversione del folle e lo fanno attraverso l'uso di un linguaggio puerile. Il folle criminale viene spesso descritto come un "immaturo", "con un io debole", "con un mancato sviluppo del super-io". Le ragioni di questo idioma sono molteplici. Innanzi tutto perché attraverso un linguaggio debole, dal punto di vista della struttura logica, è possibile "scambiare" più facilmente nozioni tra categorie così profondamente antitetiche, come quella giudiziaria e quella medica, senza che prevalga una sull'altra. In secondo luogo il linguaggio della perizia è infantile anche per una sua intenzionalità moraleggiante: evoca infatti il discorso del pericolo, della paura e della necessità di protezione che abitualmente i genitori rivolgono ai figli. Il discorso psichiatrico forense, nella sua sostanza, si conforma infatti alla reazione della società nei confronti dell'individuo pericoloso, anche se lo fa, fornendo il rassicurante panorama di una rete difensiva e continua di istituzioni medico-giudiziarie, che vanno dalla cura fino alla repressione e alla punizione. Ma è proprio questa adesione alla nozione di pericolo che ci aiuta a chiarire il ruolo insidioso svolto dalla perizia medico-legale. Attuando una sorta di derisione del sapere medico e psichiatrico e assumendo contemporaneamente una funzione cruciale nella sua giunzione fra il giudiziario e il medico, la perizia evidenzia l'emergere e il funzionamento di un nuovo e diverso potere. Foucault³ osserva che «... la perizia medico-legale non deriva né dal diritto, né dalla medicina... pro-

³ Foucault M. (2000), *Gli anormali. Corso al Collège de France. 1974-1975*, Feltrinelli, Milano.

viene da altrove. Ha altri termini di riferimento, altre norme, altre regole di formazione. In fondo nella perizia la giustizia e la psichiatria sono l'una nell'altra adulterate... La perizia non si rivolge a delinquenti o a innocenti, a malati in opposizione a non malati: si rivolge a qualcosa che chiamerei la categoria degli "anormali". In altre parole la perizia medico-legale si dispiega realmente in un campo non di opposizione del normale al patologico, ma di gradazione dal normale all'anormale».

Foucault chiama questo "il potere della normalizzazione"; un potere che produce oltre a una prescrizione correttiva anche una prescrizione di designazione, una vero disegno normativo. La perizia psichiatrica, in virtù del legame che assicura tra il mondo giudiziario e quello medico, altera tanto il potere giudiziario che il sapere psichiatrico e si istituisce come istanza, indispensabile, di controllo dell'"anormale psichiatrico". Passando da un discorso di responsabilità a quello di pericolosità sociale, mette al posto di un individuo giuridicamente responsabile un soggetto-oggetto, l'anormale psichiatrico, da connettere a tecniche di normalizzazione. È un passaggio cruciale che legittima l'esistenza di un apparato totalizzante di repressione, incarnato nella mostruosità del manicomio giudiziario.

Di fronte alla problematicità e complessità del reato di un folle, il perito, in quanto persona qualificata all'interno delle istituzioni scientifiche, dovrebbe consentire l'assunzione di decisioni giudiziarie chiare e ineludibili. Sono infatti proprio la credibilità dell'esperto e la enunciazione di discorsi con uno statuto di verità scientifica i pilastri su cui il giudice cerca di fondare le argomentazioni del suo giudizio. Il paradosso però consiste nel fatto che gli enunciati dell'esperto, il più delle volte, sono avulsi sia ai metodi di un discorso scientifico, sia alle norme del diritto. La ragione di questo paradosso risiede nell'obiettivo della perizia, nascosto e non dichiarato: non quello di curare, né quello di punire, bensì quello di convalidare, nella forma di una conoscenza scientifica, la possibilità di estendere il potere sanzionatorio a realtà diverse dalle infrazioni giuridiche. Ciò avviene per lo spostamento del punto di applicazione della sanzione: dalla violazione, come è definita dalla legge, alla criminalità, come è esaminata invece dall'ottica psicologica. Questo processo si attua attraverso quel processo che Franco e Franca Basaglia hanno reso evidente ne "La malattia e il suo doppio"⁴: la razionalizzazione di un problema, che rappresenta una minaccia, attraverso la sua delimitazione nei confini di una ideologia che lo mantiene sotto controllo. Ed è proprio una sorta di sdoppiamento quella che si mette in atto con la perizia psichiatrica; uno sdoppiamento che opera su tre diffe-

⁴ Basaglia F., Basaglia Ongaro F. (1970), *La malattia e il suo doppio*, in *La rivista di servizio sociale*, 1970: 4.

renti livelli. Per prima cosa la perizia sottrae legalità al reato come è formulato nel codice, mostrando dietro di esso il suo doppio: una serie di condotte scorrette e sconvenienti rispetto a parametri e alle regole psicologiche e morali, un vero spazio esistenziale dove origina il crimine. Secondariamente il responsabile del reato viene raddoppiato nella figura del delinquente: da soggetto giuridico è ridotto all'oggetto di un sapere di emendamento e di controllo, al limite di un trattamento di riparazione e riadattamento. Mostra – come dice Foucault – come «*l'individuo assomigli al proprio crimine prima ancora di averlo commesso*», mostra come «*il soggetto sia presente sotto forma del desiderio del crimine*» in piccoli particolari, dettagli, irrilevanti atipicità messe in risalto nell'anamnesi del soggetto. Si tratta di indizi nascosti agli occhi comuni, ma non a quelli attenti dell'esperto, che attraverso di essi delinea la fisionomia del delinquente lombrosiano, irrimediabilmente imprigionato nel suo tragico destino. Dice acutamente Foucault: «*Il semplice uso ripetitivo dell'avverbio "già", è di per sé stesso una maniera di applicare, in modo semplicemente analogico, la serie delle illegalità infraliminari, delle scorrettezze non illegali e di accumularle per farle assomigliare al crimine stesso*». Infine il terzo doppio è in realtà lo sdoppiamento e il rovesciamento di ruoli tra lo psichiatra e il giudice. Il primo attraverso la "certezza" della diagnosi, rilevata dalle infrazioni e dai comportamenti pregressi, modifica lo statuto di accusato del soggetto in quello di condannato e di fatto emette il verdetto. Il giudice invece con il suo giudizio non infliggerà più una pena, ma prescriverà invece una forma di trattamento, un riadattamento, assumendosi quasi il carico della cura.

Queste considerazioni rendono evidente il ruolo cruciale svolto dalla psichiatria forense nel processo di normalizzazione dei folli – o degli "anormali" come direbbe Foucault – responsabili di reato e di come questo statuto originario della perizia psichiatrica continui a confliggere con le loro istanze di cura e di diritto. In un suo saggio su John Conolly, lo psichiatra inglese che nella seconda metà dell'800, quando ancora non esistevano gli psicofarmaci, teorizzava e soprattutto praticava un trattamento terapeutico assolutamente privo di ogni mezzo di contenzione, Agostino Pirella⁵ riflette che: «*la psichiatria ha sempre avuto una libertà ideologica sfrenata, all'interno di equilibri istituzionali ed accademici, ma con una precisa, vincolante funzione di sequestro. E che di questo si tratti lo dimostra la funzione della perizia psichiatrica di fronte a reati che turbano, che sconcertano, che escono apparentemente dalla logica della società borghese (certo se uno uccide per denaro è "comprensibile"; se un marito uccide la*

⁵ Pirella A. (1976), *Introduzione*, in *John Conolly. Trattamento del malato di mente senza metodi coercitivi (1856)*, Einaudi, Torino.

moglie per gelosia, anche; ma se invece uccide perché è "perseguitato" non lo è più). È per questa ragione che si rende necessaria l'entrata in scena di un esperto: il perito deve tradurre la colpa in malattia e isolarla in una zona controllabile».

A quando allora le ragioni dei folli? A quando l'attenzione al loro sapere esperto? A quando una lettura delle storie in grado di rendere chiare le ragioni della follia, le responsabilità diffuse del corpo sociale? A quando l'assunzione di responsabilità dei folli e dei sani?

2. La violenza in psichiatria e la nozione di pericolosità sociale

Il concorso colposo in omicidio doloso si fonda implicitamente sulla pericolosità del paziente psichiatrico. Questo giudizio è supportato dalle argomentazioni "scientifiche" dei periti. In realtà i periti evitano, per lo più, di entrare nel merito di problematiche generiche, quali la pericolosità dei pazienti psichiatrici, ma si limitano ad affermare che determinate patologie presentano un alto rischio di pericolosità. Nel caso specifico di M. G., i periti fanno riferimento alla diagnosi di "schizofrenia paranoide cronica", come un tipo di diagnosi che, secondo una certa letteratura scientifica, presenterebbe proprio tale rischio. L'aggressività, in questo caso, sarebbe elemento fondante della malattia e il comportamento pericoloso potrebbe essere circoscritto solo con i farmaci, ma non potrebbe mai essere del tutto cancellato. In verità la presunzione di pericolosità di M. G. viene desunta, nelle perizie, anche dalla sua storia clinica e dai suoi ricoveri. Tuttavia l'analisi è rovesciata, ideologicamente rovesciata: il comportamento di M. G. in particolari momenti della sua vita – durante la sua "carriera morale" – non conferma tanto una storia di violenza (praticata, ma soprattutto subita!), quanto l'evidenziarsi della violenza della malattia che lo possiede: la schizofrenia. I dati psicopatologici assumono una pregnanza così rilevante da far considerare il malato come un soggetto estremamente pericoloso, indipendentemente da ciò che ha fatto o potrà mai fare: egli è giudicabile pericoloso in quanto malato. Nella sua perizia il consulente tecnico di ufficio, A. R., introduce la considerazione che il lungo periodo di benessere di M. G. non sia nemmeno attribuibile all'effetto del farmaco (anche se il farmaco può averlo favorito), ma che in realtà tale periodo costituisca soltanto una fase fisiologica di una "falsa remissione" della sintomatologia. Ed è perciò compito dell'esperto quello di smascherare la perversa astuzia di una malattia che inganna i colleghi più ingenui e che è fonte, prima o poi, di gravi incidenti. C'è nel pensiero del perito, che in verità rispecchia quello di buona parte di

noi tutti psichiatri, una sorta di determinismo: questo tipo di malattia è sostanzialmente irrecuperabile, si può solo tentare di ridurre il danno, si può contenere "il male" in una "camicia di forza farmacologica", ma bisogna sempre tenere alta la guardia contro la scaltrezza maligna della malattia. Da questo punto di vista la vicenda può costituire un avvenimento esemplare e merita rilievo, perché assume il valore di una utile lezione.

Ma il tema della pericolosità sociale merita una breve riflessione, non solo rispetto ai suoi risvolti pratici, ma anche rispetto alla stessa sua formulazione teorica.

La pericolosità sociale non corrisponde infatti a nessuno dei criteri che costruiscono la diagnosi psichiatrica e sui quali si fonda il metodo scientifico. Non riveste nessun valore terapeutico, adempie invece a una funzione di pura difesa sociale. Non ha a che vedere con il paziente, con la sua protezione: ha a che vedere con la collettività e con la modalità con cui questa percepisce il tema della sua sicurezza. Il giudizio di pericolosità si fonda su un criterio di probabilità, piuttosto che su quello di possibilità: esprime, dal punto di vista statistico, una prospettiva di ricaduta dell'evento negativo superiore al 50%. Questo criterio valido forse per alcuni ambiti medici, risulta del tutto aleatorio, se non arbitrario, in campo psichico, proprio per la complessità delle scienze umane e perché il comportamento umano in questo settore non può essere ridotto facilmente ad algoritmi statistici. Inoltre tutto ciò che si può affermare, secondo i pochi dati scientifici, indica che la predizione di atti violenti è comunque limitata a un periodo di tempo estremamente limitato. Questo dato rende sostanzialmente privo di valore ciò che il giudice richiede nella formulazione del suo quesito, perché le misure che dovranno essere attuate avranno valore solo in un lasso di tempo molto ampio. In sostanza la predizione di atti violenti dal punto di vista della psicopatologia è dubbia, limitata forse a poche situazioni, che meriterebbero comunque una revisione critica molto serrata.

Dalla lettura delle perizie si evince spesso che la previsione si fonda sulla gravità della malattia, sulla sua evoluzione, sulla personalità del colpevole, sulla natura del reato. Criteri tutti di insufficiente validità scientifica per quanto attiene la formulazione di una predizione di pericolosità. Spesso i periti fanno riferimento ai precedenti penali dell'imputato e usano valutazioni e avvertimenti che non si distanziano dal senso comune e che sembrano non giustificare sostanzialmente la richiesta di un "parere scientifico". Capita allora che, forse proprio per compensare l'ovvietà delle affermazioni, molti periti indulgano, nella estensione della relazione peritale, in ampie citazioni tratte dai manuali psichiatrici, quasi che la quantità si faccia sostanza. Più della diagnosi psichiatrica, si sono dimostrati predittivi di violenza i fattori

legati alla concretezza delle situazioni, nelle quali prende corpo la violenza, e soprattutto quelli legati alla storia pregressa della persona. Analisi multivariate ⁶ dimostrano che le malattie mentali gravi, da sole non sono predittive di violenza futura. Questa è associata invece ad altri fattori: a quelli storici (violenze subite in passato, carcerazione giovanile, abusi fisici, ricordi di arresti familiari), a quelli clinici (abusi di sostanze, minacce percepite), alle caratteristiche della persona (età, sesso, reddito) e ai fattori di contesto (recente divorzio, disoccupazione, vittimizzazione). Che poi la maggior parte di questi fattori siano presenti in soggetti con malattia mentale grave, più spesso che in altri soggetti, non confuta il dato, semmai contribuisce a chiarirlo.

In sostanza è del tutto contestabile che la pericolosità sia un naturale effetto di una patologia, che solo lo psichiatra possa riconoscerla. La pericolosità sociale è invece una evenienza complessa, storicamente e contestualmente determinata. Secondo G. B. Traverso ⁷ «dal punto di vista concettuale, la nozione di pericolosità, anche per la relatività della sua definizione, non ha alcun carattere di scientificità e ciò ne esalta la problematicità della valutazione». Per C. Debuyst ⁸ «è operazione riduttiva ricondurre il problema della pericolosità ponendo al centro delle preoccupazioni la personalità ed i suoi tratti, considerati come caratteristiche stabili ed immutabili dell'individuo. Tale riduzione opera offuscando le problematiche sociali generali ed inoltre, a livello dei rapporti interpersonali, impedisce di comprendere il senso che un comportamento può avere, interpretandolo unicamente come espressione di una carenza o di una non conformità». Ma ciò che rende chiaro il ruolo normalizzatore dello psichiatra nel sistema giudiziario risiede nel paradosso secondo cui il perito non possa procedere all'accertamento della pericolosità sociale, se prima non abbia sancito la non imputabilità della persona. Questo meccanismo rende evidente l'intento di sancire, contro ogni evidenza della scienza e della esperienza, contro lo spirito stesso della legge di riforma, che la follia sia irresponsabilità e pericolosità. D'altra parte proprio da questi due giudizi – la non imputabilità e la pericolosità sociale – entrambi ambigui e privi di evidenze scientifiche, scaturisce la misura di sicurezza dell'ospedale psichiatrico giudiziario; scaturisce il destino di una persona, che nella maggior parte dei casi, risulterà irrimediabilmente senza speranza e senza riabilitazione.

⁶ Elbogen E. B., Johnson S. C. (2009), "The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder" in, *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 66, n. 2, feb.

⁷ Traverso G. B., Verde A. (2001), Pericolosità e trattamento in criminologia, Note in margine alle VIII Giornate Internazionali di Criminologia Clinica Comparata (Genova, 25-27 maggio 1981).

⁸ Debuyst C. (1984), *La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie*, in *Criminologie*, 1984: 17, 7.

3. Il nodo gordiano dell'ospedale psichiatrico giudiziario

La promulgazione della legge 180 (confluita nella 833/79) ha reso inevitabile, quasi implicito, il superamento dell'OPG: cambiato totalmente il modo di intendere la malattia mentale vanno riletti i concetti di imputabilità (la incapacità di intendere e volere) e il concetto di pericolosità sociale per malattia mentale. In effetti erano state avviate, poco dopo la promulgazione della legge, azioni perché venisse "automaticamente" sancito il superamento dell'OPG. Nel 1979 era stata sollevata una eccezione di costituzionalità dell'OPG: la legge 180, abolendo la legge del 1904, ci riportava a una condizione precedente al codice penale Rocco, che nel 1930 aveva introdotto le misure di sicurezza. Senza la legge del 1904 avrebbe dovuto decadere l'istituzione a cui tali misure si riferivano. Ma ciò non ebbe esito, sia per una sorta di pentimento del legislatore nei confronti della riforma psichiatrica, la cui radicalità forse non era stata sufficientemente ponderata, sia per ragioni contingenti essendo coinvolti per gli OPG apparati (quello giudiziario e, nello specifico, il sistema penale) che facevano capo a un ministero – quello della Giustizia – diverso da quello della Sanità, che aveva attuato invece la riforma.

Emerse subito che uno dei nodi da sciogliere era costituito proprio dalla necessità di superare la dichiarazione di totale incapacità di intendere e volere per chi aveva commesso un reato: la dichiarazione costituiva infatti la premessa per il proscioglimento, ma anche per la conseguente misura di sicurezza e per il successivo invio in OPG. Sul versante dell'abolizione della non imputabilità si era mossa la proposta di legge del Senatore Vinci Grossi, ripresa sostanzialmente dall'on. Corleone. In diversa direzione si era invece posto il gruppo di studio che faceva riferimento alla Fondazione Michelucci e alle regioni Toscana ed Emilia Romagna. Il progetto prevedeva alcune innovazioni: una ridefinizione più rigorosa della non imputabilità, l'applicazione della misura di sicurezza in due momenti (da parte del giudice che emetteva la sentenza di proscioglimento e successivamente da parte dal magistrato di sorveglianza che garantiva l'internamento), due diverse misure di sicurezza (una chiusa e una aperta), il superamento del criterio della durata minima della misura di sicurezza.

Le resistenze della magistratura e degli apparati medico-forensi si dimostrarono inizialmente pervicaci e chiuse a ogni sorta di cambiamento. Solo in particolari situazioni (come nell'esperienza di de istituzionalizzazione di Trieste) fu consentito l'instaurarsi di una pratica innovativa – la formulazione costante da parte dei periti triestini della "parziale" incapacità di intendere e volere del paziente – che si dimostrò "strumentalmente" utile a evitare l'invio in OPG, ma che soprattutto si rivelò la risposta più idonea ai

bisogni del paziente e alle esigenze di giustizia. La credibilità di tale posizione era confermata dall'intervento instaurato dai triestini all'interno del carcere e nei servizi territoriali: la loro capacità di assumersi la cura (intesa come presa in carico complessiva) del paziente grave e problematico e la risoluzione, conseguente a tale idea di cura, delle "esigenze" di custodia per pericolosità sociale.

Contemporaneamente la tenuta della legge di riforma psichiatrica approdava a importanti risultati. Subito dopo la 180 era diffuso il timore che la chiusura dell'ospedale psichiatrico avrebbe instaurato una situazione di pericolo sociale, con aumento dei suicidi e degli atti di violenza da parte dei pazienti psichiatrici e con un aumento esponenziale di ricoveri negli OPG. La realtà dimostrò esattamente il contrario: il numero dei ricoverati negli OPG non aumentò, per una forte riduzione negli invii e si mantenne costante solo per l'ingresso di detenuti, in misura di sicurezza provvisoria, o per sopravvenuta infermità, evidenziando semmai la crisi di una altra istituzione – l'istituzione carceraria – sopraffatta da un numero di detenuti superiore alla capienza e alle risorse disponibili, priva di una idea progettuale chiara, ma soprattutto incapace di denunciare la crescente criminalizzazione dei bisogni sociali.

Probabilmente proprio come effetto dei risultati positivi della riforma psichiatrica, la sentenza della Corte Costituzionale n. 253/2003 ha spezzato l'automatismo tra l'OPG e la misura di sicurezza, consentendo la realizzazione di tale misura in luoghi alternativi e secondo progettualità da definirsi caso per caso. Questa sentenza è in linea con le misure alternative alla detenzione già instaurate per i pazienti tossicodipendenti e per i carcerati (legge Gozzini). Ma è stata introdotta anche un'altra importante disposizione, che consente al Magistrato di Sorveglianza la possibilità di riformulare (anche per sopravvenuti cambiamenti) le precedenti misure di sicurezza. In sostanza si deve applicare la misura di sicurezza non in modo automatico, ma solo se si ravvisa la presenza di una pericolosità sociale (art. 231 della L.10/10/1986 successiva all'abrogazione art. 204 c.p.). Inoltre il Magistrato di Sorveglianza deve accertare se la pericolosità sociale della persona perdura nel momento in cui la misura viene eseguita (art. 679 del nuovo c.p.p. del 1988-89). La durata minima di permanenza in OPG infine è stata modificata, consentendo il superamento delle rigidità e delle inerzie istituzionali precedenti.

E così, anche senza una ridefinizione organica della cornice normativa, si è messo in moto un processo di riforma che ha toccato i canali di ingresso e i meccanismi di uscita dagli OPG. Queste sentenze di fatto hanno assestato un colpo forte alla esistenza dell'istituzione OPG. Forte, ma non decisiva: prima di tutto perché la possibilità di applicazione delle misure alternative e della riduzione dei tempi di ricovero in OPG sono rimaste discre-

zionali da parte dei magistrati e poi soprattutto perché esse dipendono dalla volontà/capacità dei servizi psichiatrici di assumere la cura dei pazienti responsabili di reato. Due sono le difficoltà che si oppongono a tale possibilità: la prima di ordine pratico istituzionale fa riferimento alle risorse da mettere in campo e alle procedure conseguenti (poiché ci si relaziona a due differenti ministeri è logico aspettarsi difficoltà e ritardi nella definizione delle competenze e delle risorse), la seconda più ideologica fa riferimento alla difficoltà di molti DSM ad accettare l'esigenza di farsi carico dei pazienti da "custodire". In effetti si è sviluppato una sorta di equivoco sul mandato della psichiatria nel dopo riforma. Per i servizi, che si sono fondati sulla de-istituzionalizzazione, i servizi "forti", aperti sulle 24 ore, la presa in carico del paziente fa riferimento a una capacità di trattamento terapeutico, ma anche alla esigenza di rispondere alle più complesse problematiche sociali che si legano inestricabilmente con il disagio psichiatrico. Ebbene queste esperienze non hanno difficoltà a dimostrarsi disponibili nell'assumere questa nuova funzione di "presa in carico". Quelle esperienze invece, i servizi "deboli", che hanno vissuto la riforma come una liberazione dalle responsabilità legate alla custodia del paziente e che concepiscono il loro intervento solo all'interno di un trattamento quasi privatistico tra paziente e terapeuta, ebbene queste esperienze si dimostrano restie a modificare la propria organizzazione e ad accettare i compiti della presa in carico del paziente responsabile di reato. È paradigmatica la "sorpresa" con la quale alcuni operatori "scoprono", a seguito della sentenza della Cassazione dell'11 marzo 2008, di essere investiti dalla posizione di "garanzia" nei confronti del paziente. Semmai il problema consiste nella capacità di ribaltare la garanzia della custodia nella garanzia della cura, sciogliendo, nella pratica, quei nodi non risolti delle contraddizioni sociali che assumono il volto della pericolosità sociale e della esigenza di custodia!

Un aiuto consistente alla risoluzione di questa impasse è offerto, dal punto di vista organizzativo, dal DLGs 230/99. Trasferendo le funzioni sanitarie dagli Istituti di Prevenzione e Pena al Sistema Sanitario Nazionale, si pongono le premesse perché sia affrontato in modo dignitoso il grave problema della salute in carcere, e automaticamente si pongono le condizioni per risolvere l'equivoco sotteso alle funzioni dell'OPG, che ambigualmente si fonda su una non imputabilità per malattia, ma che di fatto si struttura solo su esigenze di custodia. Il decreto pone altresì i vincoli a una presa in carico dei pazienti OPG da parte dei servizi psichiatrici territoriali.

Tuttavia il passaggio della medicina penitenziaria a quella del Sistema Sanitario è stato molto difficile e solo la legge finanziaria del 2008 (Legge 244/07 art. 2 comma 238-239) e la tenacia di alcuni soggetti e organizzazioni hanno consentito l'avvio di questo processo. Il Decreto del Presidente

del Consiglio dei Ministri 1/4/2008 ha aperto spazi operativi importanti ai trattamenti terapeutico-riabilitativi per i soggetti con disturbi mentali, soprattutto nel suo richiamo al valore della territorialità. La territorialità in psichiatria richiede infatti una dimensione di continuità terapeutica, comporta la possibilità di incidere sulle cause del malessere sociale, consente l'attivazione delle risorse della comunità. Ma il concetto di territorialità, da un punto di vista strategico, offre anche un supporto alla ipotesi di coinvolgimento diretto delle Regioni nella soluzione degli OPG.

In sostanza, dopo aver vissuto per anni in una condizione di incertezza e di frustrazione, nella quale i numerosi tentativi di abolire gli OPG venivano considerati velleitari e rifiutati dal legislatore, assistiamo oggi alle premesse per un progressivo ed effettivo superamento di tali istituzioni. Di fronte alla impossibilità di perseguire la via diretta della abolizione della non imputabilità, si è determinata una sinergia di interventi che ha coinvolto operatori della salute mentale, della giustizia e politici, teso a realizzare un progetto che, a piccoli passi (step by step), renda "inutile" l'OPG. Cerca di farlo, sia nel creare condizioni alternative all'invio, sia nel creare condizioni che progressivamente svuotino gli ospedali. È stato creato, per l'appunto, un apposito programma di superamento degli OPG ed istituito un Comitato paritetico di monitoraggio per la sua realizzazione. Il Comitato paritetico si avvale di un Programma Nazionale per l'intervento psichiatrico nelle carceri e negli OPG secondo le linee di indirizzo del DPCM 1.4.2008. Nel programma sono stati esplicitati i punti e le azioni, definendo anche un dettagliato cronogramma. E tuttavia questa strategia è debole nel panorama politico attuale: presuppone infatti un lavoro di squadra complicato, necessita l'attivazione di molti soggetti operanti in maniera sincrona, prevede una volontà politico-technica molto determinata. Il panorama politico generale, sia per l'orientamento dei partiti, sia per la crisi economica-sociale non lascia ben sperare. Se focalizziamo infatti le nostre considerazioni sui livelli regionali, possiamo ragionevolmente pensare che alcuni risultati potranno essere ottenuti solo in alcune regioni (Toscana ed Emilia Romagna, promotrici del progetto e sufficientemente motivate e determinate), ma appare meno probabile l'attivo ed effettivo coinvolgimento delle altre regioni (sia per la disponibilità ad accogliere i dimessi dall'OPG che per l'attivazione di nuove strutture alternative), ma soprattutto appare problematico l'intervento delle Regioni Sicilia e Campania per il superamento dei tre OPG meridionali.

E poi c'è un aspetto di fondo su cui riflettere. Questo progetto rivela il sano realismo di chi si misura con le contraddizioni attraverso la pratica e rifugge da ogni istanza radicale. Lo fa anche perché questa sembra, dopo vari tentativi, la sola strada storicamente possibile. E tuttavia l'aspetto minimalista del progetto rischia di non "scaldare i cuori". È come se una bat-

taglia cruciale per il riconoscimento del diritto di alcuni, e che pertanto riguarda il diritto di tutti, si sia ridotta a una operazione di semplice ingegneria istituzionale. Certamente una idonea allocazione delle risorse, un graduale sviluppo della organizzazione potranno risolvere alcuni ostacoli per la presa in carico dei pazienti da parte dei servizi psichiatrici, ma risolveranno l'idea di quegli psichiatri che si sentono costretti a "caricarsi anche" del problema degli OPG, oltre a quello dei tossicodipendenti, dei vecchi, degli immigrati, dei cronici? C'è l'esigenza di una adesione profonda al progetto, la necessità di una motivazione che "trascini" le menti e i cuori e che prospetti un cambiamento, che dia un senso alla quotidianità e alla fatica del presente. Si tratta in sostanza di porci con forza le domande sul "perché?" e sul "per chi?". Si tratta in sostanza di capire e far capire che questa de istituzionalizzazione riguarda tutti, riguarda ciascuno di noi, riguarda la professionalità degli operatori. Si tratta di sentire la sfida dell'impegno, la forza politica della passione, ritrovare quelle istanze di libertà e di giustizia che hanno sostenuto fin dall'origine la riforma della psichiatria in Italia.

Dovremmo, ad esempio, dare un volto a quei numeri, a quelle diagnosi che riempiono le tabelle sugli OPG. Dovremmo dare voce alle persone che diciamo di voler aiutare, dovremmo sentire sulla nostra pelle le loro emozioni e la loro sofferenza. C'è bisogno di allargare il campo dei soggetti coinvolgibili, consapevoli del ruolo che la società civile può e deve svolgere. La presenza attiva del volontariato, ad esempio, a noi pare decisiva; la sua non può essere una funzione ancillare, subordinata, strumentale: il protagonismo dei volontari è l'espressione del legame che si deve instaurare tra l'impegno dei professionisti e la società civile.

Questa esigenza di prospettiva politica ci fa comprendere ulteriormente come ridurre il numero degli internati negli OPG, costituire piccole istituzioni efficienti, ancorare la gestione del folle responsabile di reato all'organizzazione sanitaria, non risolve lo stereotipo della pericolosità e della irresponsabilità del folle, non scioglie il nodo gordiano su cui continuano a strutturarsi ideologie ed apparati repressivi. Il giudizio di incapacità totale di intendere e di volere è infatti la pietra angolare su cui si fonda la scienza psichiatrica ed è anche il suo peccato originale. La storia ha dimostrato come su questa premessa si sia creata una sorta di automatismo tra il giudizio di malattia mentale e il giudizio di incapacità di intendere e volere. *«Possiamo parlare al massimo di parziale incapacità – dice Franco Rotelli⁹ – ma l'incapacità totale di intendere e volere non attiene mai alla psichiatria. Può attenersi ad uno stato confusionale di origine biologica, ma mai*

⁹ Rotelli F. (1966), "La questione forense", in *La testa tagliata*, a cura di Toresini L., Gutenberg, Roma.

ad una malattia psichiatrica». Fino a quando si manterrà questo pregiudizio non ci si potrà liberare veramente dall'idea di manicomio, anche se ridurremmo al minimo gli internati negli OPG. Fino a quando si manterrà l'idea di non imputabilità per malattia mentale si negherà al paziente *«il diritto di essere un soggetto e ne nasceranno tutte le istituzioni che dal manicomio procedono e da quel principio via via derivano»*. Si negherà allo psichiatra la possibilità di cura essendogli riconosciuto al massimo solo la possibilità di custodia e di manipolazione. *«Nel momento in cui si cura la malattia mentale – aggiunge Rotelli – ci si deve anche interrogare la normalità, perché bisogna interrogarsi anche sulla ricchezza delle diversità»*. Anche il folle ha diritto ad un processo, anche *«il folle ha diritto di stare in giudizio, anche il folle ha diritto di far valere le sue ragioni e ha il diritto di essere condannato, fin quando questa è la legge generale»*. Naturalmente esistono mille possibilità, mille misure alternative possibili per mitigare la pena, per curare e aiutare chi ha commesso un reato. In sostanza si tratta di creare per tutti, anche per il folle criminale, il diritto di cittadinanza. Tutto è possibile se si parte da un grande rispetto per le ragioni di tutti. È questo, è solo questo, il modo per recidere il nodo gordiano della folle custodia.

4. La responsabilità civile e penale del medico

4.1. La responsabilità civile

L'intervento medico è fondamentalmente una prestazione di mezzi senza una dovuta garanzia di risultato. Naturalmente la prestazione richiede un dovere di cura da svolgere nel modo più adeguato e accurato.

Nei nostri codici non vi sono norme specifiche che riguardino la categoria professionale dei medici-chirurghi e d'altronde il codice deontologico dei medici italiani non ha valore di legge. Vi sono invece in materia leggi speciali, testi unici, norme deontologiche, pronunce della Suprema Corte ed una ricca giurisprudenza. L'Italia, insieme al Messico, è l'unico stato a non prevedere il reato di colpa medica, ma l'Italia è anche l'unico paese europeo, insieme alla Polonia, in cui gli errori clinici sono perseguibili penalmente.

La condizione del medico dipendente dal Sistema Sanitario Nazionale è regolata da alcune direttive. Queste norme rilevano che l'obbligazione del medico dipendente dal servizio sanitario ha natura contrattuale; che una eventuale responsabilità per un evento lesivo implica l'obbligo del medico al risarcimento del danno ingiusto; che l'assicurazione di responsabilità civile assicura solo per le conseguenze di un comportamento colposo. Gli obbli-

ghi dell'assicuratore nei confronti dell'assicurato sono distinti e autonomi rispetto a quelli che l'assicurato ha nei confronti del danneggiato. Attualmente le assicurazioni pongono particolare attenzione alla certificazione del "consenso informato", richiesto prima del compimento dell'atto medico.

Esistono dunque due tipi di responsabilità per il medico: quella contrattuale, derivante da un rapporto diretto e fiduciario con il paziente o all'interno del servizio pubblico, e quella extracontrattuale o aquiliana, quando il medico è legato a una struttura attraverso un rapporto contrattuale.

Le principali caratteristiche della responsabilità contrattuale sono:

- l'obbligazione del sanitario è di mezzi, non di risultato;
- il medico è responsabile anche per colpa lieve;
- si ha colpa quando l'evento è imputabile a negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza a leggi e regolamenti;
- se la prestazione del medico implica problemi tecnici di particolare difficoltà, la responsabilità sussiste solo in caso di dolo o colpa grave;
- nell'adempire alla sua prestazione, il medico deve usare la diligenza ordinaria richiesta nella sua attività.
- per ottenere il risarcimento del danno, il paziente deve provare di essere stato il destinatario della prestazione e di essere stato danneggiato da questa;
- il medico, per evitare la condanna, deve dimostrare di avere correttamente adempiuto ai propri obblighi;
- la prescrizione, di regola, è decennale.

Le principali caratteristiche della responsabilità extracontrattuale sono:

- la responsabilità prescinde dalla esistenza di un vincolo contrattuale o obbligatorio;
- il sorgere della responsabilità extracontrattuale è subordinato all'esistenza dei seguenti elementi:
 - una condotta dolosa o colposa del medico,
 - un danno,
 - un nesso di causalità tra condotta e danno,
 - dolo o colpa del danneggiante;
- le principali differenze con la responsabilità contrattuali sono:
 - il danneggiato deve provare, oltre alla esistenza del danno e del rapporto di causalità, anche la colpa del medico,
 - in materia di responsabilità contrattuale sono risarcibili tutti i danni che siano conseguenza immediata e diretta della condotta del danneggiante,
 - la prescrizione è quinquennale.

Con il termine responsabilità si intende, in generale, il dover rispondere per la violazione di una qualsiasi norma di condotta, subendone le relative e conseguenti sanzioni. Il fondamento giuridico della responsabilità civile professionale risiede in alcuni articoli del Codice Civile: diligenza nell'adempimento (art. 1176 cc), responsabilità del debitore (art. 1218), risarcimento per fatto illecito (art. 2043), responsabilità del prestatore d'opera (art. 2236).

L'obbligazione di mezzi e non di risultato significa che il medico si impegna a fornire nei confronti del paziente le proprie conoscenze e tutti gli accorgimenti e le regole tecniche e scientifiche in maniera diligente senza garantire il risultato. Stabilito che per risarcimento del danno si intende la reintegrazione patrimoniale di quanto perduto dal soggetto passivo per opera di colui che ha commesso il fatto, va precisato che, nell'ambito civilistico, diversamente da quanto avviene in sede penale, si distinguono una colpa lieve e una colpa grave, inescusabile "per imperizia, imprudenza, negligenza o inosservanza di leggi o regolamenti" per la maggioranza degli esercenti quella specifica prestazione sanitaria.

Per colpa lieve si intende generalmente la omissione di diligenza o negligenza dovuta alla preparazione non coerente al caso concreto e causante un danno nella esecuzione del trattamento chirurgico o nell'ambito della terapia medica. Per colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 cc., si intende la grossolanità dell'errore, dovuta alla violazione delle regole e mancata adozione degli strumenti, e quindi di quelle conoscenze che rientrano nel patrimonio minimo del medico, poiché acquisite alla scienza medica. Il metro di valutazione della colpa varia a seconda del contenuto oggettivo (negligenza, imperizia o imprudenza) della stessa ed a seconda della natura dell'intervento (complesso o routinario) richiesto al medico.

4.2. La responsabilità penale

In genere si ritiene che la responsabilità penale del medico occorra quando la sua condotta colposa sia viziata da imperizia, imprudenza, negligenza, ovvero dalla inosservanza di leggi, regolamenti e discipline e quando ne derivi, con chiaro nesso di causalità, la morte o l'aggravamento della malattia in atto o l'insorgenza di un'altra patologia. L'imperizia consiste nella mancanza di competenza o abilità professionale; la negligenza nella mancanza di cura e attenzione nell'agire; l'imprudenza risulta da eccesso di audacia, da sfida alla ragione e alla esperienza; l'inosservanza a leggi e regolamenti consiste spesso nella omissione di norme che si è tenuti ad osservare. Al contrario di quanto avveniva nel passato, oggi il medico, nei ca-

si di imprudenza e negligenza, risponde sia per colpa grave che lieve.

Quando si realizza un danno alla persona, l'evento non implica necessariamente la responsabilità giuridica del medico, né che il fatto dannoso costituisca, di per sé, la prova della sua colpa. Bisogna esaminare infatti la condotta del medico in rapporto al caso clinico. Così facendo, ci si rende conto di quanto la catena causale, di cui in genere si ipotizza una natura lineare, sia in realtà molto ramificata, e talvolta circolare: un evento può assumere la veste di causa, o alternativamente di effetto, a seconda di circostanze o dei punti di vista.

La norma penalistica più comunemente utilizzata fa riferimento all'art. 40 del codice penale secondo cui «nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo». L'accento viene collocato su due termini – l'azione e l'omissione – nonché su quello che in diritto viene definito come nesso di causalità.

L'art. 41 c.p. prevede inoltre che le cause preesistenti, simultanee o sopravvenute alla condotta umana, anche se da essa indipendenti, non fanno venir meno la responsabilità penale del soggetto considerato. Infatti, il concorso delle cause non esclude mai il rapporto di causalità. Solamente le cause sopravvenute possono escludere il nesso causale, qualora siano sufficienti a produrre l'evento dannoso (art. 41 co. 2 c.p.).

È dunque il rapporto di causalità l'elemento chiave che definisce la responsabilità del medico. In giurisprudenza l'analisi del rapporto eziologico è dominato dalla tradizionale "teoria condizionalista". Tale teoria sostiene, in sintesi, che è causa penalmente rilevante quella condotta che si pone come condizione necessaria – *conditio sine qua non* – nella catena degli antecedenti che concorrono a produrre il risultato e senza la quale l'evento, da cui dipende l'esistenza del reato, non si sarebbe potuto verificare. La verifica del nesso causale, secondo la teoria condizionalista, si basa essenzialmente su una sorta di "procedimento di eliminazione mentale". Poiché la condotta umana è condizione necessaria dell'evento se, mentalmente, eliminiamo tale condotta, ci dovremmo aspettare che, automaticamente, si elimini anche l'evento. Naturalmente è possibile utilizzare tale ricostruzione eziologica solo se si conosce *ex ante* il rapporto esistente tra una determinata condotta ed un determinato evento.

Come si sa la realtà è tuttavia più complessa di ogni ipotesi deterministica; per questa ragione, nel metodo scientifico, e nel suo linguaggio si preferisce usare il concetto di probabilità nella comparsa di un evento. Questa "incertezza" confligge con la logica del diritto, soprattutto se si considera quanto controversi possano essere, anche in campo scientifico, la lettura

dei dati che definiscono la probabilità scientifica di un fatto (e quanto poi lo siano soprattutto nelle scienze del comportamento umano!). Per questa ragione la sentenza della Corte costituzionale n. 364 del 1988 affianca il concetto della probabilità a quello della prevedibilità e prevenibilità delle conseguenze dannose: il medico risponde penalmente, solo se si poteva prevedere e prevenire il fatto-reato, conseguenza della sua condotta, in base a regole di generalizzata esperienza.

Il vero punto di riferimento sul tema della causalità è costituito ormai dalla così detta "Sentenza Franzese" – la Sentenza delle Sezioni Penali Unite della Cassazione (SS UU, sentenza dell'11 sett. 2002, n. 30328).

Questa sentenza ha stabilito che, riguardo allo specifico settore dell'attività medico-chirurgica e in tema di causalità nel reato omissivo improprio, devono essere enunciati i seguenti principi:

- «a) il nesso causale può essere ravvisato solo quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di un generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifico-universale o statistica, si accerti che, ipotizzando come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento hic et nunc, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva;*
- b) non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge di statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve valutarne la validità nel concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile».*

Questo secondo comma mette in evidenza la esigenza di una elevata credibilità dell'accertamento giudiziale. La sentenza esclude per la dimostrazione di un nesso causale qualsiasi valutazione aprioristica e di carattere meramente presuntivo. Il procedimento logico-deduttivo deve condurre alla certezza processuale, escludendo ogni interferenza di decorsi alternativi. Il giudizio prognostico deve essere rigoroso, basato sia su conoscenze scientifiche o statistiche, sia su conoscenze di carattere generale.

4.3. La responsabilità giuridica dello psichiatra

Allo psichiatra la società chiede, in modo pervasivo ed implicito, non solo una diagnosi ed una prognosi di malattia, ma anche una prognosi di condotta e una terapia, capace di condizionare la condotta stessa del paziente. Questa richiesta sociale è manifestamente eccessiva, come è pressoché immediato il richiamo alla "pericolosità per sé e per gli altri", se un paziente psichiatrico si suicida, o se procura lesioni o morte ad altri. Capita che

allo psichiatra si addebiti di non aver formulato la diagnosi corretta, di non aver fatto una prognosi attendibile, di non aver prescritto la terapia efficace a scongiurare un evento dannoso. Tuttavia prima di giungere a una condanna si dovrà dimostrare che è stato compiuto un errore medico e che l'errore è derivato da negligenza o imprudenza o imperizia, e che dall'errore è conseguita una condotta anomala del paziente, e da questa un danno alla persona.

Il problema della responsabilità giuridica dello psichiatra nei suoi termini essenziali finisce per essere il seguente: come da una condotta erronea (dello psichiatra) derivi una condotta anomala (del paziente). È evidente tuttavia come fattori a carattere soggettivo possano modificare questi due termini, cosicché la tipologia logico-deduttiva che giustifica l'accettazione di un nesso causale fra due eventi non è facile da dimostrare.

Se è vero infatti che possiamo ritenere che un trattamento psichiatrico inadeguato sia causa di un peggioramento della malattia del paziente, possiamo però anche domandarci se tale peggioramento si sia verificato per la naturale evoluzione della malattia, nonostante l'intervento psichiatrico, e non invece per causa di esso.

Complessivamente sembrerebbe che i giudici, negli ultimi tempi, tendano ad allargare sempre più l'area degli addebiti penali e civili in capo agli psichiatri. Come già esposto questo fenomeno può essere solo espressione di un trend più complessivo che riguarda l'intera area della medicina, oppure può indicare una specifica attenzione, in tema di salute mentale, ai temi dell'ordine pubblico e della insicurezza sociale percepita.

Sull'argomento esiste una ricca produzione della Giurisprudenza. Elencherò solo alcune tra le sentenze più significative emesse dalla Corte di Cassazione e da alcune Corti di Assise e di Appello:

- la Corte di Cass. Pen., sez. V, nel 1974, n. 128370, sancisce «... reato allorché manchi personale specializzato o si affidino i ricoverati a persone incompetenti e in numero inadeguato»;
- la Corte di Cass. Pen., sez. V, il 12/10/82, configura come perseguibile di «... reato di abbandono, il medico responsabile di un Centro di Igiene Mentale che si astenga da forme di intervento terapeutico nei confronti di affetto da turbe psichiche»;
- la Corte di Cass. Pen., sez. V, nel 1989, n. 183774, afferma che devesi intendere reato «... di cui art. 591 c.p.p., laddove gli incapaci[siano] lasciati in balia di personale inidoneo»;
- la Corte di Cass. Pen., sez. V, il 28/3/90, dichiara che «... l'esposizione a pericolo della persona abbandonata può essere virtuale e non resta esclusa dalla temporaneità, né dalla possibilità di eventuali soccorsi»;

- la Corte di Cass. Pen., sez. V, il 30/11/1993, spiega che «... ogni abbandono diventa pericoloso e l'interesse risulta violato quando la derelizione sia anche solo relativa o parziale»;
- la Corte di Cass. Pen., sez. V, il 21/9/95, afferma che «... ai fini della configurabilità del reato è sufficiente una mancata prestazione di cure temporanee e indipendente da un particolare animus derelinquendi»;
- la Corte di Cass. Pen., sez. V, nel 1995, n. 203004, precisa che «... risponde del delitto chi omette di intervenire o di fare intervenire persone idonee ad evitare il pericolo stesso»;
- la Corte di Cass. Pen., sez. V, il 22/1/1998, n. 4447, definisce come «... reato di abbandono qualunque azione o omissione che contrasti con il dovere giuridico di cura e custodia»;
- la Corte di Cass. nella sentenza n. 11024 del 22/10/1998, nel ricordare la fattispecie di uno psichiatra di un carcere che non ha diagnosticato una malattia necessitante un intervento chirurgico, definisce i limiti discrezionali della diagnosi medica;
- la Corte di Cass. Pen. Sez. IV, il 12/4/2005, n. 13241, sentenza che il fondamento delle norme del Trattamento Sanitario Obbligatorio risiede nella "pericolosità del paziente";
- la Corte d'Appello di Bologna nel 1° luglio 1975 esclude la responsabilità dello psichiatra nel caso di un paziente che si era suicidato;
- la Corte d'Assise di Parma nel 16 novembre 1981 esclude la responsabilità dello psichiatra nel caso di un paziente che si era allontanato dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e aveva ucciso la moglie.

Alcune sentenze meritano, a mio modo di vedere, una particolare attenzione.

Il Tribunale di Ravenna, il 29/09/2003 assolve uno psichiatra, accusato di omicidio e di lesioni personali colpose, a seguito del suicidio del paziente che aveva in cura.

L'assoluzione viene giustificata dal giudice con «l'impossibilità di sottoporre lo stesso paziente ad una continua e stretta sorveglianza» nonché con un ragionamento decisamente tecnico-scientifico: «la responsabilità professionale nel settore degli interventi psichiatrici va doverosamente affrontata in modo diverso e con maggiore rigore probatorio rispetto agli altri campi della medicina, con riferimento al minor grado di certezza che nella psichiatria si è raggiunto, rispetto alle conoscenze acquisite negli altri settori della stessa scienza». Da un lato lo psichiatra va assolto perché dopo la chiusura dei manicomi manca la concreta possibilità di una stretta sorveglianza-vigilanza; dall'altro, perché la psichiatria è ancora una scienza altamente imperfetta (o più imperfetta di altre, più aleatoria di altre) e per-

tanto anche una cura eventualmente sbagliata o opinabile, che non riesca ad evitare il suicidio, non è di per sé sola sufficiente a manifestare mancanza di diligenza medico-professionale.

Vale la pena di citare poi il Tribunale di Brindisi, una cui sentenza riguarda una serie di suicidi avvenuti in un reparto psichiatrico. Secondo il tribunale pugliese *«non rispondono di omicidio colposo i medici, gli infermieri, il direttore del servizio dipartimentale di salute mentale, il direttore sanitario nonché il coordinatore sanitario i quali abbiano ommesso, ciascuno per le proprie funzioni, di adottare le misure atte ad impedire i ripetuti suicidi di pazienti ricoverati nel reparto di psichiatria, essendo ormai al tramonto, a seguito della l. 180/78, quella visione della malattia mentale che si traduce nell'assistenza al malato, estrinsecantesi fundamentalmente nella vigilanza stretta del medesimo al fine di impedire che possa arrecare danno a se stesso e agli altri e prevalendo ormai un'assistenza principalmente di tipo terapeutico»*.

Nel novembre del 2003, viene emessa una sentenza della Cassazione (Cass. Pen., sez. IV, 4 marzo 2004, n. 10430), assai conosciuta, che conferma la condanna del direttore di una casa di cura milanese ritenuto responsabile del reato di omicidio colposo per la morte di una propria paziente ricoverata volontariamente e affetta da sindrome depressiva, suicidatasi per defenestrazione all'esterno della casa di cura *«... Alla base della causa eccezionale sopravvenuta vi è stata la condotta colposa del medico, che non rappresentando adeguatamente i rischi di recidiva dei tentativi di suicidio e non indicando all'accompagnatrice le cautele atte ad evitare gesti autodistruttivi, ha posto egli stesso in essere le condizioni idonee al verificarsi della condotta che ha reso possibile l'evento suicidiario»*.

È di nuovo la IV Sezione della Cassazione che condanna due psichiatri dell'Istituto psichiatrico di Pisa per omicidio colposo, con sentenza emessa il 12 gennaio 2005 (depositata il 12 aprile 2005). Trattasi del suicidio per impiccagione nel bagno del reparto di un paziente sottoposto a TSO.

La motivazione della sentenza è interessante perché la Corte limita espressamente la possibilità di ravvisare in capo allo psichiatra la sussistenza di una posizione di garanzia al solo caso in cui il paziente sia sottoposto a TSO. *«Osserva questa Corte che indiscutibilmente, essendo C soggetto a trattamento sanitario obbligatorio, esiste la posizione di garanzia a carico dei medici della struttura (...) In tali casi dunque, in deroga al volontarismo che ha ispirato la legge 180/1978 che ha ritenuto di trasfondere in legge ordinaria il principio dettato dall'art. 32 co 2 Cost. in ordine alla libertà di cura (...) è consentita la limitazione della libertà personale a tutela del paziente stesso (ed in via riflessa eventualmente dei terzi) e tale tutela, a fronte di una situazione di gravità estrema e di mancata collaborazio-*

ne del soggetto che non aderisca al trattamento volontario non può non effettuarsi che attraverso la custodia del soggetto e se del caso attraverso la contenzione».

In realtà, in tema di contenzione, altro era apparso l'atteggiamento della Suprema Corte. Si veda, ad esempio, il caso della Sentenza della Corte di Cassazione del 17/10/1990 che concerne il "Trattamento Sanitario Obbligatorio e Contenzione fisica in psichiatria". Contestando la giustificazione di atti coercitivi, nei casi in cui lo stato mentale del paziente non avverta la privazione della libertà, la Corte di Cassazione così si esprime: *«Ai fini della configurazione del reato di sequestro di persona deve prescindersi dall'esistenza nell'offeso di una capacità volitiva di movimento ed istintiva di percezione della privazione della libertà, per cui il delitto anche nei confronti di infermi di mente e di paralitici».* In questo modo la Cassazione ha evidenziato che la persona è da considerarsi libera non in quanto abbia capacità di muoversi, ma in quanto sia assente ogni coercizione che sottragga il suo corpo a ogni possibilità di movimento nello spazio. In definitiva se allo psichiatra si può eventualmente attribuire una funzione di "controllo sociale", questa va intesa come mediazione fra diverse spinte sociali contrapposte e come mantenimento di adeguati livelli di omeostasi sociale, ma non come una funzione di "controllo sociale disciplinare", che è tipica invece delle istituzioni primariamente deputate al controllo sociale (polizia, carabinieri, ecc). Si legge nella sentenza che la soppressione dei manicomi ha indubbiamente variato il profilo di responsabilità degli psichiatri, poiché questi si trovano spesso nelle condizioni di non poter impedire un evento, dal momento che l'uso della forza sul paziente è condizionato dalla presenza di molteplici e pericolosi fattori. Tuttavia la Corte di Cassazione precisa che *«... l'uso legittimo della forza fisica è limitato ai casi di stretta necessità, per sottrarre l'incapace al pericolo di gravi danni».* Sarà il caso concreto, analizzato di volta in volta dai giudici, a dire, se e in quale misura, lo psichiatra possa essere responsabile delle condotte lesive o auto-lesive del paziente che ha in cura.

7. I documenti

1. Attestati di solidarietà nei confronti di Franco Basaglia e Antonio Slavich

di Domenico Casagrande e Ernesto Venturini

1.1. Anni 1968 e 1971

Gli attestati qui raccolti sono stati indirizzati a Franco Basaglia a Gorizia, poco dopo l'evento delittuoso perpetrato da Mikulus, e a Franco Basaglia e ad Antonio Slavich a Colorno nel 1971, dopo la loro incriminazione da parte del Pubblico Ministero. Il materiale raccolto avrebbe potuto essere utilizzato dalla difesa in sede processuale, ma ciò non avvenne, se non in minima parte e senza alcun riflesso apparente sul procedimento, poiché i giudici evitarono di entrare nel merito del processo di cura attuato nell'ospedale psichiatrico. Si tratta di un materiale inedito affidato da Slavich a Casagrande. Qui viene pubblicato per la prima volta per far emergere il clima culturale e politico di quegli anni e per dare risalto al peso svolto nella vicenda dalla "opinione pubblica": un ruolo fondamentale per non fare arretrare il processo di cambiamento istituzionale cominciato a Gorizia. Naturalmente il numero degli attestati è maggiore di quello qui esibito: per non far torto agli assenti precisiamo che pubblichiamo il solo materiale inviato a Colorno e che da Basaglia, tramite Slavich, è stato consegnato a Casagrande.

1.2. Anno 1968

Quando nel settembre del 1968 avviene l'"incidente Miklus", l'esperienza di Gorizia sta attraversando un momento particolarmente felice. In

aprile è stato pubblicata presso Einaudi "L'istituzione negata". Il libro ha avuto un prestigioso riconoscimento, nell'estate, con il "Premio Viareggio" di saggistica. La prima edizione si è esaurita rapidamente e il libro è diventato un "testo cult", non solo per l'universo della psichiatria e della psicologia, ma per tutti coloro che avvertono la necessità di un mutamento profondo delle istituzioni. Ma improvvisamente si apre una fase molto difficile e critica: un paziente, durante un permesso, uccide la propria moglie. Il dolore e l'emozione per un evento così drammatico aprono naturalmente una riflessione sulla dinamica dell'evento, per cercare di capirne le ragioni e per individuare gli errori. Ed è altrettanto naturale che venga avviato un procedimento giudiziario per chiarire se vi siano state delle responsabilità. Ma appare evidente tuttavia che l'evento sarà strumentalizzato da chi si è sempre opposto al cambiamento e che lo scontro sarà particolarmente aspro senza esclusione di colpi. Basaglia è consapevole che sarà decisivo lo schieramento che scenderà in campo a difendere l'esperienza di Gorizia. Per questo motivo si attiva e richiede manifestazioni di solidarietà, anche se in realtà sono numerose le persone che, spontaneamente, sentono il bisogno di manifestare il loro appoggio a Basaglia e a tutto il gruppo dei goriziani.

Fra questi particolarmente affettuoso e sollecito si dimostra Giulio Maccacaro, direttore dell'Istituto di Statistica Medica e Biometria della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Milano e direttore del Centro per le Applicazioni Biomediche del calcolo elettronico «... *Apprendo da comuni amici le preoccupazioni che, in questi giorni, assillano te, i tuoi collaboratori e i tuoi malati. Come chiunque sappia veramente di voi, le condivido con affettuosa partecipazione. Penso che se saremo un po' più civili sarà anche per merito vostro*».

Anche lo scrittore Carmelo Samonà, docente Universitario alla Facoltà di Magistero di Roma, uno dei più importanti ispanisti italiani, scrive a Basaglia: «*Ho seguito fin dall'inizio la nota vertenza giudiziaria dell'Ospedale di Gorizia. E ho esitato a scrivertene, perché, certo, la mia solidarietà può valere poco per te dal punto di vista strettamente pratico. Ma sono sempre più preoccupato per la situazione italiana e di tutta la nostra cultura, e ad un certo punto mi sono convinto che il tuo problema, al di là della contingenza di questa odiosa e clamorosa imputazione, è un po' il nostro problema e di tutti quelli che la pensano come noi e lavorano nelle strutture dello Stato. Perciò voglio che tu sappia, se ce ne fosse bisogno, che la mia solidarietà per te in questa circostanza è piena e assoluta. Tieni conto del fatto che siamo, qui al Magistero e all'Università di Roma, un gruppo di docenti e assistenti certamente piccolo di numero ma molto compatto; e che in qualsiasi momento puoi contare su una nostra qualsiasi azione*».

Un'altra persona che sente il bisogno di manifestare la sua solidarietà è Diego Napolitani, psichiatra e membro associato della Società Psicoanalitica Italiana, che ha fondato e dirige la comunità terapeutica "Villa Serena", una esperienza d'avanguardia: *«Carissimo Franco, seguiamo da vicino le tue recenti vicende... giudiziarie e vi partecipiamo molto sentitamente tutti noi, pazienti e personale, sia di questa che dell'altra comunità (quella privata). Nell'essere con te protagonisti del "rischio", elevati a funzione delle dignità umane, ti comunichiamo la nostra ammirazione, la nostra solidarietà e il nostro affetto, e ti auguriamo – o meglio – ci auguriamo che l'ulteriore sviluppo delle cose asseconi i tuoi sforzi».*

L'eco degli avvenimenti approda alla Camera dei Deputati dove alcuni gruppi parlamentari si fanno promotori di una interrogazione al Ministero della Sanità. Aldo Natoli, parlamentare del PCI, si premura di scrivere a Basaglia: *«Caro Basaglia, sono molto lieto di fare la sua conoscenza in questa occasione. Insieme ad altri colleghi, ho presentato una interrogazione. Ho esitato di fronte a questo testo di interpellanza, perché avrei voluto prima conoscere la sua opinione. Le sarei grato se lei volesse scrivermene liberamente. Può indirizzarlo qui a Montecitorio. Naturalmente avrei grande interesse a conoscerla personalmente...».*

Riportiamo integralmente il testo della interpellanza:

CAMERA DEI DEPUTATI Roma, 30 ottobre 1968
INTERPELLANZA

Al Ministro della Sanità

per sapere se, davanti ai gravi recenti episodi di esplicita ostilità di organi periferici del potere pubblico, contro le terapie d'avanguardia nel campo delle malattie mentali e contro le iniziative rivolte a chiedere una coraggiosa riforma psichiatrica, episodi di ostilità culminati con l'aberrante procedimento giudiziario contro il prof. Basaglia, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, non ritenga indispensabile promuovere una azione di governo rivolta a:

1) varare un piano di risanamento e di espansione dei servizi psichiatrici, rivolto ad eliminare il sovraffollamento degli istituti di ricovero ed il grave fenomeno della promiscuità dei malati mentali di ogni tipo e grado;

2) promuovere condizioni per cui nessun malato mentale venga più abbandonato nell'odierna condizione di esclusiva segregazione, di inerzia fisica o peggio ancora di coercizione e di violenza, nella generalizzata rinuncia ad ogni tentativo di cura come invece sarebbe sempre più possibile in base ai criteri della tecnica più aggiornata;

3) assumere come parametro fondamentale della riforma psichiatrica la cancellazione totale di ogni differenziazione tra i problemi della salute mentale e quel-

li della salute in generale, eliminando nei fatti il vergognoso atteggiamento della nostra società verso la malattia mentale, derivante in parte dalla sopravvivenza di posizioni medievali di paura e di colpa, ma soprattutto dal fatto che un ordinamento sociale fondato sul profitto rifiuta e tende ad eliminare i deboli ed i minorati;

4) favorire lo sviluppo di servizi psichiatrici fondati sulla continuità terapeutica e dunque sulla unità e indivisibilità delle cure ospedaliere con quelle extra-ospedaliere,

esprimendo pertanto con tale azione solidarietà ed appoggio all'opera degli psichiatri italiani più impegnati nella auspicata opera di rinnovamento e contribuendo in tal modo a respingere direttamente o indirettamente l'azione persecutoria che contro di essi si esercita ad opera della forze più retrive e conservatrici della nostra società.

E questo è il testo della risposta del Ministro della Sanità, Luigi Mariotti:

Ministero della Sanità Roma, 2 gennaio 1969

Oggetto: Interrogazione a risposta scritta N. 674

La S.V. Onorevole ha presentato la seguente interrogazione con richiesta di risposta scritta:

"Al Ministro della Sanità. Per sapere se intenda riferire sulle circostanze e i fatti che stanno alla base della decisione del giudice istruttore di Gorizia che ha incriminato per "omicidio colposo" il direttore dell'Ospedale Psichiatrico, professor Franco Basaglia.

L'interrogante, a prescindere dal contestabile fondamento giuridico della incriminazione in parola, chiede se il Ministro non ritenga che l'episodio si presti ad essere strumentalizzato contro tutto un gruppo di studiosi che stanno sperimentando una terapia moderna e particolarmente civile nel campo della psichiatria, mentre in questo settore della medicina del nostro Paese mantiene strutture arcaiche e inadeguate e metodi di cura di carattere repressivo che ritardano la guarigione dei pazienti e ostacolano il loro reinserimento nella società".

Si risponde quanto segue.

Il 27 settembre scorso, un paziente dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Gorizia, ricoverato fin dal 1951, in occasione di un permesso giornaliero concessogli dall'Autorità sanitaria dell'Ospedale stesso, uccideva la propria moglie. Datosi alla fuga veniva poi rintracciato dalla polizia soltanto dopo due giorni di ricerche e successivamente inviato in manicomio criminale. Il predetto ricoverato era stato accompagnato al domicilio con un automezzo da un infermiere dell'ospedale e affidato ai famigliari.

Il Ministero di Grazia e Giustizia, interessato della questione, ha comunicato che il giudice istruttore presso il Tribunale di Gorizia procede, con istruttoria formale tuttora in corso, contro il summenzionato ricoverato per il delitto di omicidio volontario ai sensi degli art. 575 e 577 c. p. Nessuna imputazione è stata, invece, fino ad oggi elevata a carico del professor Basaglia, Direttore dell'Ospedale in

questione. Comunque questa Amministrazione fa presente che in ordine ai nuovi orientamenti sull'assistenza psichiatrica ed alle nuove metodiche per realizzarli, la socioterapia costituisce uno dei cardini di trattamento psicoterapeutico. Rientra pertanto fra tali metodiche e nel quadro di tali nuovi orientamenti il sistema di socioterapia adottato dal prof. Basaglia nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia.

Per quanto attiene alle dimissioni in via di prova, esse vengono, contemplate dal regolamento di cui al R.D. 16.8.1909; n. 615 art. 64-65-66 ed il direttore è responsabile di dette dimissioni. Ai fini di realizzare il reinserimento sociale degli infermi mentali dimessi si rende indispensabile che vengano effettuate tali dimissioni in via di esperimento. Si ritengono pertanto regolari i provvedimenti effettuati dalla Direzione dell'Ospedale in questione per quanto attiene alle metodiche socio terapeutiche e alle dimissioni in via di esperimento.

In ordine al doloroso caso verificatosi il 27 settembre scorso, si esprime l'avviso che esso non può inficiare una metodica di trattamento psico-terapeutico postulata dai cultori della materia o dagli esperti dell'MS, né modificare le norme di legge sopracitate, in ordine alle dimissioni in via di esperimento, pur configurandosi in dette dimissioni un rischio potenziale.

D'altra parte la liberalizzazione dei ricoverati psichiatrici sancita dalla nuova legge 18. 3. 1968, n. 431 sottolinea tale profonda esigenza pur essendo evidente il maggior rischio di tali dimissioni e la evidente maggiore responsabilità che incombe sui direttori degli Ospedali psichiatrici. Infatti questo Ministero ha già predisposto una circolare diretta ai Medici Provinciali con la quale vengono richiamate le precedenti disposizioni impartite per il problema in argomento e la loro particolare attenzione, in qualità di Presidenti di dette Commissioni, al fine di esercitare nel rispetto della legge e dei nuovi orientamenti di liberalizzazione dell'assistenza psichiatrica la più stretta ed oculata vigilanza.

Il Ministro

Come si vede il Ministro, pur sottolineando l'autonomia della magistratura, evidenzia come i provvedimenti della Direzione dell'Ospedale siano stati regolari per quanto attiene alle metodiche socio terapeutiche e alle dimissioni in via di esperimento. Non si tratta di una semplice opinione personale: si tratta di un parere tecnico, fondato evidentemente su conoscenze specifiche ed espresso da una fonte autorevole. Ma ciò che è interessante è che, sia nella interrogazione, che nella risposta del Ministro, emerge la rilevanza istituzionale della materia in questione. C'è un giudizio consolidato, assolutamente critico verso lo stato degli ospedali psichiatrici, che si trovano in una condizione ingestibile e non recuperabile con interventi parziali o locali. La problematica esige necessariamente provvedimenti legislativi di rilevante portata. Gli interventi dovranno essere in sintonia e in continuità con quelli già promulgati dalla legge sulle "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica" del 18 marzo 1968 n. 431, soprannominata legge stralcio o legge Mariotti, che ha consentito il ricovero volontario dei pazienti psichiatrici.

È opportuno ricordare, in proposito, il rilievo fondamentale svolto da Basaglia e da tutto il gruppo goriziano proprio per la promulgazione di questa legge, spesso misconosciuta nella sua portata rivoluzionaria. Luigi Mariotti era stato attivamente coinvolto nella conoscenza dell'esperienza di Gorizia.: aveva infatti visitato l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, prima della promulgazione della legge, invitato dall'allora Assessore Regionale alla Sanità del Friuli Venezia Giulia, avvocato Cesare Devetag. Si capisce pertanto come, al di là dell'ufficialità degli atti, il Ministro senta il bisogno di comunicare direttamente con Basaglia inviandogli la seguente lettera:

Roma, 29 novembre 1968

Egregio Professore,

riscontro la Sua lettera dell'8 u.s., e sono veramente spiacente dello infortunio occorso, nonché del pretesto che da esso si vuol cogliere per evitare un necessario ed indilazionabile radicale rinnovamento strutturale, terapeutico e di valutazione sociale nel settore psichiatrico. Al riguardo, la mia opinione è ben nota a Lei ed a quanti hanno particolare conoscenza del problema. È sufficiente un rinvio alla lettura delle norme proposte, e dell'annessa "relazione illustrativa", per la riforma psichiatrica di cui, quale Ministro per la Sanità, assunsi l'iniziativa.

Nel formularLe i miei migliori auguri, Le invio molti cordiali saluti.

(Luigi Mariotti)

In questa delicata fase tuttavia Basaglia ha bisogno però anche del parere favorevole dell'establishment scientifico. Per questa ragione sollecita il parere di due suoi "maestri", luminari della psichiatria dell'epoca: Maxwell Jones e Georges Daumezon.

Lo psichiatra Maxwell Jones è un innovatore carismatico, l'ideatore della prima comunità terapeutica, creata nel 1952 nell'Ospedale Dingleton di Melrose in Scozia, in Inghilterra, con l'obiettivo di far partecipare e responsabilizzare i pazienti nella gestione dell'istituzione psichiatrica in cui erano ospitati. Franco Basaglia aveva conosciuto direttamente Maxwell Jones, durante una visita all'Ospedale di Dingleton qualche anno prima. Tra i due rimarrà sempre vivo un rapporto di grande rispetto e considerazione.

Georges Daumezon, direttore, prima, dell'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Anne e, successivamente, di quello di Henri-Rousselle a Parigi, ha svolto un ruolo fondamentale nella storia della psichiatria francese, per essere stato un promotore della così detta psicoterapia istituzionale (la "psychothérapie institutionnelle"). Questo metodo ha cercato di trasformare l'ospedale psichiatrico in una istituzione terapeutica, cambiando, di conseguenza, la condizione di vita dei ricoverati.

Riportiamo il testo integrale delle due lettere.

Telephone No. 2727

Dingleton Hospital (For Nervous and Mental Disorders)

SCOTLAND 25th October, 1968.

Dr. Franco Basaglia,
Gorizia, Italy.

Dear Franco,

I have just received your letter and hasten to reply.

There is, in my opinion, ample evidence that therapeutic community practice has become an integral part of psychiatry, both in the U.S.A. and in the U.K. during the last few years. The Universities and other progressive psychiatric departments have almost universally adopted a more democratic egalitarian approach to the treatment of patients and adopted many of the principles of a therapeutic community. The general feeling is that patients can do a great deal to help patients and that they should be allowed to have as much responsibility as they are able to assume at any particular time in their treatment. Moreover, the sharing of responsibility by staff ensures that they have a much greater investment in carrying out decisions and assuming responsibility.

The therapeutic community approach has been compared frequently with the psycho-analytic movement as the two most important developments in modern psychiatry. To leave the final authority to the doctor is still the accepted practice in the U.K. and the U.S.A. but such final decisions are much more likely to be balanced and wise if the opinions of the relevant people, both patients and staff, have first been taken into account. In my experience, the more these therapeutic community principles are carried out, the less unrest and violence does one see in the patient population.

With warm regards. Yours sincerely,

Maxwell Jones
Physician Superintendent.

PREFECTURE DE PARIS HOPITAL HENRI-ROUSSELLE

Dr G. DAUMEZON MÉDECIN EN CHEF

Paris le 25 novembre 1968

Monsieur le Docteur Franco BASAGLIA
Hôpital Psychiatrique Provincial Gorizia (Italie)

Mon cher Ami,

C'est bien volontiers que je vous apporte mon témoignage sur la réalité des communautés thérapeutiques et plus particulièrement de votre expérience.

Le mot de Communauté thérapeutique a été utilisé à ma connaissance pour la

première fois par les Anglais et en particulier par Maxwell Jones pour désigner, soit des hôpitaux, soit des portions d'hôpitaux, soit des portions d'institutions dont l'organisation globale était conçue comme moyen de traitement.

Cette manière de voir se distingue de la position traditionnelle qui considère chaque malade isolément et pense que le traitement de chacun doit se concevoir uniquement par des procédures individuelles, soit biologiques: médicaments, soit de psychothérapie: relation de chaque malade avec son médecin, soit encore prescription pour chaque malade d'un régime de vie particulier à l'intérieur de l'institution de soins.

La communauté thérapeutique consiste au contraire à considérer que le malade baignant dans ce nouveau milieu qu'est pour lui l'hôpital, le climat et la vie sociale de cet ensemble sont des éléments essentiels de traitement.

Si le mot de communauté thérapeutique a été utilisé, c'est essentiellement dans les pays anglo-saxons. Des mouvements analogues se sont développés dans la plupart des pays évolués soit en même temps, soit quelquefois même avant les initiatives de Maxwell Jones.

En ce qui concerne la France ces initiatives sont désignées d'ordinaire par l'expression psychothérapie institutionnelle, ce mot indiquant que la structure de l'institution soignante doit être utilisée pour le traitement psychothérapeutique du sujet. Le mouvement remonte aux années de guerre et à la période d'après-guerre. Dans une conférence de 1947 au groupe de l'Evolution Psychiatrique, je résumais ce point de vue en indiquant qu'on pouvait considérer que la thérapeutique institutionnelle réalisait en une certaine manière une "Communion des Saints" où médecins malades et personnels de tous ordres participaient au traitement, où les communications devaient être organisées de façon à permettre à chaque malade de tirer parti des expériences des autres à travers ce que lui en apportait le groupe.

Les orientations sont évidemment variées entre les diverses communautés thérapeutiques ou les diverses institutions se consacrant à la psychothérapie institutionnelle. C'est ainsi que dans certains groupes français notamment (mais tous les groupes français ne se rallient pas à cette perspective) le modèle théorique auquel on se réfère est celui de la psychanalyse, le travail thérapeutique consistant essentiellement en une interprétation psychanalytique des réactions de groupe et éventuellement des réactions de chaque malade dans le groupe, l'aménagement de la vie de l'hôpital ayant pour but de faciliter les attitudes significatives des malades de manière à permettre plus facilement leur interprétation.

Mais d'autres orientations existent qui insistent davantage sur les facteurs proprement sociologiques, analysent les diverses structures sociales de l'hôpital et la position du malade dans cet ensemble. Il existe aussi des orientations plus directives.

Mais en tout état de cause et quelle que soit la référence adoptée, il est impérieusement nécessaire, dans la perspective des tenants de ces divers courants, que le malade trouve à l'hôpital un cadre de vie non répressif, le maniement des réactions du sujet étant l'essentiel de l'activité thérapeutique de la communauté. D'autre part, le but de la thérapeutique étant la réinsertion sociale, à l'inverse des conceptions traditionnelles qui faisaient de l'institution un petit monde clos, la

comunità terapeutica s'ouvre sur l'extérieur et recherche au contraire de constants échanges entre ses membres, des malades au médecins, et des membres de la communauté extérieure.

Personnellement, j'ai joué un certain rôle dans le développement d'initiatives de cet ordre en 1944 et 1951 et je n'ai cessé depuis de m'intéresser à ces divers problèmes. Si les services qui m'ont été confiés ne m'ont pas permis de poursuivre les expériences de psychothérapie institutionnelle, j'ai participé activement au mouvement qui a multiplié ces initiatives. J'ai suivi les efforts de l'équipe de Gorizia au cours de ces dernières années demandant au Docteur Basaglia et à ses collaborateurs de venir exposer leur pratique aux médecins français qui s'intéressent à ces questions. C'est ainsi qu'au printemps dernier, sur mon invitation, Monsieur Basaglia a fait, dans le cadre du cercle d'Etudes Psychiatriques, une conférence sur la Communauté Thérapeutique de Gorizia à l'hôpital Sainte-Anne. D'autre part, il était amené à participer à de multiples échanges et en particulier au Colloque de Courchevel.

Dans le mouvement général de la psychothérapie institutionnelle et des communautés thérapeutiques, l'expérience de Gorizia a une originalité propre recon- nue de tous et a valeur de témoignage.

Daumézon

Maxwell Jones sottolinea naturalmente l'alto valore di cura della comunità terapeutica, facendo rilevare come con questo metodo diminuiscano anche gli atti di violenza dei pazienti. Con questa opzione cambia però anche il potere assoluto del medico: la responsabilità viene condivisa tra lo staff e i pazienti e le decisioni in genere sono più sagge ed equilibrate. Anche Daumézon parla della comunità terapeutica, facendo rilevare che, pur con alcune significative differenze tra la Francia e il Regno Unito, di fatto ci si muove ormai in tutto il mondo verso una stessa direzione, che è poi la stessa assunta dai goriziani: il paziente deve trovare nell'ospedale una situazione non repressiva, poiché solo così può svolgere il suo ruolo nell'attività terapeutica della comunità. Inoltre Daumézon fa presente che è insito nel processo terapeutico l'apertura verso l'esterno dell'ospedale, la ricerca di uno scambio costante con i familiari e con la società. Riconosce infine all'esperienza di Gorizia originalità e alto valore scientifico.

Tra il materiale è anche presente una lettera di Christian Müller, Direttore della Clinica Psichiatrica Universitaria di Losanna. All'epoca questo istituto aveva un notevole credito nel mondo scientifico internazionale per il rigore metodologico e per l'impegno nel campo della ricerca scientifica. L'impianto complessivo dell'istituto è tuttavia tradizionale, sia nell'uso della farmacologia, che in quello delle psicoterapie. Müller in sostanza non mette in discussione il valore terapeutico dell'ospedale psichiatrico, che critica nella sua inumanità, ma che ritiene si possa modernizzare. La lettera assume importanza, proprio perché, pur sottolineando le differenze ideolo-

giche (intese come diverse concezioni scientifiche), Müller riconosce a Basaglia e a tutta l'esperienza goriziana un grande valore umano e scientifico. In questa prospettiva l'evento criminoso deve essere letto come un fatto isolato, che non incrina la bontà del metodo scelto.

Müller dichiara in chiusura la propria ammirazione per il coraggio di Basaglia.

Si riporta, dunque, il testo della dichiarazione:

D^R CHRISTIAN MÜLLER PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE DIRECTEUR DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE LAUSANNE

D é c l a r a t i o n

Connaissant le Professeur Basaglia et l'Hôpital psychiatrique de Gorizia, je désire prendre position en ce qui concerne le crime qui a été commis par un malade de son hôpital.

Tout d'abord je dois pourtant faire une remarque préliminaire: je ne partage pas entièrement l'idéologie du Professeur Basaglia et je tiens à souligner que je ne partage pas non plus à tous les égards son point de vue théorique concernant les maladies mentales et leur traitement.

Ceci dit il me semble important de relever que le travail accompli par le Professeur Basaglia jusqu'à présent dans son hôpital à Gorizia a une grande valeur. Je me sens absolument solidaire avec lui, et je l'appuie 100% lorsqu'il dit que depuis des générations et dans beaucoup de pays le malade mental, à tort, a été traité de façon inhumaine, qu'on a prolongé sans raison suffisante des hospitalisations qui n'étaient rien d'autre que des séquestrations, et qu'il est grand temps de moderniser et de modifier de façon radicale nos hôpitaux psychiatriques. Le Professeur Basaglia n'a pas hésité à mettre toute son énergie à l'oeuvre pour réaliser ce projet. Il a secoué les consciences endormies de beaucoup d'entre nous, et ainsi il est devenu un ferment nécessaire à une restructuration de nos institutions psychiatriques. Il s'est engagé totalement et n'a reculé devant aucun obstacle pour atteindre son but qui, répétons-le, est un but idéal et profondément humain.

Il faut d'ailleurs dire que le Professeur Basaglia n'est pas le seul, dans le monde, à avoir ouvert un hôpital psychiatrique et à avoir libéralisé un régime hospitalier. En Angleterre, par exemple, d'après les derniers renseignements recueillis, un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques ne possèdent plus de divisions fermées et il y a un passage tout à fait libre entre l'hôpital et l'extérieur.

Quant au crime commis par un malade, il faut reconnaître que c'est malheureusement aussi un fait qui n'est pas isolé et qui peu arriver même dans un hôpital des plus classique et des plus traditionnel. Ces années passées, en Suisse également, nous avons eu plusieurs procès où des malades étant sortis d'un hôpital psychiatrique avaient commis des crimes majeurs et où l'opinion publique avait accusé le médecin-directeur responsable d'avoir permis une sortie prématurée. A ma connaissance pourtant ces procès se sont soldés par des non-lieux en ce qui con-

cerne l'accusation portée contre le psychiatre. Certaines réactions d'anciens malades mentaux, stabilisés dans le cadre hospitalier, sont en effet imprévisibles.

La contrainte froide et impersonnelle dans une division fermée d'un hôpital psychiatrique, où le malade a peu de contact avec autrui, ne peut que renforcer en lui un sentiment de revendication et favoriser des actes asociaux.

La communauté thérapeutique que le Professeur Basaglia a introduite à Gorizia est une tentative de résoudre les conflits dans le cadre d'un groupe et de faire bénéficier le malade de tous les éléments positifs qu'une collectivité peut donner.

En résumé je peux donc dire encore une fois ceci: il me semble erroné de vouloir attribuer un fait isolé, comme celui d'un crime commis par un malade mental, à un système hospitalier particulier. Malgré tout ce qui me sépare du point de vue idéologique du Professeur Basaglia, je désire témoigner de ma grande admiration pour son courage, son esprit de pionnier et de précurseur, ainsi que pour son dévouement total à la cause du malade mental.

prof. C. Muller

1.3. Anno 1971

Il 29 gennaio 1971 il PM del Tribunale di Gorizia dichiara il non doverci procedere nei confronti di Miklus Alberto, ne ordina il ricovero in un manicomio giudiziario (peraltro già instaurato) per un minimo di cinque anni e ordina il rinvio a giudizio di Basaglia e Slavich per rispondere del delitto di cooperazione in omicidio colposo. La richiesta avviene a quasi due anni e mezzo di distanza dall'evento e in qualche modo sorprende, perché, decantata la prima fase di forte impatto emotivo, molti segnali lasciavano presagire una caduta delle accuse rivolte al personale medico.

Basaglia e Slavich hanno intanto lasciato Gorizia e si trovano all'Ospedale Psichiatrico di Colorno a Parma, insieme a Lucio Schittar. Basaglia è da poco rientrato da un soggiorno di studio di circa sei mesi presso il Community Mental Health Center del Maimonides Hospital di Brooklyn a New York. Ma anche altri membri dell'équipe goriziana del 1968 si sono trasferiti: Giovanni Jervis e Letizia Jervis Comba sono a Reggio Emilia, Agostino Pirella, dal giugno 1971, è stato chiamato a dirigere l'OPP di Arezzo. È iniziata una sorta di frammentazione centrifuga del gruppo goriziano iniziale, una diaspora che esprime la vitalità di un movimento, teso a diffondersi sempre più. A Gorizia dal 20 luglio 1971 è rimasto a dirigere l'ospedale aperto Domenico Casagrande, circondato da una nuova generazione di medici, che devono mantenere il processo instaurato e farlo progredire in un contesto resosi particolarmente difficile, sia all'esterno, che all'interno dell'ospedale. In questo clima una condanna di Basaglia potrebbe comportare un effetto particolarmente negativo per tutto il processo di

cambiamento istituzionale avviato a Gorizia e in altre parti d'Italia. La posta in gioco è alta: si capisce pertanto quanto intensa sia l'ondata di mobilitazione, che spontaneamente si viene costruendo in quei giorni.

Già l'accusa di cooperazione in omicidio colposo rivolta ai medici per un delitto commesso dal paziente suscita scalpore, poiché risulta del tutto inusuale, anche se desumibile dalla legge allora in vigore. Ma è evidente che l'imputazione si muove su una logica chiaramente repressiva contro il processo di cambiamento avviato all'OPP di Gorizia. Si percepisce la "forzatura" del coinvolgimento dei medici: la dimissione in prova dei pazienti era una pratica ormai collaudata da anni, e non nel solo ospedale di Gorizia, inoltre l'evento delittuoso non poteva essere prevedibile, come chiaramente aveva sottolineato lo stesso perito del Tribunale.

La notizia del rinvio a giudizio viene data al telegiornale delle 20 del giorno 13 febbraio e ripresa con particolare risalto dai maggiori quotidiani (è particolarmente ampio e documentato l'articolo di Zincone sul "Corriere della Sera"); la notizia sarà ripresa anche dalla stampa internazionale (si veda, ad esempio, l'articolo su "Le Monde" del 20 febbraio).

Gli attestati di solidarietà sono spontanei e non sollecitati e sono certamente molto più numerosi di quelli in nostro possesso (che si limitano, come già precisato, ai soli messaggi giunti a Colorno e non, ad esempio, a quelli giunti nell'abitazione di Basaglia a Venezia e che sono in corso di catalogazione presso la sede della "Fondazione Franco e Franca Basaglia", presso l'Isola di S.Servolo a Venezia). Ci sono sostanzialmente tre filoni di messaggi: in primis le testimonianze degli amici e dei colleghi, in secondo luogo le attestazioni di varie entità istituzionali, sanitarie e politiche, e infine le lettere della "gente comune" (per la maggior parte pazienti psichiatrici), di coloro che hanno appreso la notizia dai mass media e che vogliono dichiarare la propria solidarietà.

Tra le attestazioni dei conoscenti, ci sono quelle di Sergio Piro, protagonista dei processi di innovazione nel sud d'Italia, di Eliodoro Novello, presidente dell'associazione dei medici degli ospedali psichiatrici, di Bianca Guidetti Serra per l'Associazione Giuristi Democratici, dell'architetto Guglielmo Lusignoli, di Laura Weiss, la figlia di Edoardo, l'allievo di Freud che ha introdotto la psicanalisi in Italia. C'è in particolare una lunga lettera di Ferruccio Giacanelli, uno dei promotori della esperienza innovativa di Perugia. «... Anche se non riesco, immediatamente, a trovare il bandolo della matassa, sento, ovviamente, una logicità intrinseca nella questione: Basaglia, e ciò che egli rappresenta, chi è con lui, dà ancora fastidio... Perché a livello minuto, di chi ti ha seguito, o conosciuto da lontano, l'affetto e l'indignazione sono evidenti. C'è della gente (e non tanto medici, quanto infermieri, malati, studenti) che seguita a intravedere prospettive

che si coagulano nel nome di Basaglia. È la mia esperienza, che ti comunico così, senza aggiungerci nulla. È una lettera da amico che viene dalla notizia TV... Se il potere riprende (o continua) a colpire, vorrei che tu sentissi per ora (in attesa di eventuali iniziative diverse) immediatamente la nostra solidarietà e il nostro affetto».

Basaglia metterà in risalto il piacere procuratogli da questa lettera.

Più numeroso è naturalmente l'elenco degli attestati istituzionali. Si va da una raccolta di firme operata a Roma per un "referendum nazionale" a favore di Basaglia a quelle del mondo sanitario e psichiatrico. Tra le altre citiamo il Ministero della Sanità, i medici e gli infermieri dell'ospedale Antonini di Milano, i ricoverati e i medici dell'OPP di Pistoia, quelli di Villa Serena a Milano, i medici e la Commissione interna dell'Ospedale Psichiatrico "Cerletti" di Parabiago, il centro italiano di Antropologia Culturale, i colleghi della Clinica Malattie Nervose Mentali di Napoli («... la tua azione deve continuare ad essere uno dei punti di riferimento per coloro che rifiutano di fare della propria attività psichiatrica una prassi coercitiva, discriminatamente di classe e repressiva»), l'assemblea dell'Istituto di Psicologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche («... denuncia il carattere repressivo di tale richiesta di incriminazione nei confronti delle spinte innovatrici oggi presenti in alcune istituzioni psichiatriche italiane»), i partecipanti al Simposio Italo-sloveno-croato di Psichiatria Sociale, il Presidente della Società Italiana di psichiatria – prof Lorenzo Cazzullo –, l'Associazione Medici Organizzazioni Psichiatriche Italiane di Modena, ma soprattutto quella dell'Ufficio Nazionale dell'AMOPI, che si rivolge al Ministro della Sanità: «... La vicenda giudiziaria di cui sono protagonisti i colleghi, a parte la nostra piena convinzione che essa si concluderà con il pieno riconoscimento della validità del loro operato professionale che ci trova qui solidali, ripropone nei fatti, accanto alle tristi condizioni dell'assistenza psichiatrica in Italia, la necessità della elaborazione di nuove norme nel campo della tutela della salute mentale. Esse, come dimostra anche questo episodio, possono essere fondate solo sulla esclusione di qualsiasi legge speciale in proposito, e quindi sull'abrogazione delle disposizioni legislative attuali che se da un lato autorizzano situazioni tanto spesso, anche da noi, denunciate, dall'altra condizionano tanto gravemente la piena esplicazione di iniziative terapeutiche come quelle per cui ora i Colleghi rischiano l'incriminazione. Nel mentre siamo sicuri che la magistratura saprà giustamente valutare la finalità terapeutica di interventi che sono norma quasi quotidiana del nostro operare di psichiatri non legati al quieto vivere, sottopongo ancora una volta alla Sua attenzione, a nome del Consiglio Direttivo dell'AMOPI, tale problema perché con la riforma sanitaria si arrivi presto ad eliminare ogni discriminazione fra cittadini in base alle caratteristiche dei propri disturbi, somatici o psichici che siano».

Per inciso questa lettera conferma come, a partire dalla interpellanza ministeriale del 1968, si venga costruendo per tutto il decennio l'esigenza di una nuova legislazione e come il dibattito, scientifico e politico, si muova già su ipotesi concrete. Questa considerazione viene fatta per contestare la presunta spontaneità e improvvisazione della legge 180, che per alcuni critici sarebbe scaturita semplicemente da una frettolosa volontà di evitare il referendum radicale del 1978.

Numerosi sono anche gli attestati degli enti locali: ci sono quelli della regione Umbria, del comune di Pistoia e quello di Vercelli, delle Province di Bolzano, di Bologna, di Modena, di Perugia. In particolare il consiglio provinciale della provincia di Perugia sottoscrive in seduta straordinaria un documento da inviare al Ministro della Sanità, al Presidente della Regione Umbria, al Presidente del Consiglio Regionale, ai Presidenti dei gruppi parlamentari del Senato e della Camera dei Deputati: *«Il Consiglio... ravvisa in questa richiesta di incriminazione una iniziativa che rischia oggettivamente di riportare indietro di anni le conquiste della moderna psicoterapia ed il processo di de istituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici in Italia; esprime la propria solidarietà al professor Basaglia ed al dottor Slavich, ricordando che l'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia ha rappresentato sotto la direzione del professor Basaglia un primo decisivo momento di rottura nei confronti dei vecchi metodi di esclusione e di repressione psichiatrica a danno di coloro che soffrono nel vivo della propria personalità le contraddizioni sociali e le carenze umane dell'ambiente in cui si trovano a vivere; riconferma per l'oggi e per il domani la validità della linea sin qui seguita, rispetto alla quale si ritiene direttamente responsabilizzato e impegnato, affinché, superando la prassi della esclusione e della istituzionalizzazione, il problema delle malattie mentali valga a mettere in discussione, anziché le vittime, il sistema sociale e i fattori e i meccanismi patogeni che in esso si radicano; decide di proporre questo documento alle altre Amministrazioni provinciali della Repubblica Italiana, al fine di giungere, in questa prospettiva, ad una comune presa di posizione responsabile e chiara».*

Anche le organizzazioni sindacali prendono posizione: la Commissione interna dell'OPP Gorizia, la CGIL-CISL dell'OPP di Arezzo, il Sindacato Nazionale Enti Locali e Ospedalieri della CGIL (*«... I lavoratori ospedalieri nel riaffermare la validità della lotta per trasformare la società ti sono vicini e ti esprimono tutta la loro solidarietà e stima»*). Infine riportiamo la lettera del comitato provinciale di Trieste dell'ARCI (Associazione Ricreativa Culturale Italiana): *«... in Italia negli ospedali psichiatrici si muore nei letti di contenzione e migliaia di cittadini soffrono la realtà della "esclusione sociale" nelle istituzioni repressive. Invece di colpire questi*

responsabili, la magistratura ha aperto un procedimento nei tuoi confronti. È chiaro quindi che colpendo te si vuole colpire un modo nuovo di affrontare il problema psichiatrico, e soprattutto colpire e scoraggiare tutto ciò che di nuovo sorge in Italia. La nostra solidarietà nei tuoi confronti la esprimeremo, facendo conoscere a tutti coloro, che come ARCI possiamo toccare, cosa è stata e cosa è l'esperienza di Gorizia e affrontando i problemi delle malattie mentali, in una serie di dibattiti pubblici di quartiere, che sono già iniziati nel mese in corso, Fraternali saluti».

Particolarmente toccanti sono le lettere dei pazienti, anche se bisogna tener conto della "naturale" mitizzazione della figura del curante, operata abitualmente, all'interno della relazione terapeutica, da quasi tutti i pazienti.

Un rilievo particolare hanno le lettere di quei pazienti che hanno conosciuto direttamente Basaglia, come i membri della Comunità terapeutica di Gorizia («*Vi siamo tutti vicini con il cuore e siamo tutti pronti a sostenere in campo nazionale come voi lo riterrete più opportuno qualsiasi forma di lotta*») o come Wanda Viotti («*... le serbiamo perenne gratitudine per il bene che ha fatto. La prego di chiamarmi come testimone*»). Altrettanto intense sono le testimonianze dei familiari. In un caso si legge: «*... Viva è sempre in me la sua nobile ed umana opera svolta nei riguardi della mia famiglia, che per mezzo del suo metodo psicoterapeutico ha portato mia moglie alla gioia di vivere, levandola da quella ossessione depressiva infernale che da molti anni stava vivendo*». Il valore di questa pratica terapeutica viene sottolineato anche in altri casi, contrapponendola all'orrore del passato: «*... Sbalordite e profondamente rattristate di ciò che le è stato imputato, Le esprimiamo la nostra viva solidarietà e costante ammirazione per tutto ciò che è scaturito dal Suo nobilissimo animo a favore dei poveri ammalati di mente. Lei è riuscito in un'impresa eccezionale, signor Professore, trasformando l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia da vero "lagher" in cui si trovava in clinica di cura modello, unica in Italia... Si dimentica dunque il metodo positivo, il Suo operato straordinario, la modernissima terapia che ha fatto miracoli, salvando tantissimi ricoverati dall'apatia e brutalità in cui erano ridotti gli ammalati di quell'ospedale. Voglia gradire, Illustre Professore, i sentimenti della nostra indefettibile stima e costante gratitudine in special modo per aver migliorato di molto le condizioni fisiche e psichiche del nostro caro L.*».

Ci sono poi folgoranti testimonianze di chi non ha conosciuto personalmente Basaglia, ma che sente il dovere di testimoniargli quanto importante sia stato e possa continuare a essere in futuro il suo lavoro e le sue idee: «*... Dalla Certosa manicomiale la mia magione, con schietto accento della mia*

Musa, sirena araldica dei miei pensieri e sentimenti, esprimo come gli intellettuali e le diverse organizzazioni, a Lei la mia piena solidarietà plaudendo con follia ragionante la sua iniziativa d'alto valore umanitario, civile e sociale. Firmato: C.A. Ospedale Psichiatrico di Collegno. Sezione 9». E Basaglia, in tutti questi casi, risponde sempre, mostrandosi premuroso e attento ai problemi di coloro che gli hanno scritto: «... La ringrazio vivamente per la solidarietà. Le auguro di lasciare presto l'ospedale ove è ricoverato».

Come i cerchi sull'acqua di uno stagno che si allargano all'infinito, sempre più si sentono coinvolti nella vicenda altri soggetti, sconosciuti e lontani, ma vicini nella comunanza di ideali e di volontà di cambiamento. «Egregio Direttore, sono un alcolista cronico con una cirrosi epatica sono stato ricoverato negli ospedali psichiatrici di Torino per una degenza di quattro anni i primi due anni gli ospedali di Torino erano veri campi di concentramenti e i due ultimi due anni hanno dotato il suo sistema di Gorizia cominciavamo a sentirsi sollevati l'ospedale pareva trasformato da carcere a una casa di cura io ero uno dei migliori attivisti che protestavano scrivendo attraverso ai vari quotidiani d'Italia sugli scandali degli ospedali psichiatrici di Torino con proteste di malati di studenti universitari medici infermieri siamo riusciti a sbloccare a quei infernali reparti che tenevano chiusi per secoli ben quattro generazioni di uomini siamo arrivati alle porte aperte si sentiva di nuovo aver voglia di vivere quella poca vita che Dio ci ha dato da vivere. Gli ammalati più allegri meno suicidi senza camicia di forza e la contenzione gente che va che viene a contatto con la società che per anni ci ha respinti e con conversazioni con assemblee si cercava di fare capire anche negli ospedali psichiatrici c'è gente recuperabile. Egregio Direttore quelle notizie lette sulla stampa del ventiquattro febbraio sono rimasto molto depresso in quanto una magistratura possa condannare lei e come condannare migliaia di noi poveri sventurati a ritornare ai tempi delle camicie di forza a quella terribile contenzione ai reparti chiusi. Piuttosto di tornare ai metodi prima è meglio una camera a gas e non farci più soffrire non è giusto che per uno dobbiamo pagare migliaia di noi infelici che non abbiamo colpa. Egregio Direttore un consiglio le chiedo scusa nelle vostre riunioni e conferenze bisogna far capire alla costituzione che vanno "aboliti" i manicomi e creare delle case di cura confortevoli e non dei carceri come sono ancora oggi i vari manicomi d'Italia dove esistono storie pietose suicidi istigazioni sfruttamento chiamato ergoterapia e poi lei ha molta più esperienza di me tutte queste case di punizioni non aiuta gli ammalati alla guarigione molti casi peggiora lo stato di salute e rende l'ammalato privo di ogni speranza di ritornare nella società che purtroppo questa società è molto ammalata e ci aggrava a noi

la situazione di ritornare liberi cittadini penso che vi trovate a disagio come medici psichiatrici come noi ci troviamo a disagio per molti fattori il primo il buon senso delle famiglie e il buon senso della società che ci scarta ogni minuto della giornata e sopprime moralmente e in tanti casi finanziamenti che non ci da lavoro. Ossequi. Firmato L.M.».

Ci sono poi le “persone comuni”, coloro che non sono investiti direttamente dal problema della malattia, ma sentono la necessità di partecipare emozionalmente all’evento: *«Sono laureato in legge e commercio in macchine utensili... Le porgo i sensi della mia più viva considerazione, mi schiero completamente dalla Sua parte e mi consideri interamente a Sua disposizione per quanto possa occorrerle».*

... E insieme al “laureato in legge” ci sono tanti altri nomi, alcuni indecifrabili, ci sono tante altre persone, tante altre storie... Sono attestati, testimonianze, che ci fanno comprendere come il processo di riforma sia stato veramente l’esito di una presenza corale, che nella sua determinazione e nel suo coraggio ha reso possibile l’impossibile.

2. Prospettive di riforma dell’imputabilità e del relativo trattamento sanzionatorio

di *Francesco Maisto*¹

2.1. La sentenza Raso ed il Progetto Grosso

L’allineamento di approdi giurisprudenziali ai risultati della ricerca interdisciplinare, fondativi di progetti di Legge di riforma, anche settoriale, dell’ordinamento giuridico non è fenomeno nuovo nella storia italiana dei rapporti tra evoluzione normativa ed evoluzione giurisprudenziale. In tale contesto non meraviglia che la sentenza Raso delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione² pervenga agli stessi risultati del (penultimo) progetto di

¹ Francesco Maisto è Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna. Un intervento, analogo al presente articolo, è stato presentato dall’Autore in occasione di un seminario promosso dalla Regione Toscana e dalla Fondazione Michelucci; gli atti del seminario sono stati raccolti successivamente nel volume “Ordine&Disordine”(2007), Fondazione Michelucci, Firenze.

² Cass. S. U. 25.1.- 8.3.2005, n. 9163, in DPP (2005), 843 ss., con commento di Bertolino M. (2005), ivi, 853; in CP., 1862 ss., con nota di Fidelbo G.(2005), *Le Sezioni unite riconoscono rilevanza ai disturbi della personalità*, ivi, 1873 ss.; in RIDPP (2005), 410 ss., con nota di Collica M.T.(2005), Anche i “disturbi della personalità” sono infermità mentale, ivi, 421 ss.;

riforma del codice penale – cd. progetto Grosso – sulla questione della rilevanza dei disturbi della personalità, quale causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere. Ed invero, un attento esame degli snodi dell'approfondito, inusuale ed originale iter motivazionale della sentenza pone in evidenza alcuni fondamentali passaggi argomentativi comuni che sottolineano anche le due Relazioni al Progetto Grosso³ in punto di non imputabilità.

Appaiono rilevanti almeno tre filoni di argomenti comuni ai due “elaborati”, finalizzati a motivare la necessità della svolta interpretativa della infermità fino a comprendere anche un “altro grave disturbo della personalità”.

Il primo argomento, in comune alla sentenza ed alla Relazione al Progetto, riguarda la *rilevanza del concetto* di pena da privilegiare in relazione alla determinazione dei confini dell'imputabilità, essendo ovvio che dall'ottica retributiva o da quella preventiva ed in particolare, dal profilo della risocializzazione, discendono conseguenze diverse sui limiti della imputabilità (cfr. §4.2 Cass.cit. e Rel.pag.1). E dunque, sia lo spazio interpretativo, sia quello riformatore non possono limitarsi al profilo epistemologico, ma devono altresì tener conto dei possibili e diversi trattamenti sanzionatori collegati⁴.

Il ragionamento della Corte, per la verità molto diffuso, si articola lungo due direttrici essenziali: in una lettura di sistema, orientata dai principi costituzionali di personalità della responsabilità penale e di funzione rieducativa della pena, l'imputabilità non deve rimanere estranea all'insieme degli elementi che giustificano la punizione dell'autore del reato in chiave di “rimproverabilità” del suo comportamento, di sua “colpevolezza”. Quali che fossero le opinioni dei compilatori del codice, l'imputabilità non può essere ormai «mera capacità di pena», ma consiste piuttosto, in «capacità di reato o meglio capacità di colpevolezza».

In questo senso è richiamata la giurisprudenza costituzionale sulla pertinenza della “colpevolezza” – nel significato minimo di coscienza dell'anti-giuridicità del comportamento – alla struttura costituzionalmente imposta, del fatto di reato (è ampiamente citata, in particolare, la decisione che sancì la parziale illegittimità dell'art. 5 c.p.: sent. 23-24 marzo 1988, n. 364). Il senso della riflessione è evidente: ogni margine interpretativo deve essere utilizzato al fine di assicurare la corrispondenza tra il concetto normativo di

ma v. altresì Centonze F. (2005), *L'imputabilità, il vizio di mente e i disturbi di personalità*, in *ibid.*, 247 ss.

³ In RIDPP (2001), 574 ss. E in:

<http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/riforma/articolatogrosso.htm>.

⁴ Pulitanò D. (1988), *L'imputabilità come problema giuridico*, in *Aa.Vv., Curare e punire*, Unicopli, Milano.

imputabilità e la capacità effettiva dell'agente di comprendere il disvalore della condotta e di comportarsi secondo le contrarie prescrizioni dell'ordinamento.

Il secondo argomento, comune al pensiero del Riformatore ed a quello del Giudice di legittimità, riguarda la preoccupazione di "assicurare le condizioni del migliore adeguamento del sistema giuridico al sapere scientifico" (pag. 3 § 2 Rel. Prog.) non potendosi "prescindere, in ogni caso, dai contenuti del sapere scientifico" nell'approccio del piano di giudizio normativo dopo il preliminare giudizio biologico (§ 11.0 Cass. cit.).

In terzo luogo, appare comune sia alla linea interpretativa che a quella legislativa, la necessità di "utilizzare concetti "aperti", che, nel rispetto del principio di legalità, definiscano in modo chiaro i parametri di riferimento e insieme consentano un flessibile adeguamento al mutare (al progresso?) delle conoscenze scientifiche e in genere delle concezioni pertinenti" (pag. 2 § 2 Rel. Prog.). Ed infatti, la sentenza (§ 12), dopo aver richiamato le caratteristiche "clausole aperte" delle più recenti legislazioni di altri Paesi, qualifica tali formule "aperte" come "idonee ad attribuire rilevanza anche ai disturbi della personalità, ai fini della imputabilità del soggetto agente". Non sarebbe, a questo punto, fuor di luogo parlare, non solo, di azione sinergica o di reciproco rinforzo tra le argomentazioni della sentenza e quelle delle due relazioni al Progetto Grosso, ma anche di maturità dei tempi sul tema dell'imputabilità per una riflessione giurisprudenziale al massimo livello.

2.2. Necessità della Riforma

È noto però, che le incertezze di giudici e periti (plasticamente rappresentate nel caso definito dalle Sezioni unite) sono frequenti e rilevanti e disorientano l'opinione pubblica, interessata, anche di recente, a questo più che ad altri temi per la gravità delle vicende ove, in genere, viene posto, tra gli altri, il problema della capacità di intendere e volere dell'imputato. In effetti, alla tipica opinabilità che denota l'applicazione d'un parametro normativo (quale è certamente l'imputabilità), si cumula la forte connotazione critica della scienza psichiatrica, storicamente⁵ segnata dal confronto tra divergenti visioni della patologia mentale, dalle concezioni puramente biologiche delle origini fino al movimento della cd. antipsichiatria.

Se è vero che oggi prevale un approccio di tipo integrato al fenomeno

⁵ Per una ricostruzione storica del concetto di imputabilità, a partire dalle dottrine della scuola classica: Manna A. (2005), *L'imputabilità nel pensiero di Francesco Carrara*, in IP. 2005, 467 ss.

del disagio mentale, il punto di equilibrio tra le diverse sensibilità resta variabile e discutibile. Ed è chiaro che ogni mutamento dei confini entro i quali la scienza psichiatrica contiene la nozione di malattia si risolve, più o meno direttamente, in un assestamento della composizione, insita nel sistema giuridico penale, tra logiche di garanzia individuale ed esigenze di prevenzione. In questa situazione si manifesta, secondo alcuni, un forte deficit di tassatività (posto alla base perfino di eccezioni di legittimità costituzionale, prevedibilmente risolte dalla Consulta nel senso dell'inammissibilità manifesta: ord. 29 novembre – 2 dicembre 2004, n. 374).

Di fronte a questo quadro di qualificate incertezze del mondo giuridico, di altalenante allarme sociale e di contrasti scientifici, appare sempre più necessaria una riforma della vigente legislazione sulla non imputabilità per infermità. Certamente la struttura dell'art. 94 del Progetto Grosso, assumendo connotati comuni a quelli della sentenza Raso, se da una parte appare *"ampliativa ed adeguatrice dell'espressione infermità"* (per usare le espressioni di M. Bertolino di commento alle S.U.)⁶, per altro verso, sicuramente, appare come *idonea ad una distinzione rigorosa* tra le varie condizioni psichiche che possono o meno integrare il concetto di infermità, ponendosi in maniera più o meno consapevole, anche come "argine" ad una temuta prassi giudiziaria di assecondamento degli esiti peritali, di eccessivo ricorso all'assoluzione per difetto di imputabilità. Arginamento peraltro, di una certa urgenza, all'esito della recente evoluzione della disciplina della pericolosità sociale e delle conseguenti misure di sicurezza. E tuttavia l'urgenza non giustificherebbe l'omissione di scelte progressive indicate dalla dottrina più attenta alle garanzie e dalle scienze del comportamento, come l'abolizione del doppio binario pene-misure di sicurezza e dell'infida categoria della pericolosità sociale.

La necessità di questa riforma del concetto di imputabilità, quale norma di base di una Riforma codicistica, ovvero quale norma di base di una Riforma di "settore" comprensiva, a sua volta, di profili interdisciplinari – sostanziali, processuali, di esecuzione penale ed ordina mentali –, deriva anche dalla illusorietà della "tenuta" dell'assetto normativo-interpretativo vigente.

Vero è che, allo stato, non risultano decisioni di Sezioni della Cassazione difformi dalla sentenza Raso, ed anzi, si segnala una decisione conforme della 1° Sezione del 3 maggio 2005, n.16574 (*"... anche ai disturbi della personalità può essere attribuita un'attitudine, scientificamente condivisa, a proporsi come causa idonea ad escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere del soggetto agente; principio che si pone in*

⁶ Ancora in Bertolino M., *op. cit.*

perfetta consonanza col disposto dell'art. 85 del c.p. e coll'orientamento costituzionale. I disturbi della personalità devono però essere di consistenza, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere; essi, infatti, come in genere quelli da nevrosi e psicopatie, quand'anche non inquadrabili nelle figure tipiche della nosografia clinica iscrivibili al più ristretto novero delle malattie mentali possono costituire "infermità" anche transeunte, ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., ove determinino lo stesso risultato di pregiudicare totalmente o grandemente la capacità di intendere e di volere»), ma per altro verso, non si possono sottacere le preoccupazioni per gli effetti di applicazioni eccessivamente aperte delle due puntuali sentenze della Corte Costituzionale d'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. (ricovero in O.P.G.) e dell'art. 206 c.p. (applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), nella parte in cui non consentono al giudice, nei casi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale (Corte Costituzionale, sentenza 2 luglio 2003, n. 253 e 17 novembre 2004, n.367).

2.3. I progetti di Riforma

L'ampiezza della sentenza Raso, anche per i richiami alle prospettive di Riforma, per una parte presi in considerazione al §4.0, al fine di marcare la distanza, nel segno del garantismo, rispetto alla datata dottrina sulla "crisi del concetto di imputabilità" ed alle correlate proposte di abolizione della categoria medesima, concretizzatesi nelle proposte di legge n. 177 del 1983 e n. 151 del 1996, e per altra parte, assunte, mediante citazione di ciascun articolo di Progetto (§13.0), dal Progetto Pagliaro ⁷ al Progetto Ritz ⁸ fino alle due redazioni del Progetto Grosso, a mò di conferma dell'esattezza dell'approdo, comunque comprensivo del grave disturbo della personalità, quale ulteriore e possibile condizione di infermità, giustificherebbe il semplice rinvio a quella motivazione.

Sembrirebbe potersi, a questo punto, sostenere una posizione unanime sulla "formula aperta", così come formalizzata, tanto che potrebbe apparire ancora attuale il rilievo di autorevole voce della dottrina secondo la quale la

⁷ Il Progetto è pubblicato all'interno di Pisani M. a cura di (1993), *Per un nuovo codice penale*, Padova.

⁸ Il Progetto è pubblicato, unitamente alla Relazione introduttiva, in RIDPP (1995), 927 ss.; sul punto v. altresì Merzagora I. (1996), "L'imputabilità nel disegno di legge n. 2038 (Libro primo del codice penale)", *Rass.It. Crim.*, 1996, 227 ss.

Corte di legittimità «*ha aperto finalmente gli occhi per vedere quello che era già sotto gli occhi di tutti*»⁹. Ma di recente lo stesso prof. Grosso¹⁰, raccomandando «*grande attenzione*» alla materia della imputabilità, ha auspicato una «*nuova formulazione delle cause di incapacità, totale o ridotta, da affiancare al concetto di infermità quale causa di non punibilità o di riduzione della pena*», ed ha aggiunto che il concetto usato nel Progetto, «*utilizzando una nozione che nei dibattiti specialistici non gode tuttavia di condizione incontrastata, dovrà pertanto essere ripensata con attenzione ai diversi orientamenti scientifici che dividono gli studiosi della materia*».

Inutile poi segnalare che questo ultimo Progetto si lascia alle spalle la formulazione più restrittiva del cd. Progetto Nordio¹¹, pure richiamata dalla sentenza Raso, sebbene allo scopo limitato di confermare il comune ancoraggio alla nozione di infermità. È ben chiaro infatti che, invece, questo testo più riduttivo, pur muovendo, come recita la Relazione della Commissione (pag. 29 §2), dalla irrinunciabilità del riferimento all'infermità e, pur dichiarando di tener presenti i diversi orientamenti, sulla base delle classiche acquisizioni scientifiche della psichiatria, della criminologia e della medicina legale, è finalizzato ad evitare quelli che qualifica come «*sbandamenti applicativi – con apertura a tutti i più originali e diversificati fenomeni in chiave meramente psicologica od emozionale – quanto mai da impedire in questo delicato campo, quali connessi a formule generiche ed onnicomprensive del tipo “disturbo psichico”, “disturbo della personalità” (fenomeni, secondo prassi censurabili, valutati anche da non specialisti, psichiatrici o medico-legali e sulla base di parametri socio-culturali, tipo l'abusata figura del soggetto cd. “border line”)*». Risulta evidente che la bozza Nordio, pur descrivendo l'incapacità di intendere e di volere come “possibilità di comprendere il significato del fatto e di agire in conformità a tale valutazione”, si pone come unico ancoraggio l'infermità, a differenza del Progetto Pagliaro che articolava, accanto alla “infermità mentale” anche “altra anomalia” (senza ulteriori specificazioni) con conseguente perdita di determinatezza, in alternativa, ed a differenza del progetto Ritz che, accanto alla infermità in generale, e non solo mentale, articolava l'eventuale “gravissima anomalia psichica”, di segno eccessivamente restrittivo. Nozione di “grave anomalia”, ripresa dal Progetto Preliminare Grosso, se pure nel senso più completo della incidenza sulle “condizioni di mente”, di guisa da “comprendere l'illiceità del fatto e di agire in conformità a tale valutazio-

⁹ Bertolino M., in *Dignitas*, n. 5/2005.

¹⁰ Pepino L., Rossi N. (2006), *Alcune priorità per la Riforma del Sistema Penale Sostanziale*, in Pepino L., Rossi N., a cura di, *Un progetto per la giustizia-Idee e proposte di rinnovamento*, (p. 233), Milano.

¹¹ Pubblicato in CP (2005), 243 ss.

ne". Ma nozione, quella di anomalia, sostituita nel testo del 26 maggio 2001, con quella di "grave disturbo della personalità", anch'esso, come nel testo precedente, incidente sulla "condizione di mente" (diversa dallo "stato di mente" dei Progetti Pagliaro e Ritz) come capacità di "comprendere il significato del fatto o di agire in conformità a tale valutazione".

Si può allora ipotizzare uno sforzo o un supplemento di riflessione muovendo da alcune costatazioni. Per quanto si curi il profilo lessicale e semantico, e tenuto conto che le discipline giuridiche hanno la peculiare caratteristica di avere pochissimi termini realmente sinonimici, si prospettano, talvolta in veste critica o polemica, e talaltra con surrettizia ripetitività, una serie di argomentazioni che, col trascorrere del tempo, perdono sempre più il contatto con le conoscenze delle discipline psichiatriche acquisite, invece, in maniera sufficientemente stabile. Così è, ad esempio, per i disturbi della personalità, come si tende attualmente a nominare un vasto e complesso ambito che, grosso modo, coincide con i termini di psicopatie e che vengono anche definiti come "semplici anomalie del carattere", quando è ormai da tempo ben noto che essi costituiscono, in realtà, entità molto complesse ed articolate.

La tecnica legislativa, allora, dovrebbe essere meno sintetica e più descrittiva non consentendo così che ad un "termine scientifico" si possano ricondurre più e diverse diagnosi. È stato, ed è, questo l'orientamento delle Regioni Toscana ed Emilia Romagna, sulla scorta dell'ampia riflessione interdisciplinare promossa dalla Fondazione Michelucci di Fiesole, anche in base al dibattito tra gli operatori di salute mentale del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Amministrazione Penitenziaria, formalizzato nelle proposte di legge ex art. 121, II Cost., presentate nella precedente legislatura e pronte per la presentazione in quella appena aperta.

Pur utilizzando questi articolati i termini classici di imputabilità, capacità di intendere e di volere ed infermità, definiscono, in primo luogo, la capacità in negativo, come quella "di chi non presenta gravi alterazioni della coscienza e dell'esame di realtà ed è in grado di apprezzare il senso di tale esame in rapporto alla propria condotta" ed in secondo luogo, collegano la non imputabilità all'infermità o alla "grave anomalia psichica" o alla "grave menomazione sensoriale" produttive di un "tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere".

Si coglie agevolmente che anche questo filone di pensiero si muove nel solco dei Progetti Grosso, Ritz e Pagliaro e diverge nettamente dall'orientamento "radicale", che etichettato come ideologico dalla Relazione al Progetto Grosso, indipendentemente dalla necessaria riserva garantistica, riproporrebbe l'ambiguità e la pericolosità di una sanzione penale detentiva, più o meno attenuata, ma comunque, necessariamente terapeutica.

2.4. Il trattamento dei soggetti non imputabili

Sanno bene gli specialisti delle scienze del comportamento e gli studiosi delle “formule magiche” delle scienze giuridiche come si possano manipolare concetti e parole, ma sanno ugualmente il rilievo preponderante del “factum” sul “dictum”, della materiale e concreta sostanza afflittiva o punitiva, nell’impatto sulla vita delle persone coinvolte nel circuito penale. In questa cornice, rappresenta un insegnamento esemplare la “truffa delle etichette” che si è annidata nella storia del concetto di pericolosità sociale e negli istituti giuridici e materiali delle misure di sicurezza detentive. Conviene allora, senza indulgere al ricordo delle fondate motivazioni dei movimenti di pensiero critico e di pratiche alternative all’istituzionalizzazione totale, limitarsi a constatare che, pur differenziandosi ampiamente, tutti i Progetti di Riforma perpetuano la pericolosità sociale e le misure di sicurezza, anche se con nuove denominazioni.

Il Progetto Grosso, lucidamente e realisticamente sintonico al modello italiano di Riforma psichiatrica, pur accogliendo l’istanza dottrinale e clinica, di sostituzione del criterio della pericolosità sociale con quello del “bisogno di trattamento e di controllo, determinato dal persistere delle condizioni di incapacità che hanno dato causa al delitto”, di competenza istituzionale diversa da quella della giustizia penale, e quindi, in una lodevole ottica riduttiva (di limitazione ai delitti dolosi o colposi contro la persona o contro la pubblica incolumità o ai delitti contro il patrimonio punibili con la reclusione – ma secondo il diverso sistema sanzionatorio della Riforma) non sfugge, alla fine, all’ancoraggio al “concreto pericolo” per il ricovero in una “struttura chiusa” con finalità terapeutiche.

Diversamente il Progetto Nordio: non rinuncia a definire lo “stato di pericolosità sociale”, ma sussumendo nella definizione generale quegli elementi che nel Progetto Grosso rappresentano solo le condizioni per l’applicazione delle misure, prevede, tra le altre, “il ricovero in una struttura giudiziaria di custodia con finalità terapeutiche”.

Il Progetto delle Regioni che, si ripete, in quanto settoriale, si aggancia al vigente sistema sanzionatorio e non ha potuto tener conto della recente legge n. 251 del 5 dicembre 2005 (cd. Cirielli), capovolgendo in qualche modo, l’ordine tra pericolosità e misure di sicurezza, limita l’applicazione di tutte le misure di sicurezza ai delitti dolosi puniti con la reclusione superiore ai due anni, ed ulteriormente, l’assegnazione in istituto in relazione ai delitti dolosi puniti con la reclusione non inferiore a dieci anni. Anche la nozione di pericolosità sociale viene integrata, oltre alla probabilità di commissione di nuovi delitti, con indici obbligatori di accertamento:

- la gravità del fatto e la circostanza che il reato rappresenti reiterazione di precedenti condanne di particolare rilievo;
- le condizioni che hanno determinato l'incapacità di intendere e di volere, il rilievo e l'attualità delle stesse, l'adesione a possibili interventi terapeutici;
- la concreta situazione relazionale ed ambientale, anche in conseguenza del reato commesso.

Di seguito, il Progetto appresta norme ordinamentali e, consapevolmente, norme di natura regolamentare, al fine di garantire la regionalizzazione effettiva degli istituti, la riduzione delle dimensioni, la vigilanza attenuata, l'assegnazione al centro psichiatrico di diagnosi e cura di un istituto di pena per eccezionali esigenze di sicurezza (con provvedimento dell'Amministrazione penitenziaria reclamabile ai sensi dell'art. 14 ter O.P.), la distinzione tra autonomia organizzativa – gestionale interna del S.S.N. e gestione del servizio di custodia esterna da parte del DAP.

Le modifiche di carattere processuale riguardano la perizia finalizzata esclusivamente all'accertamento dell'imputabilità, mentre l'accertamento della pericolosità sociale viene riservato al giudice. Si disciplinano poi il quesito peritale, il verbale delle operazioni peritali con particolare riferimento alla pluralità delle visite, l'albo dei periti psichiatri. Il giudice deve motivare la sua decisione sulla imputabilità in modo specifico e non con semplice rinvio alle conclusioni della perizia, essendo onerato peraltro ad esporre le ragioni di divergenza dalle conclusioni peritali. Di particolare rilievo, ma anche con qualche spunto di attualità in relazione alla recente legge 20 febbraio 2006, n. 46 (cd.Pecorella) sulla inappellabilità delle sentenze di proscioglimento da parte del P.M. e della Parte Civile, comprensiva quindi dell'impossibilità di un secondo giudizio di merito sulla base di nuove perizie disposte dalla Corte di Appello, si prevede infine, l'ampliamento della disciplina della revisione di cui agli artt.629 ss. C.p.p., delle sentenze di assoluzione per incapacità e delle sentenze di condanna anche sul capo dell'imputabilità del condannato, nel caso di inconciliabilità con l'omologa decisione contenuta in altra sentenza irrevocabile, e nel caso di inconciliabilità con un'ordinanza del magistrato di sorveglianza o del tribunale di sorveglianza.

Le incertezze, le troppe incertezze accumulate nei decenni, particolarmente in questo settore dell'ordinamento, in cui si sono aggiunte crisi a crisi, dalla crisi dell'imputabilità, a quella della capacità di intendere e di volere, all'infermità, alla crisi dello stesso concetto di malattia in generale, per non parlare di quella della malattia mentale, fino alla crisi della nozione di pericolosità sociale, esigono, in conclusione, un qualche arginamento, ma credo che la tentazione autoritaria delle certezze imposte avrebbe un respiro corto. Bisogna, infatti, anche nella normazione dell'era della globalizzazio-

ne, fare i conti con una visione dell'ordinamento che, se pure volesse dimenticare la lezione di Flavio Lopez de Onate e di Calamandrei¹², deve comunque escludere la certezza dagli obiettivi realistici di un ordinamento postmoderno. Come insegna, infatti, Gustavo Zagrebelsky¹³, «*la fissità, che è un aspetto della certezza, non è più un elemento portante degli attuali sistemi giuridici e al deficit di certezza che ne deriva non si potrebbe porre rimedio... Semmai si deve pensare di organizzare questa tendenza alla trasformazione, intrinseca all'ordinamento, in modo da non renderla distruttiva di altri valori, come l'uguaglianza giuridica, la prevedibilità, l'imparzialità e il carattere non arbitrario dell'azione amministrativa e giudiziaria*». Sicché «... è dubbio che la certezza sia anche desiderabile!»

2.5. Il Progetto Pisapia

I principi di delega al Governo per l'emanazione del nuovo codice penale elaborati dalla Commissione presieduta dall'avv. G. Pisapia accolgono tutti gli argomenti critici fin qui esposti e, utilizzando una tecnica normativa descrittiva ad esplicitazione di decisive e chiare scelte, finalmente scioglie le antiche ibridazioni cristallizzatesi nel secolo.

La commistione tra pena e cura, tra responsabilità penale e terapia viene finalmente superata. L'imputabilità trova la sua collocazione sistematica nel Titolo III: Il reato, all'art. 22 e scompare definitivamente la tanto vituperata categoria della pericolosità sociale; in conseguenza, il Titolo IV detta soltanto la disciplina delle pene, distinguendole in pene pecuniarie, pene interdittive, pene prescrittive (tra le quali non sono configurate misure di cura e/o di controllo) e pene detentive. La conseguenza ha carattere epocale perché vengono aboliti non solo l'O.P.G. e la Casa di cura e custodia, ma anche tutte le altre misure di sicurezza personali – detentive e non – e patrimoniali.

L'art. 22, lett. a) del Titolo III definisce e disciplina l'imputabilità innanzitutto con consapevole descrizione – non approssimativa – in negativo: non è imputabile chi non ha la capacità di intendere o di volere: definizione dunque, fin qui molto ampia.

L'art. 23, per contro, si limita a prevedere senza alcuna definizione, la capacità ridotta indicando poi le finalità del trattamento ed il regime sanzionatorio. Naturalmente resta immutato il criterio temporale di collegamento dell'imputabilità al *tempus commissi delicti*.

¹² Lopez De Onate F. (1968, p.167 ss.), *La certezza del diritto*, Giuffrè, Milano.

¹³ Zagrebelsky G. (1992, p.202 ss.), *Il diritto mite*, Einaudi, Torino.

All'accertamento ed alla declaratoria di non imputabilità si collega sempre e comunque l'applicazione di una misura di controllo e di cura.

Introdotte le categorie eventualmente alternative della capacità di intendere o di volere si prosegue alla lett. b) nella linea descrittiva ed esplicativa di formule ampie ed aperte della incapacità come inadeguata o inesistente comprensione del significato del fatto o comunque di agire secondo tale capacità di valutazione. L'ampiezza della formula avrebbe consentito anche la sussunzione diretta sia dell'infermità, sia dei gravi disturbi della personalità nell'ambito della non imputabilità, ma, ad evitare incertezze di ambienti psichiatrici, la lett. c) specifica tra le cause di esclusione dell'imputabilità, l'infermità, i gravi disturbi della personalità, la cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, se rilevanti rispetto al fatto commesso. Ad ulteriore precisazione, alla lett. d) si esclude ogni presunzione di imputabilità prevedendo la necessità ridefinire i limiti in cui l'incapace di intendere o di volere per ubriachezza o stupefazione risponda per il fatto commesso per l'essersi posto colpevolmente nelle condizioni predette.

Le lettere f, g, h) del I comma dell'art. 22 ed il comma III prevedono l'applicazione obbligatoria di misure di cura e di controllo indicandone però i criteri:

1. il riferimento qualitativo alla necessità della cura,
2. il riferimento quantitativo, cioè la durata, non superiore alla durata della pena che si applicherebbe all'agente imputabile,
3. la determinazione giudiziale della durata della misura,
4. l'interruzione dell'esecuzione della misura quando non risulti più necessaria a fini riabilitativi,
5. l'aggravamento o l'attenuazione della misura ope iudicis nel senso della facoltà di disporre sia una misura meno restrittiva conforme al buon andamento del percorso riabilitativo, sia più restrittiva in caso di violazioni di prescrizioni.

Infine il II co. indica le misure di cura e di controllo eventualmente applicabili in via alternativa o gradata: strutture terapeutiche protette, comunità terapeutiche, libertà vigilata associata a trattamento terapeutico, obbligo di presentazione eventualmente associata a trattamento terapeutico, affidamento ai servizi socio-sanitari, attività lavorativa o attività a favore della collettività.

Si tratta quindi di un ampio ventaglio di misure che richiederanno la sapiente conformazione da parte del Giudice nella necessaria collaborazione con gli altri operatori socio-sanitari.

8. Conclusioni

di Ernesto Venturini

1. Le sentenze

Mi ero proposto di confrontare i percorsi processuali dei quattro episodi – dei quattro “incidenti” secondo la dizione basagliana – per capire se le sentenze esprimessero uniformità o differenze significative.

Per prima cosa devo constatare due apparenti ovvietà. La prima riguarda l'aumento progressivo della complessità dei processi: aumenta la loro durata, i gradi di giudizio, aumenta la scrittura delle sentenze, il numero dei riferimenti ai precedenti giurisprudenziali. In particolare aumenta il numero e il peso delle perizie: nel primo processo di Gorizia vi era il solo perito del PM e quello della difesa, nel processo di Imola interagiscono invece ben nove periti e i sei del Tribunale, talora, esprimono opinioni contrastanti fra di loro. Emergono, complessivamente, tutte quelle incertezze dei giudici e dei periti, a cui Maisto si richiama nella sua analisi sulla imputabilità. In particolare si rende evidente la difficoltà per trovare un punto di equilibrio tra logiche di garanzia individuale, proprie del sistema giuridico penale, e le esigenze di prevenzione e cura scaturite dalle conoscenze scientifiche delle pratiche post riforma. La seconda ovvietà riguarda la scrittura dei verdetti. Le sentenze, formalmente, sembra che non vogliano entrare nel merito dei metodi di cura attuati e che si limitino a prendere in considerazione la sola responsabilità diretta dei singoli, basandosi sull'analisi dei fatti, come è naturale che sia. In alcuni casi, come nel processo Savarin, questo orientamento è dichiarato esplicitamente. Nei processi Miklus e Savarin, Basaglia è prosciolto perché è dimostrata l'assenza di ogni suo coinvolgimento negli eventi che hanno portato ai fatti criminosi; manca ogni nesso di causalità che colleghi il suo operato, come direttore dell'istituzione, al reato delittuoso. Nel processo Miklus, casomai, è l'accusa del Pubblico Ministero, che entra pesantemente nel merito del processo di cura, mettendo in discussione la modalità e la liceità dei permessi dei pazienti, esigendo la notifica preli-

minare alle forze di pubblica sicurezza, ribadendo in sostanza il valore della custodia. Ma nel corso del processo si dimostra facilmente l'inconsistenza dell'accusa e la superficialità delle indagini. Giocano a favore di questa risoluzione il parere dei periti: quello nominato dal giudice, che nega la prevedibilità dell'evento, e quello della difesa, che mette in discussione il concetto stesso di pericolosità sociale per infermità di mente. Anche nel processo Savarin l'accusa pone in discussione la liceità e la regolarità delle dimissioni dei pazienti. Vengono utilizzati argomenti pretestuosi e inconsistenti, come l'analfabetismo della madre del paziente dimesso. Si percepiscono nelle argomentazioni dell'accusa istanze ideologiche che intendono frenare il processo di de istituzionalizzazione. Si eccepisce, in sostanza, la legittimità della dimissione di quei pazienti, che sulla base di preconcetti diagnostici, sono ritenuti socialmente pericolosi. Sarà facile dimostrare invece che Basaglia si è mosso nel rigoroso rispetto della normativa in vigore. Anche in questo caso sono i periti che rinforzano la posizione di Basaglia: il perito di ufficio non ha infatti nessuna incertezza nel dichiarare che il paziente, al momento della dimissione, non era pericoloso né per sé, né per gli altri.

Nel secondo incidente triestino e in quello imolese è invece fortemente richiamata la responsabilità istituzionale del medico nei confronti del paziente: questa responsabilità non può essere cancellata, né dalla episodicità della relazione (come nel caso Trani), né da ragioni di carattere organizzativo inerenti alla complessità del sistema di cura (come nel caso di G. M.). Non si escludono le concause e le co-responsabilità, ma esse non diminuiscono, secondo i giudici, la pregnanza del rapporto medico-paziente, nelle sue incombenze di doveri e di diritti. Nel processo triestino l'accusa si muove tuttavia su elementi inconsistenti cercando di dimostrare l'imperizia dei medici nella valutazione diagnostica della paziente. Ma, anche in questo caso, è il consulente tecnico della procura che ridimensiona l'accusa, evidenziando come l'eventuale errore, non sia tale da configurarsi come un reato di colpa professionale. La sentenza assolve gli imputati e dimostra la mancanza di ogni nesso causale tra l'omissione, imputata ai medici, e l'evento criminoso. Diverso è invece il destino degli imputati nei processi di Imola; qui è più complesso l'accertamento delle responsabilità: la coordinatrice della residenza viene condannata nel processo di primo grado e il medico, giudicato con rito abbreviato, è condannato per "omicidio colposo", con sentenza conclusiva della Cassazione. In questo caso i periti del P.M. parlano di una prevedibilità dell'evento e la mettono in relazione con il comportamento degli imputati.

In sostanza è nella fase istruttoria, nel rinvio a giudizio, nella controversia tra periti, più che nelle sentenze, che si può più facilmente percepire lo

scontro ideologico che attraversa il tema della cura e del controllo; è in quell'ambito che si possono individuare gli argomenti critici, le ibridazioni tra la responsabilità penale e la terapia, ma anche – mi si consenta – i pregiudizi, che, al pari di ogni altro soggetto, influenzano le decisioni dei periti e dei giudici.

2. L'errore professionale

Che cosa dire a proposito della responsabilità dei curanti? Mi verrebbe da obiettare che, oggi, nel settore sanitario pubblico e particolarmente in quello psichiatrico, l'intervento terapeutico è sempre meno legato al rapporto medico-paziente e sempre più determinato da altri fattori: richiede il coinvolgimento di un gruppo di lavoro, è fatto da più persone e rimanda alla complessiva organizzazione sanitaria. L'esclusività della cura da parte del medico e, quindi, la sua esclusiva responsabilità, penale e civile, può sembrare anacronistica, ma invece non lo è assolutamente: anche di fronte a una complessità di soggetti e di funzioni, deve essere sempre richiamata la responsabilità del singolo. Ecco perché proprio l'attenta analisi dei fatti rappresenta la fase cruciale del processo: essa permette di separare le responsabilità dei singoli da quelle complessive della organizzazione. Questa analisi dovrebbe distinguere l'errore umano, un evento non frequente, ma non eccezionale, frutto di circostanze non sempre facilmente prevedibili, da ciò che invece si caratterizza come colpa professionale grave, per rilevante imperizia, imprudenza e negligenza, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti e discipline. Riportandoci alla casistica di questo libro, quali riflessioni si possono fare in merito alla problematica dell'errore umano? Nel caso Trani, come già ricordato, il perito della procura ammette, ad esempio, un errore dei medici imputati, ma precisa che non è tale da configurare il reato di colpa professionale. Vale dunque la pena di riflettere brevemente, sulla distinzione fra errore medico "lieve" e colpa professionale "grave". Utilizzeremo a tal fine la catalogazione degli errori proposta dal Ministero della Salute¹.

Nel caso Miklus il tipo di errore sembrerebbe di tipo "latente", imputabile a carenze nella pianificazione delle strategie: viene sottovalutato il ruolo negativo che il contesto (in questo caso la moglie di Miklus) può svolgere durante il permesso del paziente. Non a caso saranno proprio i familiari che assumeranno, sempre più, nel nuovo paradigma della cura, un ruolo attivo nella riabilitazione del paziente. Anche nel caso Savarin, il problema è

¹ Per la tipologia degli errori si vada alla "Gestione del rischio" negli Annessi.

di tipo organizzativo: si evidenzia la scissione tra la vecchia, anacronistica organizzazione – il Centro di Igiene Mentale – gestito secondo una ottica burocratica e il modello della de istituzionalizzazione, che richiama invece i professionisti a una profonda responsabilizzazione. Saranno i futuri Centri di Salute Mentale che ricomporranno, all'interno del progetto terapeutico, le precedenti divisioni. Nella vicenda che riguarda la signora Trani, i medici – secondo il P.M. – commettono un errore di abilità tecnica (“slips”), sbagliando la diagnosi, ma tale ipotesi si dimostrerà, durante il processo, pretestuosa e scorretta. Se di errore si voleva parlare, ci si sarebbe dovuto riferire alla omissione degli infermieri, che non avevano comunicato le minacce della paziente. Nel caso imolese infine gli errori del medico sono stati considerati dai periti di tipo “commissivo”, per imperizia nella gestione farmacologica, ma più rilevanza – a mio parere – hanno avuto invece gli errori di tipo “omissivo”, nella gestione delle problematiche esistenziali del paziente e della sua crisi. E tuttavia più rilevanti dell'errore umano sono stati gli errori “organizzativi” latenti che hanno comportato equivoci comunicativi, e, tra questi, senza dubbio e soprattutto, più importanti e determinanti sono state le gravi “violazioni” e omissioni della cooperativa che gestiva la residenza. I successivi cambiamenti strutturali e organizzativi del DSM hanno cercato di sopperire a tali carenze.

Sono portato a pensare però che nei nostri servizi di salute mentale gli errori non siano purtroppo destinati a diminuire. Gli operatori sono troppo spesso imprigionati da una cultura tecnicistica, prestazionale, carente di ragionamento clinico, secondo un modello di pensiero fondato su *quiz a risposta chiusa*, che confonde i mezzi con i fini e che si appiattisce sullo schema riduttivo del DSM-IV. Questo atteggiamento mortifica ogni creatività critica del pensiero e aumenta, di conseguenza, il rischio dell'errore. Al contrario c'è invece chi ha una visione ottimistica della condizione dei servizi e che ritiene prioritario dichiarare, ad esempio, quanto sia fuorviante riportare, oggi, la psichiatria al vecchio *registro basagliano*. Se questa dichiarazione serve a biasimare ogni mitizzazione del passato, ogni retorica e ogni rimpianto di presunte età dell'oro, invece di affrontare le sfide del presente, allora è condivisibile; se vuole invece “resettare” una cultura di trasformazione istituzionale, perché non omogenea e ingombrante ai progetti attuali dell'aziendalizzazione, allora bisogna affermare che è vero il contrario e che, in questa psichiatria della 180, sia dentro i servizi di salute mentale che dentro i tribunali, è riscontrabile invece troppa poca presenza del registro “basagliano” C'è troppo poco del suo coraggio, del suo procedere socratico, del suo mettersi in gioco, del suo rigore scientifico. C'è troppo poco “basaglia” e all'opposto ce ne sarebbe molto bisogno!

E quindi, in definitiva, non è tanto importante catalogare gli errori,

quanto piuttosto produrre nelle organizzazioni sanitarie la messa in atto di meccanismi efficaci di controllo e di prevenzione e consentire la gestione al meglio delle conseguenze sociali e giuridiche dell'errore. E poiché è evidente che l'errore medico è un evento plausibile, non si possono stressare i medici coinvolti a farsi carico da soli di un percorso giudiziario, spesso allucinante, che si concluderà dopo svariati anni, imponendo loro costi elevati, sia dal punto psicologico che sociale e professionale. In Italia il numero delle cause contro i sanitari è in progressivo aumento e continuerà ad esserlo. Se è giusto che finisca l'atteggiamento succube del paziente e del familiare nei confronti di un potere medico autoreferenziale, non si può non stigmatizzare come questo aumento sia imputabile soprattutto a logiche di mercato, alla avidità dei singoli e alle distorsioni imposte dai sistemi assicurativi. Naturalmente molto si sta facendo in questo senso da parte dei sistemi sanitari, ma molto ancora rimane da fare.

Certamente il caso di Imola costituisce un esempio negativo rispetto al comportamento auspicabile in simili circostanze. L'Azienda Sanitaria Locale e la Cooperativa non hanno infatti ritenuto di accedere, subito dopo l'incidente, alle esigenze dei familiari, mostrando miopia, scarso sostegno ai propri dipendenti e inducendo un percorso procedurale lungo e mortificante per gli imputati. Si obietterà che è consolidata prassi dei processi civili orientarsi sull'esito del processo penale e che in tale prospettiva si muovono anche gli istituti assicurativi. Ma è anche vero il contrario. È vero che la risoluzione di un contenzioso civile – e in questo caso si trattava di un incidente sul lavoro – avrebbe reso meno aspro il confronto penale, senza mettere in dubbio l'assoluta autonomia dei due processi.

Ancora una altra considerazione rispetto allo scenario delle cause mediche da indennizzo verso il quale ci stiamo muovendo: bisognerebbe evidenziare il ruolo che giocano nella incidenza degli errori professionali le politiche della, così detta, "razionalizzazione della spesa sanitaria". Queste politiche, riducendo drasticamente le risorse, portano spesso l'organizzazione a muoversi nei limiti della sicurezza (sul filo di rasoio), provocano demotivazione e confusione tra gli operatori, ma quasi mai i promotori di queste politiche risultano chiamati sul banco degli imputati.

3. L'incidente

Potrebbe sembrare che queste considerazioni sull'errore, liquidino il concetto di "incidente" da noi usato: se c'è errore, non c'è incidente! La teoria dell'incidente si giustificerebbe solo come un espediente per sfuggi-

re a un doloroso dilemma: escludendo l'errore tecnico dello psichiatra si confermerebbe la pericolosità sociale del paziente psichiatrico (che si vorrebbe invece negare), ammettendo la prevedibilità dell'evento si confesserebbe la colpa dello psichiatra. Detto in altri termini: gli eventi qui presentati potevano essere evitati? Per rispondere bisogna stare attenti a non confondere i piani di analisi su cui ci stiamo muovendo. Quello dell'analisi dell'errore tecnico è un piano astratto, un piano del facile "post hoc". Non attiene al passato, è rivolto al futuro, serve per valorizzare l'esperienza e per evitare il ripetersi di incidenti. Il piano della realtà, il piano fattuale delle responsabilità è invece altra cosa. Questa confusione è piuttosto frequente e si rispecchia spesso, proprio, nelle analisi peritali. Se ci portiamo sul piano fattuale dobbiamo tenere presente per lo meno due ordini di problemi. Il primo riguarda la conoscenza dei fatti: dobbiamo supporre che al di là di quelli accertati esistano altri fatti a noi sconosciuti che possono avere avuto un rilievo determinante nella dinamica degli eventi. Come psichiatra so bene, ad esempio, che un intervento terapeutico, coscienziioso e ben condotto, può essere compromesso semplicemente da uno sguardo, da una parola emessa da un estraneo o da una circostanza fortuita. Tutto un difficile e complesso lavoro può essere distrutto in un istante, senza che se ne conoscano sempre le ragioni. Naturalmente la ricerca delle responsabilità giuridica attiene necessariamente solo ai fatti conosciuti, ma la consapevolezza della complessità delle relazioni, propria dell'ambito psichico, ci dovrebbe portare a considerare prudentemente, a lungo e attentamente l'ipotesi dell'incidente. L'altro ordine di problemi attiene invece a quella responsabilità diffusa di cui ho parlato poc'anzi, a proposito delle organizzazioni sanitarie. Possiamo ipotizzare che la persona ritenuta responsabile di un evento sia molte volte solo colei che si è trovata in mano il famoso cerino acceso, quando è accaduto l'evento. Ma – mi domando – non sono ugualmente responsabili anche tutti coloro che in precedenza si sono passati questo cerino tra le mani? Non ha forse un pesante carico di responsabilità chi ha deciso di operare Michela Trani di leucotomia, invalidandola per tutta la vita e riducendo la sua possibilità di controllo degli impulsi? O forse non è responsabile di aver spezzato una vita chi ha mandato M. G. in manicomio giudiziario per una semplice "resistenza a pubblico ufficiale"? E forse non hanno colpa coloro che, alimentando il clima di guerra alla base dell'attentato in cui è stato oggetto il Miklus, gli hanno provocato un sentimento angoscioso di allarme verso una "realtà persecutoria"? Lo scrittore Fredrich Dürrenmatt con un paradosso ci aiuta a comprendere questo aspetto. In un suo romanzo (Justiz, 1987) narra di un ricco notabile svizzero, Isaak Kohler, che uccide un illustre professore universitario in mezzo a un ristorante "non senza averlo salutato cordialmente". Dopo essersi lasciato docilmente ar-

restare, aver lodato i giudici per la condanna a vent'anni che subisce, va soddisfatto in carcere, diventa un detenuto modello, senza mai svelare, contro ogni logica investigativa, alcuna motivazione del suo gesto. Un giorno però Kohler convoca in carcere il giovane avvocato Spat e gli chiede di riesaminare il caso partendo dall'ipotesi che non sia lui l'assassino. È una sfida apparentemente senza senso – tutti hanno visto l'omicida sparare – ma la sfida invece si rivela vincente. Si dimostra infatti che vi erano altre persone che avevano seri moventi per commettere l'omicidio e che ne furono impediti solo per fortuite circostanze, come solo per fortuite circostanze l'omicida si trovò nel ristorante: la sua era stata solo una tra le tante possibili declinazioni della realtà e la sua "colpa" non era maggiore di quella di tanti altri. L'incidente, sembra dirci Dürrenmatt, non è forse la traiettoria di una delle tante opportunità secondo la teoria degli incidenti latenti?

Naturalmente in campo giuridico, come dice la sentenza Franzese, ogni alternativa dovrebbe essere ragionevolmente ipotizzabile e condurre all'esclusione del contributo causale dell'imputato. In ogni caso al di là di ogni digressione e provocazione, è chiaro, dalla documentazione prodotta, che i due eventi triestini e quello goriziano non fossero assolutamente prevedibili e che quindi si costituiscono come "incidenti". Per il fatto imolese è invece ipotizzabile una certa prevedibilità, ma, come preciserò tra poco, non è la prevedibilità che compare nelle sentenze.

4. L'imputazione di omicidio colposo in delitto doloso e la posizione di garanzia

Cercherò ora di mettere a fuoco il problema dell'imputazione di omicidio colposo in delitto doloso. Nel caso Miklus si parla di "cooperazione in omicidio colposo", nel caso Savarin di "omicidio colposo plurimo", nel caso Trani di "cooperazione in omicidio colposo". In questo caso il giudice annota che la poco felice formulazione del capo di imputazione può far sorgere il dubbio che l'addebito mosso ai medici possa consistere in una partecipazione colposa dei sanitari in un omicidio doloso commesso da altri, figura chiaramente atipica e non prevista dalle leggi come reato. Ma nel caso di Imola si parla tuttavia esplicitamente di "omicidio colposo". Ciò che si contesta agli imputati è una classica ipotesi di cooperazione in un omicidio colposo autonomo rispetto a un delitto volontario posto in essere da un paziente. Si contesta cioè ai sanitari di aver cagionato, attraverso un permesso, omettendo un ricovero, sospendendo i farmaci, la morte di altri per imprudenza, imperizia e negligenza. Bisogna tener presente che i fatti Miklus e Savarin sono precedenti all'entrata in vigore della legge di riforma

psichiatrica e che pertanto l'imputazione è confacente alla normativa in atto in quegli anni. Per entrambi i casi viene formulata tra l'altro una seconda imputazione di inadempienza che fa riferimento proprio alla Legge 1909. Il caso Trani è in qualche modo a cavallo tra il vecchio e il nuovo modello di cura. L'incidente accade nel 1977 e la sentenza di primo grado viene emessa nel 1980, quando la legge di riforma è da poco promulgata. Tutti e tre i gradi di sentenza, in questo caso, sono nel solco della nuova legge e ne rinforzano le istanze innovatrici. Ci si aspetterebbe che anche nel processo di Imola fossero ribaditi i principi di cura della legge di riforma, fondati su istanze terapeutiche e non più su istanze di controllo sociale. Ma così non è. O, meglio, i principi della riforma sono richiamati a parole, ma stravolti, nella sostanza, attraverso il ricorso al concetto della "posizione di garanzia" dello psichiatra nei confronti di terzi. Esaminando i processi precedenti che si erano mossi su una simile ipotesi accusatoria, si aveva l'impressione che la posizione di garanzia e l'imputazione di concorso in omicidio colposo fossero quasi più paventate, che veramente perseguite: una sorta di deterrente usato per richiamare lo psichiatra a una funzione di controllo sociale. Prima o poi nel corso della fase istruttoria o del processo subentravano dissertazioni interpretative sulla lettura incrociata dei due articoli del codice penale (l'art. 42 e l'art. 113) e si aggirava una imputazione, che appariva spropositata ed eccessiva, forse anche per gli stessi giudici. In questa ottica si muove, ad esempio, il sapiente ricorso dell'avv. Kostoris contro la sentenza di Appello nel processo Trani e, nella stessa prospettiva, si muove la richiesta di rigetto dell'incidente probatorio avanzata dal GIP nel processo di Imola. La richiesta, che respinge ogni ipotesi di concorso colposo in illecito doloso, è particolarmente documentata. Fa riferimento a recenti approfondimenti giurisprudenziali, secondo i quali sarebbe essenziale la consapevolezza di cooperare, perché si possa rilevare il requisito psicologico aggiuntivo e indefettibile della partecipazione; sottolinea poi che l'esigenza della unitarietà del reato in concorso escluderebbe la possibilità di una differenziazione dell'elemento soggettivo fra i correi. Ma soprattutto il GIP, in quella sua richiesta di rigetto, rifiuta l'ipotesi di una posizione di garanzia degli imputati. Questo tipo di responsabilità presuppone infatti la individuazione precisa di un evento da impedire, ipotizza la predisposizione, in capo al soggetto garante, di una "concreta signoria" sul decorso causale che lo cagiona e indica, quindi, anche la possibilità di intervenire su di esso in maniera significativa. E queste ragioni non corrispondono alla situazione in esame. L'ipotesi della posizione di garanzia sarebbe da rigettare per il GIP, anche solo sotto il profilo oggettivo causale, per il semplice fatto che si sarebbe chiamati a rispondere non già per un fatto proprio, ma per fatto altrui. Il PM accoglie queste istanze e decide di archi-

viare il procedimento, per *«l'infondatezza della notizia di reato in quanto gli elementi acquisiti nelle indagini preliminari non appaiono idonei a sostenere l'accusa in giudizio e perché non sembra sia conseguita una malattia in senso tecnico al predetto omicida, bensì più semplicemente un difetto di controllo farmacologico sulla preesistente patologia psicotica»*.

Come ben sappiamo, la richiesta però è rigettata dal GUP, che non entra nel merito delle argomentazioni del collega e si limita a citare, in tema di responsabilità professionale, la sentenza della Suprema Corte, sez. Pen. IV, del 3 febbraio 2003, n. 4827. Percorrendo la tesi positiva della ammissibilità della imputazione, il GUP, in qualche modo, scrive la sentenza, prima ancora di ogni dibattito processuale. Non la ribalterà, comunque, una linea della difesa che nega qualsivoglia responsabilità del medico e si impantana in una disputa sterile sulla efficacia di alcuni mgr di psicofarmaco. Ma in realtà il GUP introduce un equivoco, in quanto confonde l'assunzione diretta della posizione di garanzia del medico nei confronti del paziente con quella – non contemplabile a norma della legge di riforma psichiatrica – nei confronti di terzi (*«per non avere impedito la morte del C. che, in qualità di destinatario di una posizione di garanzia, egli aveva l'obbligo giuridico di impedire»*). Il giudice ribadisce in sostanza la legittimità dell'imputazione di concorso colposo in delitto doloso, richiamando in modo del tutto discutibile quella sentenza della Cassazione (Cass. Pen. sez. IV, 9 ottobre 2002, n. 39680), che afferma la responsabilità di chi, abbandonando del materiale pericoloso può procurare un incidente ad altri. Ma paragonare una persona, anche se questa persona è un paziente psichiatrico (mi si perdoni l'amara ironia!), a materiale gommoso appare del tutto sconcertante! D'altra parte è opportuno osservare, anche rispetto al richiamo alla posizione di garanzia operato dal giudice, che non ci troviamo di fronte a persone interdette (il parere peritale di incapacità è successivo agli eventi!). È un errore concettuale e un pregiudizio confondere i malati psichici con gli interdetti, come ugualmente anacronistico, rispetto alle più moderne concezioni della malattia mentale, è l'assimilazione del paziente psichiatrico al minore. D'altra parte il giudice cade in contraddizione perché, per sostenere la responsabilità garante dello psichiatra, sottolinea la inammissibilità dell'atto doloso da parte del paziente, in quanto incapace di intendere e di volere, ma, subito dopo, ammette che *«non può escludersi che[il paziente] possa commettere un atto intenzionalmente. A tale proposito, la moderna dottrina parla, con riguardo agli stati psicologici degli incapaci di intendere e di volere, di "pseudo-dolo" e "pseudo-colpa"»*.

In realtà la Cassazione nel processo Trani ha introdotto un concetto di estremo interesse che vale la pena di sottolineare: «... *la morte del bambino ad opera della Trani non può qualificarsi come delitto doloso ma deve ritenersi quello che, in effetti, esso è stato: un puro e semplice "fatto giuridico", cioè un avvenimento modificatore della realtà con conseguenze giuridiche, ma non inquadrabile nel concetto di "reato" per l'assoluta mancanza dell'elemento essenziale della volontà (la Terni fu prosciolta in istruzione per totale incapacità di intendere e di volere al momento del fatto). Pertanto la questione va posta, come rettamente lo è stata dai giudici di merito, esclusivamente sul piano del nesso di causalità e, così inquadrata, ha avuta l'unica, esatta e logica soluzione posta a base delle conclusioni di cui alla sentenza impugnata*».

Come si vede la questione del omicidio colposo in delitto doloso è tutt'altro che risolta e aspetta ancora una sua soluzione!

5. Una sentenza discutibile

Basandomi sulla documentazione prodotta, mi permetto di affermare che la Sentenza della Cassazione, n. 10795 dell'11 marzo 2008, è infondata. O meglio la Cassazione ha semplicemente verificato la legittimità delle decisioni dei giudici di merito, ha ribadito dei principi di diritto, ma ha dato – né poteva fare altrimenti – per scontata la validità e la incontrovertibilità dei pareri dei periti di ufficio, che invece non lo sono affatto². Ciò che appare ampiamente discutibile è proprio la dimostrazione del nesso di causalità e del concetto di prevedibilità e prevenibilità dell'evento. In questo caso è errato il nesso di causalità basato sull'inidoneo utilizzo dei psicofarmaci. Il vero nesso di causalità, per comprendere le ragioni dell'omicidio di C. A., risiede, eventualmente, nel comportamento della vittima, nella sua assunzione di un ruolo oggettivamente persecutorio, al di là di ogni buona intenzione. Questo nesso di causalità si rende evidente nel comportamento reattivo di M. G., con precise, esplicite minacce. Si potrebbe obiettare che M. G. proferisce minacce anche ad altri operatori della struttura, ma, a ben vedere, queste sono profondamente diverse: sono generiche, hanno una tinta depressiva, sono legate al lutto sofferto. Quelle rivolte a C. A. sono invece rabbiose, vendicative, inequivocabili, personali. La dinamica degli eventi, in particolare il clima di sfida e lo scontro fisico tra i due, occorso poche

² È questo peraltro il parere anche di illustri esperti (Fiori A., Buzzi F., "Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medico-legali alla luce della sentenza della Cass. Pen. N. 10795/2008", *Rivista Italiana di Medicina Legale*, n. 6, 2008, pagg. 1438-1455).

ore prima del crimine, rendono palese questo nesso causale. Va in questa direzione, anche se attenuata dalla introduzione del concetto di concausa, la sentenza della Sezione Distaccata di Imola, del 23 giugno 2006 che condanna la responsabile della struttura, accogliendo una ricostruzione degli eventi diversa da quella prospettata dal Tribunale di Bologna.

Ma la Cassazione riprende invece la sentenza del Tribunale di Bologna e sanziona il nesso causale, individuato dai periti del PM. Secondo questo parere, la causa dell'omicidio va formulata – al di là di ogni elaborata enunciazione – in questi termini: ogni sospensione (o riduzione) di una certa quantità di psicofarmaco, di cui si sia dimostrata l'efficacia, in uno schizofrenico paranoico, porta inequivocabilmente al compimento di un atto criminale. Non si vuole negare naturalmente il peso che una riduzione farmacologica può avere sulle condizioni psichiche di un soggetto o sul diminuito controllo della impulsività, ma francamente questo riduzionismo e questo automatismo non hanno niente di "scientifico". Come ho cercato di evidenziare, la pericolosità sociale per malattia mentale è molto discutibile e non ci può essere determinismo tra la semplice diagnosi di paranoia e un comportamento di pericolosità. Si può parlare al massimo di probabilità, ma non di certezza. Sono altri i fattori che sostengono la pericolosità di un soggetto: sono la storia della persona, le violenze subite e agite, lo stigma, ecc. Naturalmente quando questi fattori sono presenti nel paziente psichiatrico (e probabilmente ciò accade nel caso di M. G.) possono concorrere a favorire la pericolosità del soggetto, ma la problematica non può essere ridotta a un semplice sistema di vasi comunicanti tra una diagnosi e la quantità di un certo psicofarmaco presente nel sangue. Il ragionamento della Cassazione si basa sulla dimostrazione di un nesso di causalità nella dinamica dell'evento inesatta e viziata da un pregiudizio ideologico riguardante l'automatica pericolosità del paziente affetto da schizofrenia paranoide. I periti non hanno utilizzato correttamente i criteri probabilistici e soprattutto non si sono avvalsi di un criterio contra fattuale. La sentenza, basandosi su un parere tecnico erroneo, contraddice la Sentenza Franzese perché ipotizza una condotta doverosa impeditiva dell'evento *hic et nunc*, che in realtà non avrebbe impedito l'evento. Questa sentenza si costituisce dunque come un "errore giurisprudenziale", alla stregua di un qualsiasi altro "errore medico".

6. La voce assente

È del tutto evidente, da quanto espresso in questo libro, che la vera pericolosità risiede nella nozione di "pericolosità sociale" per malattia mentale.

Questo concetto e le conseguenti misure di sicurezza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario sono state responsabili finora di grandi sofferenze e di grandi ingiustizie. Non si può, quindi, che concordare con chi auspica la loro immediata cancellazione³ e, in particolare, non si può non essere d'accordo con le modifiche proposte al Codice Penale da parte della Commissione Giustizia della Camera presieduta da Giuliano Pisapia. Analogamente ritengo che si dovrebbe fornire tutto il più convinto sostegno al Progetto delle Regioni, coordinato dalla Fondazione Michelucci e presentato al Parlamento, volto a svuotare gli OPG e a consentire soluzioni alternative all'invio in quelle istituzioni. Lo richiedono, se non altro, i trenta due anni di una legge di riforma che è stata mutilata nella sua piena realizzazione.

Ritengo inoltre che vi dovrebbe essere una analoga determinazione nell'abolire la totale inimputabilità per infermità mentale, facendo attenzione a non confondere naturalmente il caso di gravi alterazioni organiche del cervello o di gravi stati confusionali⁴. Gli studi delle neuroscienze, infatti, nei riguardi delle psicosi gravi, prudentemente si sono attestate finora sulla impossibilità di escludere totalmente ogni capacità di intendere e di volere nel paziente psichiatrico. Inoltre, come abbiamo ampiamente argomentato, dichiarare l'infermo di mente totalmente incapace incapace di intendere e volere vuol dire pregiudicare le possibilità terapeutiche insite nel processo della responsabilizzazione. Significa in sostanza, violare il diritto alla cura della persona.

In ogni caso bisognerebbe essere consapevoli che, malgrado ogni tipo di intervento normativo, il tema della malattia mentale rimarrà sempre aperto, perché, in questo campo, esistono poche certezze e quanto più si conosce rende evidente quanto ancora non si conosce. È doveroso pertanto un atteggiamento di grande cautela e di intelligente apertura. Un atteggiamento che dovrebbe correttamente interpretare, ad esempio, il significato della "posizione di garanzia", attribuita allo psichiatra. Quando si parla di "posizione di garanzia" abbiamo visto che si intendono, dal punto di vista giuridico, due configurazioni: quella di protezione e quella di controllo. Con la prima si devono scongiurare rischi e minacce nei confronti del bene giuridico sotto protezione; con la seconda invece si deve evitare pericoli a terzi da parte

³ Si veda il "Documento della Commissione congiunta delle Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria" (negli Annessi).

⁴ *Ibidem* "... L'ipotesi di un vizio parziale di mente è, dunque, quella che oggi meglio corrisponde all'attuale sentire scientifico, che ritiene cioè il malato di mente per lo più imputabile, ma con capacità limitate dalla sua malattia. Il vizio parziale di mente dovrebbe di conseguenza essere la fattispecie cui più frequentemente, a nostro avviso, si dovrebbe far ricorso in presenza di disturbo mentale la cui espressività sintomatologica, al momento del fatto, sia correlata causalmente con il delitto commesso..."

del bene giuridico posto sotto controllo. Si tratta indubbiamente di funzioni diverse, che dovrebbero essere ascrivibili a soggetti diversi. «Dopo questa sentenza – come fa notare il collega Euro Pozzi⁵ – si impone allo psichiatra di rispondere a questo paradosso logico: infatti se ottempera al primo obbligo disattende il secondo, viceversa se risponde al dettato del secondo inevitabilmente tradisce il primo. In altre parole, o si difende il paziente dalla malattia e a volte anche dalla società che spesso lo emargina, oppure si difende la società dal “matto” fonte di pericolo e quindi lo si emargina». Insomma la sentenza della Cassazione è in aperto contrasto con la funzione stessa dell’atto di cura, incrina alle fondamenta il rapporto di fiducia tra il medico e il suo paziente. Non riguarda tanto o solo la legge 180: entra in conflitto con lo stesso Giuramento di Ippocrate!

Viene da interrogarsi, a questo punto, come mai, a distanza di più di trent’anni dalla promulgazione della legge, dopo che il nuovo paradigma della cura si è ormai così profondamente radicato nelle pratiche, sia ancora possibile avanzare una simile lettura della responsabilità del curante. Quello che sembra emergere è la percezione di un sostanziale ritardo nel quale si muovono certi settori della giurisprudenza. Più volte, nella quotidianità delle pratiche dei servizi di Salute Mentale, si percepisce chiaramente che, al di là di generiche affermazioni, esiste nel retro pensiero di alcuni giudici l’attribuzione ai pazienti psichiatrici schizofrenici di una sostanziale pericolosità. I Trattamenti Sanitari Obbligatori e la permanenza degli ospedali psichiatrici giudiziari, istituzioni vergognose ed arcaiche, sono, per l’appunto da loro erroneamente interpretati come l’implicita conferma di questa pericolosità. Assillati dalle tante istanze di insicurezza percepita, non riconoscono il bisogno di cura del paziente, ma sottolineano le esigenze di controllo sociale, senza capire che è proprio la risposta al bisogno di cura ciò che consente di risolvere tali esigenze. E tuttavia i giudici non rappresentano l’aspetto più critico del problema. I giudici in fondo “ascoltano” gli esperti e fondano le loro considerazioni sui loro elaborati. Ebbene è amaro ammettere che proprio nel campo medico-legale e criminologico si evidenzino ancora gravi ritardi nel recepire il nuovo paradigma psichiatrico. Posizionati ai limiti del sistema sanitario, non sempre implicati nelle pratiche dei servizi territoriali, non coinvolti in una riforma che ha toccato profondamente il paradigma della cura in Sanità⁶, ma non quello del diritto nella Giustizia, alcuni di questi colleghi tardano a liberarsi dai preconcetti della pericolosità sociale del paziente psichiatrico e dagli schemi rigidi della dia-

⁵ Pozzi E. (2009), “Posizione di garanzia e Legge 180: compatibilità o antitesi?”, *Modelli per la Mente*, Anno II, n.2-3/2009: 69.

⁶ Si veda Venturini E. (2009), “Prendersi cura della cura”, *Psicoterapia e Scienze Umane*, Franco Angeli, XLIII, 3: 381-398.

gnostica tradizionale. A volte è proprio il gioco dialettico del processo che li costringe ad assumere parti di cui non sono totalmente convinti; altre volte, come già descritto, è la perizia che mette in moto meccanismi inconsapevoli, nei quali si insegue la rigidità diagnostica del collega e si ostenta una erudita conoscenza della vecchia psichiatria. È questa una condizione strutturale nella quale alcuni dei miei colleghi sono imprigionati. L'esistenza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, il mantenimento del concetto di pericolosità sociale, delle misure di sicurezza non imprigionano dunque solo i pazienti, imprigionano anche i professionisti e gli esperti. Quale può essere dunque la soluzione per uscire dall'impasse attuale? Bisogna che questa società riconquisti la passione della giustizia e il coraggio delle riforme. Perché, ad esempio, è proprio a causa della mancata riforma degli apparati psichiatrico giudiziari che è del tutto assente, in questi contesti, il paziente; non c'è la sua voce, non ci sono le sue ragioni, non c'è la necessità di confrontarsi con i suoi bisogni. "Incapace di intendere e volere" il cittadino-paziente psichiatrico non esiste. Tanto è ricca la sua presenza e il suo protagonismo in alcuni servizi di salute mentale, tanto è immensamente vuota la sua realtà nel sistema giudiziario. Ci sono gli "esperti", che parlano al suo posto. Ma quanto è veramente possibile parlare al posto di un'altra persona?!

Fino a quando la voce del "cittadino - folle - responsabile di reato" non sarà presente nelle aule del tribunale, fino a quando non verrà riconosciuto il suo diritto ad "essere giudicato" ed eventualmente anche "condannato", fino a quando il linguaggio del potere non dovrà confrontarsi con il linguaggio dei diversi, dei folli, comprendendo che i canoni della normalità non sono assoluti, ma sono relativi e contestuali, fino a quando ciò non avverrà, il linguaggio degli esperti sarà un balbettio presuntuoso, contraddittorio e dovremmo aspettarci ancora tanta sofferenza e tanti dolorosi incidenti.

ore prima del crimine, rendono palese questo nesso causale. Va in questa direzione, anche se attenuata dalla introduzione del concetto di concausa, la sentenza della Sezione Distaccata di Imola, del 23 giugno 2006 che condanna la responsabile della struttura, accogliendo una ricostruzione degli eventi diversa da quella prospettata dal Tribunale di Bologna.

Ma la Cassazione riprende invece la sentenza del Tribunale di Bologna e sanziona il nesso causale, individuato dai periti del PM. Secondo questo parere, la causa dell'omicidio va formulata – al di là di ogni elaborata enunciazione – in questi termini: ogni sospensione (o riduzione) di una certa quantità di psicofarmaco, di cui si sia dimostrata l'efficacia, in uno schizofrenico paranoico, porta inequivocabilmente al compimento di un atto criminale. Non si vuole negare naturalmente il peso che una riduzione farmacologica può avere sulle condizioni psichiche di un soggetto o sul diminuito controllo della impulsività, ma francamente questo riduzionismo e questo automatismo non hanno niente di "scientifico". Come ho cercato di evidenziare, la pericolosità sociale per malattia mentale è molto discutibile e non ci può essere determinismo tra la semplice diagnosi di paranoia e un comportamento di pericolosità. Si può parlare al massimo di probabilità, ma non di certezza. Sono altri i fattori che sostengono la pericolosità di un soggetto: sono la storia della persona, le violenze subite e agite, lo stigma, ecc. Naturalmente quando questi fattori sono presenti nel paziente psichiatrico (e probabilmente ciò accade nel caso di M. G.) possono concorrere a favorire la pericolosità del soggetto, ma la problematica non può essere ridotta a un semplice sistema di vasi comunicanti tra una diagnosi e la quantità di un certo psicofarmaco presente nel sangue. Il ragionamento della Cassazione si basa sulla dimostrazione di un nesso di causalità nella dinamica dell'evento inesatta e viziata da un pregiudizio ideologico riguardante l'automatica pericolosità del paziente affetto da schizofrenia paranoide. I periti non hanno utilizzato correttamente i criteri probabilistici e soprattutto non si sono avvalsi di un criterio contra fattuale. La sentenza, basandosi su un parere tecnico erroneo, contraddice la Sentenza Franzese perché ipotizza una condotta doverosa impeditiva dell'evento *hic et nunc*, che in realtà non avrebbe impedito l'evento. Questa sentenza si costituisce dunque come un "errore giurisprudenziale", alla stregua di un qualsiasi altro "errore medico".

6. La voce assente

È del tutto evidente, da quanto espresso in questo libro, che la vera pericolosità risiede nella nozione di "pericolosità sociale" per malattia mentale.

Questo concetto e le conseguenti misure di sicurezza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario sono state responsabili finora di grandi sofferenze e di grandi ingiustizie. Non si può, quindi, che concordare con chi auspica la loro immediata cancellazione³ e, in particolare, non si può non essere d'accordo con le modifiche proposte al Codice Penale da parte della Commissione Giustizia della Camera presieduta da Giuliano Pisapia. Analogamente ritengo che si dovrebbe fornire tutto il più convinto sostegno al Progetto delle Regioni, coordinato dalla Fondazione Michelucci e presentato al Parlamento, volto a svuotare gli OPG e a consentire soluzioni alternative all'invio in quelle istituzioni. Lo richiedono, se non altro, i trenta due anni di una legge di riforma che è stata mutilata nella sua piena realizzazione.

Ritengo inoltre che vi dovrebbe essere una analoga determinazione nell'abolire la totale inimputabilità per infermità mentale, facendo attenzione a non confondere naturalmente il caso di gravi alterazioni organiche del cervello o di gravi stati confusionali⁴. Gli studi delle neuroscienze, infatti, nei riguardi delle psicosi gravi, prudentemente si sono attestate finora sulla impossibilità di escludere totalmente ogni capacità di intendere e di volere nel paziente psichiatrico. Inoltre, come abbiamo ampiamente argomentato, dichiarare l'infermo di mente totalmente incapace incapace di intendere e volere vuol dire pregiudicare le possibilità terapeutiche insite nel processo della responsabilizzazione. Significa in sostanza, violare il diritto alla cura della persona.

In ogni caso bisognerebbe essere consapevoli che, malgrado ogni tipo di intervento normativo, il tema della malattia mentale rimarrà sempre aperto, perché, in questo campo, esistono poche certezze e quanto più si conosce rende evidente quanto ancora non si conosce. È doveroso pertanto un atteggiamento di grande cautela e di intelligente apertura. Un atteggiamento che dovrebbe correttamente interpretare, ad esempio, il significato della "posizione di garanzia", attribuita allo psichiatra. Quando si parla di "posizione di garanzia" abbiamo visto che si intendono, dal punto di vista giuridico, due configurazioni: quella di protezione e quella di controllo. Con la prima si devono scongiurare rischi e minacce nei confronti del bene giuridico sotto protezione; con la seconda invece si deve evitare pericoli a terzi da parte

³ Si veda il "Documento della Commissione congiunta delle Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria" (negli Annessi).

⁴ *Ibidem* "... L'ipotesi di un vizio parziale di mente è, dunque, quella che oggi meglio corrisponde all'attuale sentire scientifico, che ritiene cioè il malato di mente per lo più imputabile, ma con capacità limitate dalla sua malattia. Il vizio parziale di mente dovrebbe di conseguenza essere la fattispecie cui più frequentemente, a nostro avviso, si dovrebbe far ricorso in presenza di disturbo mentale la cui espressività sintomatologica, al momento del fatto, sia correlata causalmente con il delitto commesso..."

del bene giuridico posto sotto controllo. Si tratta indubbiamente di funzioni diverse, che dovrebbero essere ascrivibili a soggetti diversi. «*Dopo questa sentenza – come fa notare il collega Euro Pozzi⁵ – si impone allo psichiatra di rispondere a questo paradosso logico: infatti se ottempera al primo obbligo disattende il secondo, viceversa se risponde al dettato del secondo inevitabilmente tradisce il primo. In altre parole, o si difende il paziente dalla malattia e a volte anche dalla società che spesso lo emargina, oppure si difende la società dal “matto” fonte di pericolo e quindi lo si emargina*». Insomma la sentenza della Cassazione è in aperto contrasto con la funzione stessa dell'atto di cura, incrina alle fondamenta il rapporto di fiducia tra il medico e il suo paziente. Non riguarda tanto o solo la legge 180: entra in conflitto con lo stesso Giuramento di Ippocrate!

Viene da interrogarsi, a questo punto, come mai, a distanza di più di trent'anni dalla promulgazione della legge, dopo che il nuovo paradigma della cura si è ormai così profondamente radicato nelle pratiche, sia ancora possibile avanzare una simile lettura della responsabilità del curante. Quello che sembra emergere è la percezione di un sostanziale ritardo nel quale si muovono certi settori della giurisprudenza. Più volte, nella quotidianità delle pratiche dei servizi di Salute Mentale, si percepisce chiaramente che, al di là di generiche affermazioni, esiste nel retro pensiero di alcuni giudici l'attribuzione ai pazienti psichiatrici schizofrenici di una sostanziale pericolosità. I Trattamenti Sanitari Obbligatorii e la permanenza degli ospedali psichiatrici giudiziari, istituzioni vergognose ed arcaiche, sono, per l'appunto da loro erroneamente interpretati come l'implicita conferma di questa pericolosità. Assillati dalle tante istanze di insicurezza percepita, non riconoscono il bisogno di cura del paziente, ma sottolineano le esigenze di controllo sociale, senza capire che è proprio la risposta al bisogno di cura ciò che consente di risolvere tali esigenze. E tuttavia i giudici non rappresentano l'aspetto più critico del problema. I giudici in fondo “ascoltano” gli esperti e fondano le loro considerazioni sui loro elaborati. Ebbene è amaro ammettere che proprio nel campo medico-legale e criminologico si evidenzino ancora gravi ritardi nel recepire il nuovo paradigma psichiatrico. Posizionati ai limiti del sistema sanitario, non sempre implicati nelle pratiche dei servizi territoriali, non coinvolti in una riforma che ha toccato profondamente il paradigma della cura in Sanità⁶, ma non quello del diritto nella Giustizia, alcuni di questi colleghi tardano a liberarsi dai preconcetti della pericolosità sociale del paziente psichiatrico e dagli schemi rigidi della dia-

⁵ Pozzi E. (2009), “Posizione di garanzia e Legge 180: compatibilità o antitesi?”, *Modelli per la Mente*, Anno II, n.2-3/2009: 69.

⁶ Si veda Venturini E. (2009), “Prendersi cura della cura”, *Psicoterapia e Scienze Umane*, Franco Angeli, XLIII, 3: 381-398.

gnostica tradizionale. A volte è proprio il gioco dialettico del processo che li costringe ad assumere parti di cui non sono totalmente convinti; altre volte, come già descritto, è la perizia che mette in moto meccanismi inconsapevoli, nei quali si insegue la rigidità diagnostica del collega e si ostenta una erudita conoscenza della vecchia psichiatria. È questa una condizione strutturale nella quale alcuni dei miei colleghi sono imprigionati. L'esistenza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, il mantenimento del concetto di pericolosità sociale, delle misure di sicurezza non imprigionano dunque solo i pazienti, imprigionano anche i professionisti e gli esperti. Quale può essere dunque la soluzione per uscire dall'impasse attuale? Bisogna che questa società riconquisti la passione della giustizia e il coraggio delle riforme. Perché, ad esempio, è proprio a causa della mancata riforma degli apparati psichiatrico giudiziari che è del tutto assente, in questi contesti, il paziente; non c'è la sua voce, non ci sono le sue ragioni, non c'è la necessità di confrontarsi con i suoi bisogni. "Incapace di intendere e volere" il cittadino-paziente psichiatrico non esiste. Tanto è ricca la sua presenza e il suo protagonismo in alcuni servizi di salute mentale, tanto è immensamente vuota la sua realtà nel sistema giudiziario. Ci sono gli "esperti", che parlano al suo posto. Ma quanto è veramente possibile parlare al posto di un'altra persona?!

Fino a quando la voce del "cittadino - folle - responsabile di reato" non sarà presente nelle aule del tribunale, fino a quando non verrà riconosciuto il suo diritto ad "essere giudicato" ed eventualmente anche "condannato", fino a quando il linguaggio del potere non dovrà confrontarsi con il linguaggio dei diversi, dei folli, comprendendo che i canoni della normalità non sono assoluti, ma sono relativi e contestuali, fino a quando ciò non avverrà, il linguaggio degli esperti sarà un balbettio presuntuoso, contraddittorio e dovremmo aspettarci ancora tanta sofferenza e tanti dolorosi incidenti.

1. Le sentenze del processo Miklus

Richiesta di rinvio a giudizio da parte del Pubblico Ministero del Tribunale di Gorizia, 29. 01. 1971

Il P.M. Letti gli atti del procedimento penale contro:

1. Miklus Alberto, 2. Basaglia prof. Franco, 3. Slavich dott. Antonio, imputati

Il primo:

- a) del delitto di uxoricidio aggravato a sensi art. 575 e 577 c. p. – come meglio precisato in copertina,
- b) del reato di lesioni personali ex art. 582 c. p. in danno di Braida Evelino – come meglio precisate in copertina del fascicolo allegato.

Il Basaglia e lo Slavich:

- c) del reato di cooperazione in omicidio colposo ex art. 113 e 589 cod. pen. – come meglio precisato nel mandato di comparizione 11 dicembre 1970 in atti,
- d) di contravvenzione all'art. 714 in rel. all'art. 110 cod.pen. – come nell'ordine di comparizione anzidetto

Osserva:

Alle ore 9,30 del 26 settembre 1968 Klaniscek Ivan, allievo infermiere dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, accompagnò, con la propria autovettura, il ricoverato Miklus Alberto presso l'abitazione dei suoi familiari in località Oslavia di questo territorio e lo affidò al figlio Miklus Marjan che, a richiesta del Klaniscek, sottoscrisse una dichiarazione, predisposta a stampa, con la quale il firmatario dichiarava di assumersi la piena responsabilità della custodia e vigilanza del malato, il quale gli veniva consegnato dalla direzione del nosocomio "avendo raggiunto tale grado di miglioramento da poter essere curato a domicilio". Alle ore 14 circa il Miklus Alberto, rimasto solo in casa con la moglie Kristiancic Milena, di anni 58, colpì improvvisamente costei con un martello da muratore usato dalle parti tagliente, per ben cinque volte alle regioni occipitale e parietale sinistra. Il figlio Marjan, che rientrò circa 15 minuti dopo dal lavoro nei campi trovò la madre morta, per terra, con il cranio fracassato. Il padre era fuggito. Venne rintracciato due

giorni dopo in seguito ad una battuta delle forze di polizia, nascosto in uno sconnesso burrone della zona. Appariva inebetito, con un continuo tremito dei muscoli facciali. Confessò subito l'uxoricidio affermando di averlo commesso a causa di una discussione avuta con la moglie, la quale gli aveva rimproverato di starsene a non far niente anziché recarsi in campagna per sorvegliare la vendemmia. Aggiunse che aveva sempre gradito poco le visite della consorte nel manicomio essendo convinto che fosse stata lei a provocarne il suo internamento. Anche nel suo interrogatorio al magistrato ripeté che la moglie lo aveva sempre ritenuto pazzo, mentre ciò non era vero. Il Miklus era degente presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia dal 1951 con una diagnosi iniziale di "personalità psicopatica" poi qualificata in via definitiva "demenza paranoide" (così dalla storia clinica in atti). La sua condotta in manicomio è stata caratterizzata da clamorosi episodi di aggressività. Fuggì per ben sette volte, anche quando era rinchiuso nel padiglione agitati. Manifestò deliri di persecuzione e timore di venire avvelenato. In occasione delle sue fughe per almeno due volte ai recò a minacciare di morte la moglie, la prima con una baionetta e la seconda con una scure. Altra volta fu sorpreso nei pressi dell'abitazione armato di una sbarra di ferro. I parenti confermarono che il folle nutriva sentimenti di rancore verso la vittima ritenendola responsabile del suo ricovero; la donna, al corrente di ciò, era ossessionata dalla paura. Con il personale ospedaliero (testimoniali del medico Gobbo Antonio e dell'infermiere Minardi Felice) il Miklus espresse più volte l'intenzione di uccidere la moglie.

Questi i risultati essenziali dell'indagine istruttoria, dopo la riunione per connessione del fascicolo relativo al procedimento per lesioni personali (capo b della rubrica) cagionate dall'imputato al co-degente Braida Evelino nel corso di una lite avvenuta il 28 agosto 1968 nell'interno del manicomio, si procedette a doverosa perizia psichiatrica. Il perito, dr. Francesco Coppola del Manicomio Giudiziario di Reggio Emilia, concluse che il prevenuto Miklus, al tempo dell'omicidio era affetto, come lo era tuttora, da schizofrenia paranoide, e si trovava in stato di mente tale da escludere la capacità di intendere e volere. Il soggetto doveva considerarsi persona socialmente pericolosa.

A seguito delle risultanze sino qui esposte e dalle argomentazioni del dott. Coppola, il quale nel suo elaborato precisa che la disgregazione psichica raggiunta dal periziando deve considerarsi tale da rendere estremamente difficile una sia pur modesta remissione della malattia, sono stati chiamati a rispondere di cooperazione in omicidio colposo il prof. Basaglia Franco ed il dott. Slavich Antonio, rispettivamente direttore e sanitario presso l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia. Gli elementi di colpa a loro carico sono sufficientemente enunciati nel capo d'imputazione e nel concorrente addebito di cui all'art. 714 cod. pen. che sanziona l'arresto o l'ammenda per coloro che dimettono da uno stabilimento di cura una persona alienata senza osservare le prescrizioni della legge.

La sorte processuale del prevenuto Miklus è dettata dal suo pluriennale ricovero in manicomio e dal quadro clinico evidenziato dalla richiamata perizia. La riscontrata disgregazione psichica, nella sua progressione coeva allo sviluppo del male, aveva raggiunto al tempo del crimine una dissociazione ed un perversimento tali nella sfera dell'intelligenza e della volontà da rimuovere nel soggetto qualsivoglia

possibilità di determinarsi in base a motivi coscienti ed entro i limiti di un, sia pure attenuato, richiamo inibitorio. Nulla contrastando siffatta diagnosi, non si può che giungere, nei confronti di questo imputato, all'applicazione dell'art. 88 cod. pen. con la conseguente misura di sicurezza a termini dell'art. 222 stesso codice. Simile pronuncia va estesa anche in relazione al concorrente reato di lesioni personali volontarie commesso, dal Miklus in danno di Braida Evelino nel corso di un episodio avvenuto appena un mese prima dell'uxoricidio e, quindi, in epoca in cui le funzioni psichiche del ricoverato non potevano essere suscettibili di un giudizio diverso da quello sopra enunciato.

Quanto alle posizioni dei coimputati prof. Basaglia e dott. Slavich, costoro non negano che il Miklus, come altre volte in precedenza, il 26 settembre 1968, previo parere favorevole espresso dallo Slavich, sia stato consegnato ai familiari in via di esperimento a norma dell'art. 66 del Regolamento per l'esecuzione della legge 14.2.1904 n. 36 "avendo raggiunto (il ricoverato) tal grado di miglioramento da poter essere curato a domicilio". Così, come già indicato in narrativa, viene testualmente dichiarato nelle note di affidamento, sottoscritte dal figlio del Miklus, prodotte in copia dallo stesso prevenuto dr. Basaglia, il quale precisa, nella memoria difensiva allegata al suo interrogatorio formale, che già da due anni anteriormente alla data dell'omicidio della Kristiancic era stata adottata nell'istituto (a seguito della sua iniziativa di direttore, come altri hanno precisato in causa) una terapia riabilitativa di natura socioterapica che comportava brevi visite in famiglia.

Essendo pacifico che, almeno per quanto concerne il Miklus Alberto, siffatte visite, compresa quella della giornata in cui avvenne l'assassinio della Kristiancic, non venivano precedute o accompagnate dall'avviso alle autorità prescritto dal menzionato art. 66 del Regolamento, non può disconoscersi la previsione colposa della inosservanza di legge insita in siffatta omissione. È appena il caso di rilevare che anche il solo avviso all'autorità di pubblica sicurezza sarebbe stato sufficiente ad impedire il doloroso, inconsulto atto criminoso. Tutti gli atti di aggressività, di minaccia, di violenza erano, come risulta dal rapporto ed è conforme ad un principio di ordine pubblico e di difesa sociale, registrati nel fascicolo dell'alienato Miklus presso la locale Questura. La presunzione di pericolosità era tale che giammai si sarebbe ommesso di pretendere o predisporre le opportune cautele per il soggiorno in famiglia del ricoverato, tanto più in considerazione della presenza in casa della moglie, già più volte, come si è detto, gravemente minacciata di morte.

Rimane da riguardare, onde esaurire l'esame sulla concorrente ipotesi addebitata di imperizia o negligenza professionale, se il Miklus aveva raggiunto un grado di miglioramento tale da poter essere curato a domicilio o, quanto meno, se così potevano ritenere il prof. Basaglia, che aveva dato inizio alle concessione delle irregolari visite in famiglia dell'alienato in parola, ed il dott. Slavich che, in conformità a siffatto precedente, aveva dato il consenso per la dimissione del giorno 26 settembre. Ogni dubbio in proposito è rimosso, senza indugiare sulle progressive fasi della malattia, dalle già richiamate argomentazioni del perito dott. Coppola secondo cui l'evoluzione della schizofrenia paranoide di cui era affetto il Miklus aveva ormai raggiunto uno stadio talmente avanzato da dover fondatamente dubitare di una remissione "sia pur modesta" della malattia stessa. Il che equivale ad un giudizio di irrecuperabilità.

Vero è che il perito al fine (facilmente comprensibile sul piano della solidarietà professionale) di escludere la previsione dello evento e la conseguente possibilità di giungere alla contestazione a carico dei colleghi imputati, della previsione aggravatrice di cui all'art. 61 n. 3 cod. penale, ha dichiarato che, atteso lo stato di disfaccimento psichico raggiunto dal folle Miklus, la sua pericolosità poteva apparire attenuata. Siffatto rilievo, per altro in contrasto con il giudizio definitivo di pericolosità sociale e con gli argomenti usati per sorreggerlo, non indebolisce, ma conferma la diagnosi circa l'estrema gravità del male (schizofrenia) con la conseguente accentuazione dei fenomeni che lo caratterizzano, fra i quali domina, come è scolasticamente noto, l'insorgere improvviso degli impulsi anche in fase di apparente tranquillità. Dal che si evince che la dichiarazione riportata sul foglio di affidamento, circa un tale stato di miglioramento nelle condizioni del malato da permettere la cura a domicilio, altro non era che una affermazione menzoneria; tanto più grave sotto il profilo colposo in quanto diretta ed idonea ad ingenerare nell'affidatario l'erronea convinzione di poter adempierla ai suoi doveri di vigilanza senza ricorrere ai mezzi di rigore. È appena il caso di aggiungere, con riferimento a quanto la difesa protesta in favore dei sistemi usati dagli imputati, che nessuno nega la libertà del medico di seguire nel campo diagnostico e terapeutico il metodo che meglio gli è suggerito dal suo studio, dalla sua intelligenza e dalla sua esperienza. Però questa libertà non può prescindere dagli insegnamenti sicuri e dalle acquisite realizzazioni tecniche della scienza medica, il cui oblio costituisce errore inescusabile e, quindi, colpa punibile a titolo di imperizia, negligenza o imprudenza. L'argomento acquista maggior efficacia quando, come nel caso, il bene esposto a pericolo non si identifica con quello individuale del malato, ma attiene al patrimonio collettivo dalla difesa e della protezione verso la società.

L'ipotesi contravvenzionale ricade nel beneficio dell'ammnistia largito con il D. P. 22 maggio 1970 n. 283 (art. 5).

Ciò premesso, letti gli art. predetti e l'art. 369 e segg. cod. proc. pen.

Richiede il Giudice Istruttore in Sede di voler:

1. Dichiarare chiusa la formale istruttoria.
2. Ordinare il rinvio di Basaglia Franco e Slavich Antonio a giudizio del Tribunale di Gorizia per rispondere del delitto di cooperazione in omicidio colposo loro ascritto.
3. Dichiarare non doversi procedere a carico degli stessi in ordine alla contravvenzione di cui all'art. 714 cod. pen. per estinzione del reato a seguito di amnistia.
4. Dichiarare non doversi procedere nei confronti di Miklus Alberto in ordine ai delitti ascrittigli trattandosi di persona non imputabile per vizio totale di mente.
5. Ordinare il ricovero del Miklus Alberto in un manicomio giudiziario per la durata minima di anni cinque.

Gorizia, 29 gennaio 1971. Il Procuratore della Repubblica

Rinvio a giudizio da parte del Giudice Istruttore del Tribunale di Gorizia nei confronti di Miklus Alberto, Basaglia dott. Franco, Slavich dott. Antonio, 21.05.1971

Repubblica Italiana in Nome del Popolo Italiano

Il Giudice Istruttore presso il Tribunale Civile e Penale di Gorizia ha pronunciato la seguente sentenza nel procedimento penale contro

Miklus Alberto, Basaglia dott. Franco, Slavich dott. Antonio, imputati

Il primo:

a) del delitto di omicidio aggravato p. e p. dagli art. 575 e 577 cpv. C.P. per avere, il 26 settembre 1968 in località Oslavia (fraz. del Comune di Gorizia), colpendo al capo la propria moglie Kristancic Milena con un martello da muratore, cagionando la morte della predetta, il fatto essendo stato commesso contro il coniuge.

b) del reato p.e p.dall'art. 582 C.P. per avere cagionato ad Evelino Braida lesioni personali guarite in giorni 25 facendolo ruzzolare a terra con una forte spinta. In Gorizia il 28.8.1968.

il Basaglia e lo Slavich:

c) del reato di cooperazione in omicidio colposo - ex art. 113 e 589 C.P., per aver il primo introducendo nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, di cui era direttore, la prassi di dimettere in via di esperimento gli alienati senza che avessero raggiunto il grado di miglioramento stabilito dall'art. 66 del Reg. sui manicomi approvato dal R.D. 16.8.1909 n. 615 e senza darne avviso all'autorità particolarmente a quella di P.S., come prescritto dall'articolo stesso, ed il secondo, quale medico presso l'ospedale anzidetto avendo, in conformità della prassi di cui sopra, dimesso in esperimento, in violazione della norma richiamata, il ricoverato Miklus Alberto, affetto da schizofrenia paranoidea e persona socialmente pericolosa, concorso entrambi per colpa, consistente in inosservanza di legge e negligenza e imperizia professionale, a cagionare la morte di Kristancic Milena, moglie del Miklus, che costui uccise con un colpo di martello al capo poche ore dopo la dimissione dal manicomio.

d) di contravvenzione dell'art. 714 in relaz. all'art. 110 cod. pen. per avere, in concorso fra loro con le condotte indicate nel capo che precede, dimesso l'alienato Miklus Alberto, senza osservare le prescrizioni della legge, dall'Ospedale Psichiatrico dove si trovava legittimamente ricoverato. In Gorizia il 26 sett. 1968.

Letti gli atti del procedimento penale a carico di Miklus Alberto, Basaglia prof. Franco e Slavich dott. Antonio, rispettivamente imputati dei reati enunciati in epigrafe, e la requisitoria del Pubblico Ministero in cui conclude chiedendo al Giudice Istruttore di voler, dichiarata chiusa la formale istruttoria, ordinare il rinvio di Basaglia Franco e Slavich Antonio al giudizio del Tribunale di Gorizia per rispondere del delitto di cooperazione di omicidio colposo loro ascritto, dichiarare non doversi procedere a carico degli stessi in ordine alla contravvenzione di cui all'art. 714 Cod. Pen. per estinzione del reato a seguito di amnistia, dichiarare di non doversi procedere nei confronti di Miklus Alberto in ordine ai delitti ascrittigli trattandosi di persona non imputabile per vizio totale di mente, ordinare il ricovero di Miklus Alberto in un manicomio giudiziario per la durata minima di anni cinque

va premesso:

Alle ore 9.30 del 26 settembre 1968 Klaniscek Ivan, allievo infermiere dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, accompagnò con la propria autovettura, il ricoverato Miklus Alberto presso la abitazione dei suoi famigliari in località Oslavia di questo territorio e lo affidò al figlio Miklus Marjan che, a richiesta del Klaniscek, sottoscrisse una dichiarazione, predisposta a stampa, con la quale il firmatario dichiarava di assumersi la piena responsabilità della custodia e vigilanza del malato, il quale gli veniva consegnato dalla direzione del nosocomio "avendo raggiunto tale grado di miglioramento da poter essere curato a domicilio".

Alle 14 circa il Miklus Alberto, rimasto solo in casa con la moglie Kristiancic Milena, di anni 58, colpì improvvisamente costei, con un martello da muratore usato dalla parte tagliente, per ben cinque volte alle regioni occipitale e parietale sinistra. Il figlio Marjan, che rientrò circa 15 minuti dopo dal lavoro nei campi, trovò la madre morta, per terra, con il cranio fracassato. Il padre era fuggito. Venne rintracciato due giorni dopo, in seguito ad una battuta delle forze di polizia, nascosto in uno scosceso burrone della zona. Appariva inebetito, con un continuo tremito dei muscoli facciali. Confessò subito l'uxoricidio affermando di averlo commesso a causa di una discussione avuta con la moglie, la quale gli aveva rimproverato di starsene a non fare niente anziché recarsi in campagna per sorvegliare la vendemmia. Aggiunse che aveva sempre gradito poco le visite della consorte nel manicomio essendo convinto che fosse stata lei a provocarne il suo internamento. Anche nel suo interrogatorio al magistrato ripeté che la moglie lo aveva sempre ritenuto pazzo, mentre ciò non era vero.

Radicalosi procedimento penale, l'istruttoria proseguiva con rito formale, l'imputato Miklus veniva sottoposto a perizia psichiatrica, il figlio della vittima Miklus Davide si costituiva parte civile nei confronti del prof. Basaglia, veniva disposta la riunione al presente procedimento del fascicolo 787/69 G.I. relativo al procedimento a carico del Miklus imputato del reato di cui all'art. 582 C.P. (lesioni volontarie a carico di Evelino Braidà) pendente presso questo ufficio, Il Pubblico Ministero chiedeva si contestasse con mandato di comparizione al prof. Basaglia e al dott. Slavich gli addebiti enunciati in rubrica. Quindi esaurita l'istruzione, l'incarto processuale veniva rimesso per le richieste al P.M. che con la sua requisitoria concludeva nel senso sopra indicato. Nelle more del deposito degli atti in cancelleria ex art. 372 cpp. La difesa dello Slavich produceva memoria difensiva e il P.M., cui erano stati nuovamente rimessi gli atti, confermava le precedenti conclusioni.

Ciò premesso, in esito alle risultanze emerse dal corso istruttorio, si osserva: Il Miklus era degente presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia dal 1951 con una diagnosi iniziale di "personalità psicopatica" poi qualificata in via definitiva "demenza paranoide" (così dalla storia clinica degli atti). La sua condotta in manicomio è stata caratterizzata da clamorosi episodi di aggressività. Fuggì per ben sette volte, anche quando era rinchiuso nel padiglione agitati. Manifestò deliri di persecuzione e timore di venire avvelenato. In occasione delle sue fughe per almeno due volte si recò a minacciare di morte la moglie, la prima con una baionetta e la seconda con una scure. Altra volta fu sorpreso nei pressi della abitazione armato di una sbarra di ferro. I parenti confermano che il folle nutriva sentimenti di rancore verso la vittima ritenendola responsabile del suo ricovero; la donna, al corren-

te di ciò, era ossessionata dalla paura. Con il personale ospedaliero (testimoniali del medico Gobbo Antonio e dell'infermiere Minardi Felice) il Miklus espresse più volte l'intenzione di uccidere la moglie.

Questi i risultati essenziali dell'indagine istruttoria; dopo la riunione per concessione del fascicolo relativo al procedimento per lesioni personali (capo B) della rubrica) cagionate dall'imputato al co-degente Braida Evelino nel corso di una lite avvenuta il 28 agosto 1968 nell'interno del manicomio si procedette a doverosa perizia psichiatrica. Il perito, dott. Francesco Coppola del Manicomio Giudiziario di Reggio Emilia, concluse che il prevenuto Miklus, al tempo dell'omicidio, essendo affetto, come lo era tuttora, da schizofrenia paranoide, si trovava in stato di mente tale da escludere la capacità di intendere e di volere, il soggetto doveva considerarsi persona socialmente pericolosa.

A seguito delle risultanze fin qui esposte e delle argomentazioni del dott. Coppola, il quale nel suo elaborato precisa che la disgregazione psichica raggiunta dal periziando deve considerarsi tale da rendere estremamente difficile una sia pur modesta remissione della malattia, su impulso del Pubblico Ministero, sono stati chiamati a rispondere di cooperazione in omicidio colposo il prof. Basaglia Franco ed il dott. Slavich Antonio, rispettivamente direttore e sanitario presso l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia. Gli elementi di colpa a loro carico venivano sufficientemente enunciati nel capo di imputazione e nel concorrente addebito di cui all'art. 714 Cod. Pen. che sanziona l'arresto o l'ammenda per coloro che dimettono da uno stabilimento di cura una persona alienata senza osservare le prescrizioni della legge.

La sorte processuale del prevenuto Miklus è dettata dal suo pluriennale ricovero in manicomio e dal quadro clinico evidenziato dalla richiamata perizia. La riscontrata disgregazione psichica, nella sua progressione coeva allo sviluppo del male, aveva raggiunto al momento del crimine una dissociazione ed un perverso tali nella sfera dell'intelligenza e della volontà da rimuovere nel soggetto qualsivoglia possibilità di determinarsi in base a motivi coscienti e dentro i limiti di un, sia pure attenuato richiamo inibitorio. Nulla contrastando siffatta diagnosi, non si può che giungere nei confronti di questo imputato — come assunto dal P.M. — all'applicazione dell'art. 88 cod. pen. con la conseguente misura di sicurezza a termini dell'art. 222 stesso codice. Simile pronuncia va estesa anche in relazione al concorrente reato di lesioni personali volontarie commesse dal Miklus in danno di Braida Evelino nel corso di un episodio avvenuto appena un mese prima dell'uxoricidio, e, quindi, in epoca in cui le funzioni psichiche del ricoverato non potevano essere suscettibili di un giudizio diverso da quello sopra enunciato.

Quanto alla posizione dei coimputati prof. Basaglia e dott. Slavich, costoro non negano che il Miklus, come altre volte in precedenza, il 26 settembre 1968, previo parere favorevole espresso dallo Slavich, sia stato consegnato ai famigliari in via di esperimento a norma dell'art. 66 del Regolamento per l'esecuzione della legge 14.2.1904 n. 36 "avendo raggiunto il ricoverato tal grado di miglioramento da poter essere curato a domicilio". Così, come già indicato in narrativa, viene testualmente dichiarato nelle note di affidamento, sottoscritte dal figlio del Miklus, prodotte in copia dallo stesso prevenuto prof. Basaglia, il quale precisa, nella memoria difensiva, allegata al suo interrogatorio formale, che già da due anni anteriormente

alla data dell'omicidio della Kristiancic era stata adottata nell'Istituto (a seguito della sua iniziativa di Direttore, come altri hanno precisato in causa) una terapia riabilitativa di natura socioterapica che comportava brevi visite in famiglia.

Essendo pacifico che, almeno per quanto concerne il Miklus Alberto, siffatte visite, compresa quella della giornata in cui avvenne l'assassinio della Kristiancic, non vennero precedute o accompagnate dall'avviso alle autorità prescritto dal menzionato art. 66 del regolamento, non può disconoscersi la previsione colposa della inosservanza di legge insita in siffatta omissione. È appena il caso di rilevare che anche il solo avviso all'autorità di Pubblica Sicurezza sarebbe stato sufficiente ad impedire il doloroso, inconsulto atto criminoso. Tutti gli atti di aggressività, di minaccia, di violenza erano, come risulta dal rapporto ed è conforme ad un principio di ordine pubblico e di difesa sociale, registrati nel fascicolo dell'alienato Miklus presso la locale Questura. La presunzione di pericolosità era tale che giammai si sarebbe ommesso di pretendere o predisporre le opportune cautele per il soggiorno in famiglia del ricoverato, tanto più in considerazione della presenza in casa della moglie, già più volte come si è detto, gravemente minacciata di morte.

Rimane da riguardare, onde esaurire l'esame sulla concorrente ipotesi addebitata di imperizia o negligenza professionale, se il Miklus aveva raggiunto un grado di miglioramento tale da poter essere curato a domicilio, o, quanto meno, se così potevano ritenere il prof. Basaglia, che aveva dato inizio alla concessione delle irregolari visite in famiglia dell'alienato in parola, ed il dott. Slavich che, in conformità a siffatto precedente, aveva dato il consenso per la dimissione il 26 settembre. Ogni dubbio in proposito è rimosso, senza indugiare sulle progressive fasi della malattia, dalle già richiamate argomentazioni del perito dott. Coppola secondo cui l'evoluzione della schizofrenia paranoide di cui era affetto il Miklus aveva ormai raggiunto uno stadio talmente avanzato da dover fondatamente dubitare di una remissione sia pure modesta della malattia stessa. Il che equivale ad un giudizio di irrecuperabilità.

Vero è che il perito al fine (facilmente comprensibile sul piano della solidarietà professionale) di escludere la previsione dell'evento e la conseguente possibilità di giungere alla contestazione, a carico dei colleghi imputati, della previsione aggravatoria di cui all'art. 61 n. 3 cod. pen., ha dichiarato che, atteso lo stato di disfaccimento psichico raggiunto dal folle Miklus, la sua pericolosità poteva apparire attenuata. Siffatto rilievo, per altro in contrasto con il giudizio definitivo di pericolosità sociale e con gli argomenti usati per sorreggerlo, non indebolisce ma conferma la diagnosi circa l'estrema gravità (schizofrenia) con la conseguente accentuazione dei fenomeni che lo caratterizzano, fra i quali domina, come è scolasticamente noto, l'insorgere improvviso degli impulsi anche in fase di apparente tranquillità. Dal che si evince che la dichiarazione riportata sul foglio di affidamento, circa uno stato di miglioramento nelle condizioni del malato da permettere la cura a domicilio, altro non era che una affermazione menzoniera, tanto più grave sotto il profilo colposo in quanto diretta ad ingenerare nell'affidatario l'erronea convinzione di potere adempiere ai suoi doveri di vigilanza senza ricorrere ai mezzi di rigore.

È appena il caso di aggiungere, con riferimento a quanto la difesa protesta in favore dei sistemi usati dagli imputati, che nessuno nega la libertà del medico di seguire nel campo diagnostico e terapeutico il metodo che meglio gli è suggerito

dal suo studio, dalla sua intelligenza e dalla sua esperienza. Però questa libertà non può prescindere dagli insegnamenti sicuri e dalle acquisite realizzazioni tecniche della scienza medica, il cui oblio costituisce errore inescusabile e, quindi, colpa punibile a titolo di imperizia, negligenza o imprudenza. L'argomento acquista maggior efficacia quando, come nel caso, il bene esposto a pericolo non si identifica con quello individuale del malato, ma attiene al patrimonio collettivo della difesa e della protezione verso la società.

A questo punto va precisato che – riconosciuta pacifica la posizione processuale dell'imputato Miklus come rappresentata dal Pubblico Ministero – il G.I., mentre acconsente in linea astratta alla tesi accusatoria sulla insorgenza di responsabilità conseguente alla irregolare ed imprudente dimissione, per converso, in concreto, dissente dalla argomentazione del P.M. circa l'attribuzione di responsabilità al prof. Basaglia – in ordine all'episodio di cui è processo – per l'imprescindibile concetto che la responsabilità penale in ordine ad una violazione di legge è diretta e personale posto che nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Ora nella specie è stato dimostrato che l'imputato Basaglia era assente dalla sede il giorno 25.9.68 (all'estero, a Wisbaden in Germania ecc.) quando si tenne l'assemblea in cui fu deciso di concedere al ricoverato Miklus il permesso giornaliero. Circostanza esplicitamente confermata dal teste Grion Vinicio partecipe all'Assemblea ("... erano presenti il dott. Ali Vittorio e il dott. Slavich... è stato il dott. Slavich a rispondermi subito che non vi era alcun ostacolo per l'invio in famiglia del ricoverato. La questione non è stata oggetto di alcuna discussione da parte della assemblea, essendosi pronunciato in termini categorici il predetto sanitario" – "In quel tempo il dott. Ali, che era dirigente del reparto accettazione donne, rivestiva l'incarico di vicedirettore in mancanza temporanea del dott. Basaglia" – "... al consenso del dott. Slavich non vi fu opposizione da parte del vicedirettore dott. Ali il quale dette così manifestazione di approvare la decisione dello Slavich").

Nonché la testimonianza del dott. Gobbo: "Quel giorno il direttore Basaglia era assente; il vice-direttore Pirella del pari assente, e all'assemblea, e quanto mi consta erano presenti il dott. Ali e il dott. Slavich".

Ora, una "cooperazione" come sostenuto dall'Accusa non si ritiene poterla intravedere nella specie, posto che l'introduzione di una prassi di dimettere in via di esperimento gli alienati senza che avessero raggiunto il grado di miglioramento stabilito dallo art. 66, più volte richiamato, e senza dar avviso all'Autorità, particolarmente a quella di P:S:, come prescritto dall'art. medesimo" se è condizione che grava a carico del dott. Slavich per aver egli su tale criterio adottato il provvedimento nel caso specifico di cui oggi è questione, non comporta per se solo un richiamo di responsabilità del prof. Basaglia (promotore di un sistema psicoterapeutico) il quale se non assente quel giorno, nel caso medesimo avrebbe – (e nota in contrasto non esiste, né prova che avesse impartito disposizioni di dimettere l'alienato in violazione del disposto della legge) – forse operato nel caso specifico; valutando tutte le circostanze, in modo diverso. Quindi si puntualizza la responsabilità sul dott. Slavich, che avvalendosi di una prassi irregolare, con soggettivo cri-

terio applicandola nei confronti del folle Miklus, diede causa, colposamente nel senso più sopra esposto al luttuoso evento. Va ancora aggiunto che lungi dal condurre una analisi o esprimere un'acritica sul metodo terapeutico – funzione questa estranea alla competenza dell'Organo Giudiziario – bisogna riconoscere, che a quest'ultimo compete l'esercizio della tutela all'osservanza della legge; disposizione di legge nella specie violata che se per un verso provvede alle necessarie cautele, per l'altro – nella sua osservanza – non implica ostacolo alla applicazione di un metodo psico-terapeutico innovatore, ma anzi può fornire le garanzie e guarentigie alla responsabilità del sanitario. Non pare – insistendo ancora sul tema – razionale supposizione che una nuova metodica la quale comporti – in funzione ad un particolare criterio medico – la frequenza di dimissioni in via di esperimento, sia metodica che comunque non presupponga l'esame del caso volta per volta e nulla autorizza – così presupponendo per logica una indagine sullo stato del paziente – a sostenere che se il prof. Basaglia quel giorno fosse stato presente all'assemblea, avrebbe autorizzato nel caso oggetto del presente processo, la dimissione del Miklus con irregolare sistema, e ciò proprio con rapporto alla considerazione che un esame del genere è una delle componenti della funzione dell'Assemblea, sede di esame (e qualificata per la presenza del sanitario competente) di ogni proposta dimissione (ché in caso diverso essa Assemblea dovrebbe riuscire formalità facilmente da definirsi insufficiente alla funzione che le è attribuita, perché per quel lato priva di qualsiasi capacità responsabile, se pur sotto altro aspetto, cioè per altri fini, forse coerente ad un particolare sistema curativo). Ma il conseguenziale rischio che comporta ogni pronuncia del medico competente nell'ambito dell'Assemblea (rischio ben notevole che investe la responsabilità del sanitario, la condizione dell'ammalato, la sicurezza dei terzi e della società) deve essere compiutamente valutato, tanto più che non pare si possa sostenere, mossi da una inesatta valutazione della realtà – trascurando altri oziosi assunti – che – a prescindere dalla valutazione medica – gli avvertimenti cautelativi prescritti dalla legge possano riuscire di ostacolo al metodo innovatore. Conseguo che l'episodio che ha dato causa al presente processo va definito una azione posta in essere con sistema criticabile – nella specie anche accompagnato da una incauta valutazione medica considerando i precorsi del Miklus – criticabile per il suo contenuto caratterizzato da superficialità e trascuratezza e superficialità che ha portato ad un esito così funesto.

In conclusione si tien oggi discorso su di un fenomeno "autonomo", suscettibile di serio appunto, fenomeno che a rigore poteva verificarsi sia nel corso della applicazione di un altro tipo di terapia, quanto non verificarsi nel tipo di terapia innovatrice intrapresa dal prof. Basaglia. È opportuno inoltre un accenno alla memoria difensiva avanzata dalla difesa dello Slavich nelle more del deposito degli atti in cancelleria ex art. 372. Sulle argomentazioni ivi esposte si ritengono valide le osservazioni del Pubblico Ministero.

Invero va osservato:

1) Che l'asserito "prolungamento della istituzione ospedaliera nel domicilio del paziente" si è dimostrata, almeno per quanto riguarda il caso di specie, nulla altro che una vana espressione di comodo priva di traduzione pratica essendosi il così detto "prolungamento" arrestato sulla soglia della casa dell'alienato con il comple-

to ed incontrollato abbandono del demente da parte della istituzione ospedaliera, rappresentata da un allievo infermiere ridotto al semplice rango di vettore.

2) Che le ulteriori argomentazioni difensive in favore del dott. Slavich sembrano decampare dalle emergenze di causa, dalle quali risulta che, nella riunione in cui si decise la dimissione provvisoria del Miklus per il giorno 26 settembre, l'intervento categorico ed incondizionato dello Slavich (vedansi testimonianze più sopra riportate) fu determinante essendovisi il vicedirettore dott. Ali supinamente adeguato evidentemente confidando nel parere dell'unico medico presente qualificato a pronunciarsi per avere diretto fino a qualche mese prima il reparto in cui era ricoverato il malato.

3) Che l'affermazione diretta a porre, sul piano causale, la responsabilità istituzionale del vice-direttore dr. Ali (non chiamato in causa perché deceduto) quale elemento esclusivo di colpa equivale a disattendere le norme relative al rapporto di causalità, secondo cui, ove l'evento dannoso sia la risultante necessaria di più cause nel senso che, senza l'una o l'altra di esse, non si sarebbe verificato, dell'evento debbono rispondere tutti coloro che tali cause abbiano posto in essere. Principio esattamente applicato sol che si ammette, come conclamato in atti, che alla determinazione di, rilasciare il Miklus, seppur formalmente promanante dal dr. Ali, ebbe grandemente a contribuire, l'intervento competente, del dr. Slavich.

Ne consegue che – accoglibili integralmente le richieste del Pubblico Ministero per quanto attiene al Miklus, ma in difformità per quanto riguarda, nel circoscritto ambito della elevata imputazione, il prevenuto Basaglia – va riconosciuto essere emersi a carico dello Slavich nel corso istruttorio sufficienti prove di responsabilità in ordine agli addebiti mossigli in epigrafe (per avere, cioè, quale medico presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, avendo in conformità alla prassi di dimettere in via di esperimento gli alienati senza che avessero raggiunto il grado di miglioramento stabilito dall'art. 66 del Reg. sui manicomi approvato con RD 16.8.1909 n. 615 e senza darne avviso all'autorità, particolarmente quella di P.S. come prescritto dall'art. stesso – dimesso in esperimento, in violazione della norma richiamata, il ricoverato Miklus Alberto, affetto da schizofrenia paranoide e persona pericolosa, – per colpa consistente in inosservanza di legge e negligenza o imperizia professionale, cagionato la morte di Kristancic Milena, moglie del Miklus, che costui uccise con un colpo di martello al capo poche ore dopo la dimissione dal manicomio, nonché l'addebito di cui alla ipotesi contravvenzionale ex art. 714 C.P. per avere con le condotte indicate nel capo precedente dimesso l'alienato Miklus Alberto senza osservare le prescrizioni della legge, dall'Ospedale Psichiatrico dove si trovava ricoverato. A Gorizia il 26.9.1968) tali da giustificare, per rispondere del reato ex art. 589 C.P., il suo rinvio a giudizio, mentre per quanto riguarda l'ipotesi di contravvenzione ex art. 714 C.P. ricadendo questa nel beneficio dell'amnistia largito con il DPR 22.5.1970 n. 283 (art. 5), una pronuncia di non doversi procedere nei suoi confronti per estinzione del reato medesimo.

Per converso l'imputato prof Basaglia, sulla base della argomentazione sopra esposta, va prosciolto da tutti gli addebiti con formula ampiamente liberatoria.

Competente al giudizio per ragioni di materia e territorio è il Tribunale di Gorizia.

P. Q. M.

dichiara chiusa la formale istruzione,
e in parziale difformità delle richieste del Pubblico Ministero,
visto l'art. 378 cpp, dichiara di:

- non doversi procedere nei confronti di Miklus Alberto in ordine ai delitti ascritti-
gli in rubrica trattandosi di persona non imputabile per vizio totale di mente; visto
l'art. 222 C.P., ordina il ricovero del medesimo in manicomio Giudiziario per la
durata minima di cinque anni;
- non doversi procedere nei confronti di Basaglia Franco in ordine ai reati ascritti-
gli per non aver egli commesso il fatto;
- non doversi procedere a carico di Slavich Antonio in ordine alla contravvenzione di
cui all'art. 714 C.P. per essere il reato estinto a seguito della intervenuta amnistia.

Visto l'art. 374 C.P.P., ordina

il rinvio a giudizio davanti al Tribunale di Gorizia competente per ragioni di
materia e territorio

- di Slavich Antonio per rispondere del delitto di omicidio colposo di cui al capo C
della rubrica.

Gorizia, 21 maggio 1971

Il Giudice Istruttore (dr. Raul Cenisi) Il Cancelliere (Olindo Loi)

Sentenza del Tribunale di Gorizia del 18. 02. 1972 nel processo contro Antonio Slavich

Repubblica italiana, in nome del Popolo Italiano

Il Tribunale Penale di Gorizia composto dai Magistrati Dott. Giuliano Malacrea,
Presidente, Dott. Raffaele Mancuso, Giudice, Dott. Dario Succi, Giudice

Ha pronunciato la seguente sentenza nel procedimento penale contro:

Slavich Antonio, libero, presente, imputato il Basaglia e lo Slavich:

del reato in cooperazione di omicidio colposo – ex art. 1134 e 589 C. P. per aver,
il primo introducendo nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, di cui era
direttore, la prassi di dimettere in via di esperimento gli alienati senza che avessero
raggiunto il grado di miglioramento stabilito dall'art. 66 del Reg. sui manicomi ap-
provato con RD.16.8.1909 n. 615 e senza darne avviso alle autorità, particolarmente
a quella di P.S., come prescritto dall'articolo stesso,

ed il secondo, quale medico presso l'Ospedale anzidetto, avendo, in conformità
alla prassi di cui sopra, dimesso in esperimento, in violazione alla norma richiamata,
il ricoverato Miklus Alberto affetto da schizofrenia paranoie e persona socialmente
pericolosa, concorso entrambi per colpa, consistente in inosservanza e negligenza o
imperizia professionale, a cagionare la morte di Kristancic Milena, moglie del Mi-
klus, che costui uccise con un colpo di martello al capo poche ore dopo la dimissione
dal manicomio.

In esito all'odierno pubblico dibattimento sentiti i rappresentanti del P.C., il
P.M., i difensori dell'imputato e l'imputato medesimo che per primo ed ultimo eb-
be la parola, osserva in fatto e diritto.

Verso le nove del mattino del 26/9/1968, l'allievo infermiere Ivan Klanjscek

dell'O.P.P. di Gorizia, consegnava il ricoverato Miklus Alberto, dimesso provvisoriamente in via di esperimento, ai suoi familiari, dopo averlo accompagnato con la propria autovettura fino all'abitazione, sita nella frazione Oslavia di Gorizia. Verso le ore 13 dello stesso giorno il Miklus, rimasto temporaneamente solo con la propria moglie Kristancic Milena, la colpiva reiteratamente al capo con un pesante martello da muratore, uccidendola.

A seguito dei fatti di cui sopra, si procedeva penalmente con rito formale a carico del direttore dell'O.P.P., dott. Franco Basaglia, e di altro sanitario dell'Ospedale, il dott. Antonio Slavich, ai quali si faceva carico di avere colposamente autorizzato la temporanea dimissione del Miklus Alberto, e, quindi, della morte della di lui moglie. Essendo emerso nel corso dell'istruttoria che il dott. Basaglia, sia il giorno del fatto che i giorni immediatamente precedenti, era assente da Gorizia, essendosi recato in Germania per partecipare ad un congresso, il G.I., previo proscioglimento con la formula "per non aver commesso il fatto" del dott. Basaglia, rinviava al giudizio di questo Tribunale il dott. Slavich quale responsabile del reato di omicidio colposo in persona di Cristancic Milena. Quanto sopra premesso, rileva il Collegio che sia le risultanze istruttorie, sia quelle dibattimentali sono concordi nell'indicare il Dott. Ali, deceduto nelle more dell'istruttoria, colui che, avendo assunto le funzioni di Direttore dell'O.P.P. in assenza del titolare dott. Basaglia, aveva autorizzato, a norma dell'art. 66 del Regolamento per l'esecuzione della L14/2/1904 n. 36, la dimissione in via di esperimento del Miklus, il 26/9/1968. Tale circostanza, oltre che risultare dalla deposizione di numerosissimi testi, resta comprovata anche dalla fotocopia del biglietto di dimissioni degli atti ed era stata, tra l'altro, posta a base e giustificazione del proscioglimento istruttorio del dott. Basaglia. Ne consegue che, non essendo la c.d. "assemblea" tenuta ogni giorno presso l'O.P.P. di Gorizia, un corpo deliberante previsto dalla legge o dal regolamento prima citati; che non avendo le opinioni espresse in tale assemblea alcun potere vincolante, il potere e la responsabilità di decidere la dimissione temporanea del Miklus il 26-9-1968 erano rimaste attribuite in modo esclusivo a chi aveva assunto temporaneamente le funzioni di direttore, sottoscrivendo l'autorizzazione alla dimissione e, cioè, al dott. Ali. Deve presumersi, anche se ciò non risulta espressamente chiarito dalla sentenza istruttoria, che questa sia stata la via logica seguita dal G.I. per giungere la proscioglimento "per non aver commesso il fatto" del prof. Basaglia la cui assoluzione, altrimenti, resterebbe priva di ogni giustificazione, dato che la immanente efficacia causale del capo di imputazione, dell'indirizzo terapeutico, doveva, invece, portare a non riconoscere alcuna rilevanza alla sua effettiva presenza nell'ospedale il giorno 25 o 26 settembre in cui fu decisa la dimissione! Si aggiunga che il parere, asseritamente espresso dal dott. Slavich, oltre a non essere vincolante, non era neanche particolarmente qualificato, essendo rimasto provato che all'epoca del fatto lo Slavich non era il medico preposto al reparto in cui era ricoverato il Miklus, essendo tale reparto affidato al Dott. Pirella. Le considerazioni di cui sopra, già da sole sufficienti ad avviso del Collegio, per una pronuncia di assoluzione dell'imputato Slavich con formula analoga a quella usata dall'Istruttore per l'imputato Basaglia, sono state, per altro, svolte *ad abundantiam*, dato che le risultanze dibattimentali sono tali da imporre l'assoluzione dello Slavich in punto meramente di fatto e, quindi, prescindendosi da ogni valutazione della giuridica rile-

vanza del parere asseritamente espresso dallo stesso Slavich e ciò per il semplice motivo che è risultato provato al dibattimento che in realtà l'imputato, né all'assemblea del 26/9, né all'assemblea del giorno precedente, aveva espresso alcun parere medico circa l'opportunità e la possibilità di dimettere il Miklus il quale, in definitiva fu dimesso senza alcuna discussione, dal dott. Ali, essendo sembrato del tutto normale affidare per breve tempo il demente ai familiari ai quali era stato già in precedenza affidato senza alcun inconveniente! Basterà in proposito ricordare che contrariamente a quanto riferito e, per vero, anche confermato, seppure impacciatamente al dibattimento del teste Grion, nel corso dell'Assemblea del 25/9/1968, nessuno parlò o si occupò del Miklus la cui dimissione fu decisa nel corso dell'assemblea del successivo giorno 26, senza che l'imputato Slavich avesse espresso alcun parere medico, essendosi limitato a chiedere se i familiari erano stati informati e se tutto era stato predisposto per l'accompagnamento del Miklus a casa. Ciò è stato affermato in modo concorde e preciso dai medici dott. Casagrande, dott. Jarvis e dott. Schittar che essendo in servizio all'epoca del fatto presso l'O.P.P. avevano preso parte sia all'assemblea del 25 che a quella del 26 e che, non si sa per quale motivo, non erano mai stati sentiti nel corso delle pur lunga e laboriosa istruttoria! La deposizione dei tre testi, ribadita dagli stessi nel confronto col teste Vinicio Grion, trova d'altra parte riscontro nella deposizione del teste Klanjscek il quale riferì che soltanto nel pomeriggio del 25 (e non nel pomeriggio del 24 per come affermato dal Grion) il Miklus espresse il desiderio di far visita ai parenti e nella deposizione del teste Minardi al quale proprio il Grion aveva riferito che la decisione di dimettere il Miklus era stata presa nell'assemblea del giorno stesso dell'omicidio e, cioè, del 26/9 e non, quindi, in quella del 25, per come ripetutamente affermato dal Grion stesso.

In conclusione può affermarsi: che la dimissione del Miklus non fu discussa dall'assemblea né il 25, né il 26/9 che la decisione fu assunta senza nessun esame dal Dott. Ali, come atto di mera routine; che l'imputato dott. Slavich non espresse alcun parere tecnico essendosi occupato soltanto di questioni amministrative.

P.Q.M.

Visto l'art. 479 CPP assolve

l'imputato Slavich al reato ascrittogli, per non aver commesso il fatto.

Gorizia, 8/2/1972

2. Le sentenze del processo Savarin

Sentenza di primo grado del Tribunale di Trieste del 25.11. 1975

Repubblica Italiana, in nome del Popolo Italiano

Il Tribunale di Trieste – sezione penale – composto dai magistrati: dott. Italo Visalli presidente, dott. Vincenzo D'Amato, giudice, dott. Paolo Alberto Amodio giudice, ha pronunciato la seguente sentenza nella causa penale contro

1. Basaglia Franco, libero, presente,

2. De Michelini Edoardo, libero, presente, imputati

del delitto di cui gli artt.41 e 589 (mod. dall'art.1L.11.5.1966, n. 296) 1°e 3°co.

C.P., per avere il primo – quale direttore dell'istituto psichiatrico provinciale che aveva decretato il 14.2.1972 la dimissione in via di esperimento dell'alienato Giordano Savarin – affidato il medesimo ammalato, con imprudenza e negligenza, a Caterina Stepancich in Savarin, madre dello stesso, la quale, per essere analfabeta, non era in grado di seguire le terapie prescritte per il periodo di esperimento (somministrazione di medicinali; loro dosi, distinzione tra un preparato e l'altro) né di attenersi agli obblighi per l'affidatario normativamente previsti (quelli, ad esempio, di cui all'art. 66, 4° co. R.D. 16.8.1909 n. 615);

e per avere il secondo – cui era stato commesso, nella sua qualità di sanitario di centro d'igiene mentale, di seguire l'andamento dell'esperimento cui si dava luogo – omesso per negligenza di svolgere, in relazione al caso domandatogli, i compiti cui era tenuto, in particolare ignorando che né il Savarin né l'affidataria avevano ottemperato allo invito rivolto al dimesso di presentarsi, all'ambulatorio CIM di Muggia, l'1 aprile 1972 (nonostante che tale defezione fosse stata debitamente annotata); sicché l'alienato, abbandonato a se stesso, cagionava la morte dei coniugi Savarin Giovanni e Caterina Stepancich in Savarin, suoi genitori, ripetutamente colpendoli con un rudimentale coltello. In Trieste e Muggia, fino al 10 giugno 1972.

In fatto e diritto

Il 14.2.1972 Giordano Savarin veniva dimesso in esperimento dall'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Trieste con la diagnosi di 'sindrome delirante' ed affidato alla madre Caterina Stepancich abitante in Aquilinia, 308. All'atto della dimissione gli veniva prescritta la seguente terapia: 'Serenase' 3x20 gocce; 'Nozinan' 25 e 'Fargan' compresse; 'Mogadon' una alla sera; 'Artane' 3 volte al dì 1 compressa. La dimissione del Savarin veniva comunicata agli organi competenti, nonché al C.I.M. (Centro Igiene Mentale) che era un organismo istituito dalla Provincia di Trieste per l'assistenza e il controllo appunto degli ammalati dimessi dall'Ospedale Psichiatrico. Dopo aver tenuto un comportamento che non aveva dato luogo ad alcun rilievo, il 10.6.1972, colto da una crisi recidivante del suo male, il Savarin uccideva entrambi i genitori, colpendoli ripetutamente con un rudimentale coltello. Contro l'omicida, nuovamente ricoverato d'urgenza all'O.P.P. di Trieste, veniva avviato procedimento penale per duplice omicidio volontario aggravato. Sottoposto a perizia psichiatrica nel manicomio giudiziario di Reggio Emilia, egli veniva riconosciuto affetto da assoluta incapacità d'intendere e di volere al momento del fatto, nonché socialmente pericoloso. Pertanto, con sentenza in data 8.3.1973 il G.I. presso il Tribunale di Trieste lo proscioglieva dal reato ascrittogli, ordinandone il ricovero in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a dieci anni.

Date le circostanze in cui il gravissimo fatto di sangue era avvenuto e la particolare posizione del suo autore, dimesso da pochi mesi dall'O.P., la Procura della Repubblica dava l'avvio a indagini volte ad acclarare eventuali responsabilità penali connesse a imprudenza o negligenza dei sanitari del suddetto ospedale. Sulla scorta delle acquisite risultanze di istruttoria sommaria il P.M. imputava di omicidio colposo plurimo il direttore dell'O.P. di Trieste, dott. Franco Basaglia, formalizzando il procedimento. Più specificatamente si può dire che l'addebito mosso al dott. Basaglia era quello di avere affidato imprudentemente l'ammalato dimesso in esperimento alla madre, che, per essere analfabeta, non era in grado di assicurare al

figlio la somministrazione dei medicinali secondo le loro dosi e distinzioni, né di attenersi agli obblighi normativamente previsti per l'affidamento dal D.R. 16.8.1909 n. 615. Nel corso dell'istruttoria l'imputazione veniva estesa al medico del Centro Igiene Mentale (C.I.M.) di Trieste, dott. Edoardo De Michelini con l'addebito di avere omesso, nella sua qualità di sanitario del C.I.M. preposto all'assistenza ed al controllo del Savarin, di seguire l'andamento dello esperimento, trascurando i compiti cui era tenuto e, in particolare modo, non dando la benché minima rilevanza al fatto che né il Savarin né la madre affidataria avevano ottemperato all'invito che era stato rivolto al dimesso di presentarsi il 1. 4.1972, all'ambulatorio del C.I.M. di Muggia, con la conseguenza che il Savarin, abbandonato a se stesso, sopprimeva così atrocemente i suoi genitori.

Al termine dell'istruttoria, però, il Giudice Istruttore con sentenza di data 19.12.1974 proscioglieva entrambi gli imputati perché il fatto loro ascritto non costituiva reato. La sentenza veniva impugnata ritualmente dal P.M. davanti alla Sezione Istruttoria presso la Corte d'Appello di Trieste che, andando in avviso nettamente contrario, la riformava totalmente ordinando il rinvio sia di Franco Basaglia sia di Edoardo De Michelini a giudizio davanti a questo Tribunale per rispondere del reato ad essi rispettivamente ascritto.

Comparsi all'odierno dibattimento, entrambi gli imputati hanno respinto l'addebito, conferendo sostanzialmente le dichiarazioni rese nelle precedenti fasi del procedimento sulla base delle quali le loro difese possono essere così sintetizzate:

- Franco Basaglia

La dimissione del Savarin fu deliberata da lui, sul parere del dott. Damiani che a quella data sostituiva il primario del reparto prof. Belsasso, in ferie e dell'équipe dei medici curanti. Tale decisione fu presa perché l'ammalato presentava un netto miglioramento. Il Savarin fu affidato alla madre, la quale si dimostrava molto attaccata al figlio e ne aveva sollecitato la dimissione dall'Ospedale. Inoltre, aveva invidiata esperienza per quanto concerneva la custodia e la cura del figlio perché non era la prima volta che costui veniva affidato dopo un periodo di ricovero in O.P.P. Lui non sapeva che la donna fosse analfabeta, ma tale circostanza non era di certo rilevante per farla ritenere inidonea a ricevere in affidamento il figlio. Il Savarin fu dimesso il 12.2.1972, ma essendo il giorno seguente festivo, la comunicazione al C.I.M. fu eseguita, per esigenze burocratiche, il 14.2.1972. tale segnalazione veniva effettuata per tutti i ricoverati dimessi in esperimento essendo il C.I.M. istituzionalmente destinato a seguire i pazienti una volta dimessi dallo O.P.P., per i necessari controlli. Né per il Savarin, né per alcun altro caso la segnalazione fu accompagnata da una particolare raccomandazione ai sanitari del C.I.M. per un controllo più accurato. La dimissione del Savarin poi, rientrava nell'assoluta normalità perché non si era fatto altro che adottare gli stessi criteri da altro personale medico per i precedenti suoi ricoveri.

- Edoardo De Michelini

Quando arrivava la comunicazione dell'O.P.P. relativamente alla dimissione di un ammaloato essa veniva 'filtrata' dall'ufficio segreteria centrale del C.I.M. di Piazza Sansovino. Sulla base della cartella clinica, ovvero dell'esame del paziente egli stabi-

liva il giorno destinato alla visita compatibilmente con le sue esigenze, se l'ammalato non si presentava, l'invito veniva rinnovato per iscritto o per telefono. Dalla mancata presentazione egli doveva essere informato perché in tal caso poteva adottare i provvedimenti più opportuni. Naturalmente se nessuno lo avvertiva di ciò, non era più in grado di agire di conseguenza. Durante i giorni a ciò destinati egli rimaneva a disposizione del C.I.M. Nell'ambulatorio trovava sulla scrivania le cartelle relative ai casi che avrebbe dovuto trattare quel giorno. Le esaminava, prendeva nota dei quadri clinici degli ammalati che si presentavano, prescriveva le terapie che riteneva più opportune, modificava, se necessario, quelle prescritte dall'O.P.P. all'atto della dimissione o quelle precedenti disposte da lui, dava disposizioni per quanto concerneva la ripresentazione del paziente ovvero dei suoi familiari. Quando non si presentava il paziente, ma un suo familiare o il tutore, egli li invitava a condurre l'ammalato in successive date; in tal caso era la segretaria Carga che disponeva con l'apposita comunicazione la riconvocazione del paziente. In certi casi egli disponeva che il paziente si presentasse anche due volte la settimana, soprattutto quando intendeva seguire l'effetto di certi farmaci che aveva prescritti. Non gli era mai stato fornito un elenco degli ammalati dimessi dall'O.P.P. segnalati al C.I.M. ed affidati alla sua sorveglianza. Era la sua segretaria Carga ad annotare sulle cartelle cliniche i provvedimenti da lui di volta in volta adottati. Per quanto riguarda il Savarin, egli non fu mai messo a conoscenza che costui, in occasione della sua ultima dimissione, era stato affidato alle sue cure, quale medico del C.I.M. Alla data dell'uccisione dei genitori da parte del Savarin si trovava in ferie in Cecoslovacchia, e ne fu informato al ritorno a Trieste. Non ricorda di avere mai parlato con la madre del Savarin; non ha mai saputo nulla dell'invito al Savarin di presentarsi all'ambulatorio del C.I.M. di Muggia l'11.4.1972, né della sua mancata presentazione e, pertanto, egli non ha potuto prendere alcun provvedimento in merito. In conclusione, del Savarin, durante l'ultimo esperimento, egli non s'è occupato affatto perché giammai lo ha avuto o gli è stato dato in carico.

L'istruttoria dibattimentale si è poi articolata nella diffusa e particolareggiata audizione dei testi a carico e di quelli a discarico e nella lettura degli atti consentiti. Il P.M. ha concluso per la condanna alla pena di 10 mesi di reclusione per l'imputato Franco Basaglia e di mesi 8 di reclusione per l'imputato Edoardo De Michelini. I difensori degli imputati hanno concluso per la loro assoluzione con formula piena. Tutto ciò premesso, ritiene il Tribunale che, in relazione alla diversa strutturazione degli addebitati fatti ai due imputati, le loro posizioni esigono una disamina distinta e separata; ma, preliminarmente ad entrambe, si presenta un'indagine su quello che era lo stato mentale del Savarin all'atto e successivamente alla sua dimissione dall'O.P.P. il 14.2.1972. Come risulta dalle copie delle cartelle cliniche allegiate agli atti del processo, il Savarin ebbe a manifestare i primi sintomi di un delirio persecutorio nel 1964, in concomitanza con alcune cure prescrittegli per disturbi gastrointestinali. Successivamente egli fu ricoverato in O.P.P., sempre con la diagnosi di 'sindrome delirante' per tre periodi:

- dal 12.12.1969 all'1.4.1970 (con due brevi parentesi di due giorni dal 29.12.1969 al 31.12.1969 e dal 12.2.1970 al 14.2.1970 per cure presso l'Ospedale Maggiore, Divisione Ortopedica). All'atto della dimissione venne affidato al padre;

- dall'8.10.1970 al 7.1.1971, con affidamento in via di esperimento ai genitori;
- dal 4.1.1972 al 14.2.1972, quando fu nuovamente dimesso in via di esperimento ed affidato alla madre con prescrizione della seguente terapia a domicilio: 'Serenase' 3x20 gocce; 'Nozinan' 25 e 'Fargan' compresse una alla sera; 'Mogadon'; 'Artane' 3 v. al dì di 1 cc.

La perizia psichiatrica, eseguita dal dott. Augusto Toni sul Savarin dopo il delitto, qualifica la malattia di cui è affetto più propriamente come una classica forma di 'schizofrenia paranoide', malattia mentale ad andamento cronico e recidivante, nella quale la sintomatologia è evidenziata dal delirio di persecuzione in diverse direzioni e della tipica dissociazione della personalità. È bene, però, aggiungere subito che la diagnosi del perito è sostanzialmente conforme a quella fatta dai sanitari dell'O.P.P. in occasione di tutti i ricoveri del Savarin, compreso l'ultimo, anche se indicata con terminologia diversa. Sempre secondo il perito psichiatrico, Giordano Savarin alla data della dimissione dall'O.P.P. del 14.2.1972 non era pericoloso per sé e per gli altri e tale stato di quiete della malattia psichiatrica si sarebbe mantenuta solo che fosse stata attuata a domicilio la terapia prescrittagli, corretta sotto ogni punto di vista. Cosicché l'ipotesi più probabile sull'andamento della malattia dal 14.2.1972 al 10.6.1972 è che il malato abbia tralasciato le cure dopo un tempo più o meno breve, senza consiglio di alcun medico, con la conseguenza che ricomparvero il delirio persecutorio e le allucinazioni fino ad assumere una forma conclamante i giorni precedenti il duplice omicidio, quando il Savarin era estremamente agitato, girava in mutande per casa, gridando contro i suoi persecutori. Appare di tutta evidenza, quindi, che l'assunzione metodica e continua dei medicinali prescritti dall'O.P.P. era l'unico e imprescindibile presidio contro la recidiva della malattia che, una volta riapparsa, avrebbe ineluttabilmente sostenuto i deliri persecutori trasformando il Savarin in soggetto estremamente pericoloso.

La prima domanda che si pone è, dunque, se il tragico evento causato dal Savarin in assoluta incapacità di intendere e di volere sia ricollegabile con rapporto di causalità efficiente alla condotta dell'imputato Basaglia, che ne dispose la dimissione dall'O.P.P. A tale riguardo è, però opportuno sottolineare che la dimissione del Savarin del 14.2.1972 non è stata addotta e non rientra nel quadro delle nuove concezioni della psichiatria e della funzione dei manicomi di cui il dott. Basaglia s'è fatto tenace e contestato assertore.

Al tribunale non interessa sapere se a quella data l'O.P.P. di Trieste fosse stato già trasformato in manicomio aperto e, quindi, se nei rapporti cogli ammalati dimessi in varie forme fossero già state introdotte le innovazioni – alcune delle quali già recepite dalle leggi dello Stato – di cui il dott. Basaglia è promotore. Sta di fatto, però, che per il Savarin la dimissione è stata deliberata e attuata esclusivamente secondo i criteri adottati in occasione dei precedenti ricoveri da quelli che erano allora i direttori dell'O.P.P. di Trieste e nel rigoroso rispetto della normativa e della prassi in vigore. Ne deriva che alla valutazione della condotta del dott. Basaglia deve rimanere estraneo il criterio della prevedibilità dell'evitabilità dell'evento adottato in alcune recenti decisioni della Corte di Cassazione riguardanti fatti e accadimenti connessi con la realizzazione di ardite innovazioni tecnico-scientifiche, i cui concetti sono stati così lucidamente esposti dal P.M. nella sua requisitoria. Per

L'accertamento della sussistenza o meno della colpa addebitata al dott. Basaglia si deve tenere presente esclusivamente la nozione dettata dallo art. 43 C.C., che si sostanza nei tradizionali canoni dell'imperizia, imprudenza, negligenza e inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. Di imperizia, non si può assolutamente parlare, nemmeno sotto l'aspetto di quella professionale, posto che, come ha esplicitamente e ripetutamente riconosciuto il perito psichiatrico, sia la prognosi sia la terapia sono state corrette e inappuntabili. E nessun apprezzabile errore di valutazione è stato compiuto dal dott. Basaglia nella diagnosi di pericolosità del Savarin all'atto della dimissione e tanto meno gli si può rimproverare leggerezza e superficialità nel deliberarla.

Il perito, invero, ha affermato non solo che alla data del 14.2.1972 la malattia del Savarin era regredita tanto che egli non era più pericoloso, ma anche la dimissione di ammalati affetti da schizofrenia paranoide, dato il caratteristico andamento della malattia, rientra nella normalità 'altrimenti i manicomi attuali non basterebbero ad ospitare tutti gli ammalati di questa psicopatia' (vedi pag. 5 del supplemento di perizia). Né si può obiettare che il dott. Basaglia sia stato negligente nel licenziare l'ammalato: invero egli (dimostrando anche qui di possedere una buona capacità professionale) prescrisse una terapia da seguire a domicilio che, se fosse stata compiutamente attuata, avrebbe escluso o perlomeno contenuto crisi recidivanti. Come s'è già accennato, il dott. Basaglia nel disporre la dimissione in esperimento del Savarin si è uniformato ai criteri adottati in occasione dei precedenti analoghi licenziamenti rispettando rigorosamente la norma di cui all'art. 66 R.D. 16 agosto 1909 n. 625 che, nel concedere al direttore dell'O.P. il potere discrezionale di licenziare in via di esperimento un alienato (potere che, come s'è detto, è stato correttamente esercitato dal dott. Basaglia) stabilisce esplicitamente che l'alienato stesso debba essere consegnato alla famiglia, previo contemporaneo avviso al Procuratore della Repubblica, all'Autorità di P.S. e al Sindaco del Comune di residenza. Tutte queste formalità sono state adempiute dal dott. Basaglia donde la non riscontrabilità di alcuna violazione di legge e di regolamenti da parte sua. Gli si rimprovera, però (e questo costituisce il cardine dell'imputazione) che la madre di Giordano Savarin, per essere analfabeta non era in grado di seguire le terapie prescritte per il periodo dell'esperimento né di attenersi agli obbiettivi previsti per l'affidatario del 4° comma dell'articolo sopra reclamato: da ciò l'addebito di imprudenza e negligenza cui sarebbe direttamente ricollocabile la morte dei genitori del Savarin. L'assunto, però, non ha fondamento. —

Il solo fatto che la madre di Giordano Savarin fosse analfabeta non ha tutta quella rilevanza negativa che vi ha visto la Sezione Istruttoria presso in Corte di Appello di Trieste. Dire che un analfabeta è incapace di somministrare a un ammalato le medicine, sia pure in dosi e qualità diverse, costituisce un'affermazione gratuita e apodittica e in pieno contrasto con la realtà. Se ciò fosse vero in assoluto significherebbe, ad esempio, che un minore affetto da diabete mellito, con genitori incolti e analfabeti, sarebbe condannato a trascorrere la migliore parte della vita in ospedale. L'opera che si richiedeva alla signora Caterina Stepancich non presentava difficoltà o complessità diverse da quelle che si riscontrano nelle prescrizioni mediche per tante altre malattie più comuni. Essa, inoltre, aveva già fatto una buo-

na esperienza durante i precedenti licenziamenti e tanto era diventata esperta che — come risulta dalle cartelle cliniche del C.I.M. — il 3.5.1971 era in grado di richiedere addirittura l'Entumin' in luogo dell'Artane' (vedi foglio 224). Durante il ricovero del figlio in O.P. essa lo aveva visitato con assiduità, dimostrando verso di lui un forte attaccamento, spesso aveva chiesto informazioni ai sanitari dell'O.P.P. come persona del tutto idonea a suffragare il loro convincimento che il figlio, una volta uscito dall'ospedale, non sarebbe stato abbandonato a se stesso, bensì seguito e curato affettuosamente e validamente, anche perché una eventuale evoluzione peggiorativa della malattia del Savarin e la sintomatologia che solitamente l'accompagnava erano bene e facilmente avvertibili da chiunque, fosse anche un'analfabeta. Ed è increscioso constatare, ma bisogna pur dirlo, che è ascrivibile a negligenza o imprudenza proprio dell'affidataria e di suo marito il non avere segnalato all'O.P.P. il comportamento assolutamente anormale in cui era ricaduto Giordano Savarin i giorni precedenti il fatto criminoso, caratterizzati da inequivocabili sintomi di una sopravvenuta pericolosa crisi persecutoria (vedi deposizioni Strain...). L'omissione fu certamente dettata dall'affetto e dalla speranza, purtroppo infondata, dei due poveri genitori, che la crisi sarebbe scomparsa o regredita. Tuttavia essa c'è stata e s'interpone come valida circostanza interruttiva tra la condotta del dott. Franco Basaglia e il crimine compiuto dal paranoico Savarin.

Ma a interrompere ancora più decisamente ogni rapporto tra questo evento e la condotta del dott. Basaglia c'è la comunicazione della dimissione del Savarin al C.I.M. Con tale atto il C.I.M. evidentemente veniva sollecitato a mettere in moto quelle che erano le proprie funzioni istituzionali: l'assistenza e la vigilanza dei dimessi dallo O.P. Cosicché era ben lecito il convincimento dei sanitari dell'O.P.P. di Trieste che l'opera dell'affidataria sarebbe stata affiancata e sorretta da quella ben più qualificata dei sanitari di tale ente, i quali non solo avevano la competenza e la capacità di assicurare che la terapia prescritta fosse seguita, bensì anche la discrezionalità di eventualmente modificarla in rapporto all'evoluzione della malattia. Nessuno, poi, era più idoneo di loro ad avvertire le prime avvisaglie di un'eventuale recrudescenza del male e adottare gli opportuni provvedimenti, non escluso quello di richiedere eventualmente un nuovo ricovero dell'ammalato. In effetti il C.I.M. è venuto clamorosamente meno a tale suo compito, e lo si vedrà più avanti. Ma le sue disfunzioni non possono essere addebitate al dott. Basaglia il quale, per di più, non le conosceva. Certo è, però, la consapevolezza di questo ultimo che vi sarebbe stato anche un organismo pubblico ad occuparsi del Savarin durante il licenziamento in esperimento rende assolutamente impossibile reperire un segno anche minimo d'imprudenza e nel deliberare la dimissione e nell'affidare l'alienato alla famiglia, sicché l'analfabetismo della Stepancich perde tutti quei sinistri connotati che vi si è voluto vedere.

S'impone, quindi, l'assoluzione dell'imputato Franco Basaglia con formula piena, e, più precisamente, perché il fatto non sussiste.

Queste ultime considerazioni chiamano alla ribalta il dott. Edoardo De Micheli. Sulla base delle deposizioni del dirigente del C.I.M., dott. Missaglia, nonché del personale medico e non medico dipendente (dott. Romano Botteghelli, Brescia, Zocchi Luciana, Grabar Adriana, Carga Teresa) la prassi seguita dal C.I.M.

può essere così ricostruita. Quando dall'O.P. giungeva la comunicazione di dimissione di un ammalato in esperimento, l'ufficio di segreteria la univa a una cartella clinica in bianco, se si trattava di un nuovo assistito, oppure la inseriva in quella già esistente, se il caso era già stato trattato. La pratica così instaurata veniva sottoposta al giudizio del dirigente dott. Missaglia che decideva a quale medico doveva essere affidata. Quindi la pratica passava al personale sanitario ausiliario che provvedeva a inviare al paziente l'invito a presentarsi all'ambulatorio per essere visitato, contenente anche la data della comparizione, avendo cura di fare trovare il giorno stabilito la cartella clinica in questione sul tavolo del medico designato. Non c'è dubbio che il caso Savarin fu affidato al dott. De Michelini. Costui, nell'interrogatorio reso al Giudice Istruttore il 14.12.1973 (foglio 251 e segg.) ha ammesso di essersi occupato del Savarin nei precedenti esperimenti, riconoscendo per sue alcune annotazioni e prescrizioni di medicinali risultanti nella cartella clinica dell'ammalato. Egli nega, però, di essere stato messo in grado di seguire il Savarin durante l'ultimo esperimento, posto che di tale dimissione egli non ebbe alcuna notizia. L'assunto è infondato.

A parte l'annotazione del 17.2.1972 sulla cartella clinica del Savarin di cui si parlerà più avanti, è incontestabile che il 5.4.1972 Giordano Savarin fu invitato a presentarsi all'ambulatorio del C.I.M. di Muggia all'11.4.1972 e che l'invito rimase senza effetto. La prova inconfutabile di tutto questo è dato dal documento a foglio 222 del fascicolo processuale consistente nell'invito stesso e nella annotazione 'Non si è presentato' che vi figura. Tale annotazione fu posta dall'assistente sanitaria del dott. De Michelini, Teresa Carga, la quale ha anche affermato di aver avuto cura, come faceva sempre, di portare con sé nell'ambulatorio di Muggia tutte le cartelle cliniche degli ammalati convocati per quel giorno. Ne deriva che il dott. De Michelini ebbe cortesemente modo di venire a conoscenza che il Savarin non si era presentato. Non è possibile ripetere il contrario perché - come ha detto l'assistente Carga - gli ammalati convocati per un giorno non erano molti, sicché una volta sbrigati quelli comparsi, sul tavolo rimanevano le eventuali pochissime cartelle cliniche invase i cui nominativi certamente non sfuggivano al dott. De Michelini. Quello del Savarin, poi, gli era già alquanto familiare perché - come s'è detto - se ne era già occupato precedentemente. Sta di fatto che il Savarin non si presentò e il dott. De Michelini null'altro fece ritenendo che il suo sterile compito di medico-burocrate fosse esaurito. È evidente che egli, al di là della pratica che ebbe davanti, non vide l'uomo Savarin, ammalato e bisognoso di essere seguito, come emergeva chiaramente sia dalle diagnosi con cui i medici dell'O.P. lo avevano affidato al C.I.M., sia dal trattamento terapeutico cui era stato già sottoposto, anche da lui in precedenza, sia dalla recidiva in cui era già ricaduto. Inoltre, come psichiatra, doveva sapere e certamente sapeva che la terapia prescritta dall'O.P. esigeva continuità e perseveranza perché solo così poteva essere efficace e poteva contenere le crisi persecutorie. Non è, quindi, solo con facile giudizio a posteriori che il comportamento del dott. De Michelini viene qualificato estremamente omissivo e negligente. La mancata comparizione del Savarin al controllo dell'11.4.1972 messa in correlazione con le suddette circostanze del caso a lui già note, avrebbe dovuto preoccuparlo molto di più e indurlo a mettere in atto un intervento più concreto e

più valido. Il minimo che avrebbe dovuto fare era quello di rinnovare l'invito; poi dare disposizioni per una visita a domicilio da parte o delle assistenti sanitarie o delle assistenti sociali che componevano l'organico del C.I.M., la cui ragione di esistere era, in definitiva, proprio questa e non la inerte assistenza ambulatoriale; infine doveva intervenire personalmente per prendere contatto diretto con l'alienato al fine di controllare non solo l'assunzione degli psicofarmaci prescritti, ma anche il suo stato di non pericolosità. Questo modo di concepire e instaurare il proprio rapporto con l'ammalato lo avrebbe sicuramente messo in grado di accertarsi che la terapia non veniva seguita e di cogliere i primi segni della crisi persecutoria che – come si può arguire dalla deposizione dello zio del Savarin, Savarin Carlo – non esplose del tutto improvvisamente e chiaramente, ma ebbe dei prodromi il cui esatto significato non avrebbe potuto sfuggire a un esperto come era il dott. De Michelini. La sua inerzia, quindi, è stata fatale e, sul piano giuridico, non può non essere posta in rapporto di causalità efficiente col gravissimo fatto compiuto dal Savarin su cui il suo controllo e la sua vigilanza avrebbero dovuto, per preciso obbligo legale, esercitarsi. Come s'è accennato, sulla cartella clinica del C.I.M. relativa al Savarin alla data del 17.2.1972 ci sono non solo la prescrizione delle stesse medicine che erano state prescritte dallo O.P., ma anche la seguente annotazione: 'Consigliato di presentarsi al nostro ambulatorio di Muggia, la madre precisa di ritenere inutile l'interessamento del dispensario di questo Centro in quanto ha già provveduto con mezzi propri'. L'istruttoria processuale ha accertato che tale annotazione fu apposta dalla assistente Zocchi. Sarebbe estremamente infondato dedurre da tale circostanza che il C.I.M. non avrebbe dovuto più interessarsi del Savarin. A parte il fatto che, essendo un organismo pubblico, giammai avrebbe dovuto abdicare alla sua funzione istituzionale sulla base di una mera richiesta dell'affidatario, in realtà il Savarin fu successivamente invitato a presentarsi all'ambulatorio di Muggia e fu assunto in carico dal dott. De Michelini. Lo stesso prof. Antonello Missaglia (il quale al dibattimento ha sostenuto che del Savarin si interessava il dott. Damiani anche dopo la dimissione e che, pertanto, la funzione del C.I.M. veniva a decadere alquanto) in istruttoria ebbe a precisare che il C.I.M. continuava a seguire un dimesso dall'O.P. anche quando questi era in cura di un altro medico, posto che comunque egli era in carico al centro indicato. Su questo punto, inoltre, è possibile cogliere anche un contrasto tra le dichiarazioni del prof. Missaglia e quelle dell'imputato De Michelini posto che costui ha escluso, o per lo meno non ha confermato, che del Savarin avrebbe dovuto continuare a interessarsi il dott. Damiani (vedi pag. 253 retro). Anzi egli in istruttoria (vedi pag. 252) disse di ricordare, sia pure vagamente, di aver parlato il 17.2.1972 con la madre del Savarin che, in quella occasione, gli rappresentò il suo intendimento di fare prendere per conto proprio le medicine al figlio: dopo di allora egli non ebbe più sentore del Savarin. S'è visto che ciò non è vero e le suddette dichiarazioni dell'imputato De Michelini costituiscono un'ulteriore riprova del suo successivo assoluto disinteressamento del Savarin, omissione, codesta, che, per essere caratterizzata, per le ragioni anzidette, da assoluta negligenza e imprudenza, è direttamente ricollegabile coll'uccisione dei genitori ad opera del Savarin.

Ne consegue che l'imputato Edoardo De Michelini dev'essere dichiarato pie-

namente colpevole del reato ascrittogli, per il quale il Tribunale – concessegli le attenuanti generiche in considerazione dell'assenza di precedenti penali – ritiene equo condannarlo alla pena di 1 anno e 4 mesi di reclusione (pena base: due anni di reclusione). Lo stato di incensuratezza dell'imputato consente di accordargli entrambi i benefici di legge.

P.Q.M.

il Tribunale, Visti gli artt. 483, 487, 488 C.P.P.

dichiara l'imputato Edoardo De Michelini colpevole del reato ascrittogli e, concessegli le attenuanti generiche, lo

condanna alla pena di anni 1 e mesi 4 di reclusione, nonché al pagamento delle spese processuali.

ordina che l'esecuzione della pena così inflitta resti condizionalmente sospesa alle condizioni e sotto le comminatorie di legge e che della condanna non sia fatta menzione nel certificato del Casellario Giudiziale.

Visto l'art. 479 C.P.P.

assolve l'imputato Franco Basaglia dal reato ascrittogli perché il fatto non sussiste.

Trieste, 25 novembre 1975.

3. Le sentenze del processo Trani ¹

Sentenza del Tribunale di Trieste n. 841/80, n. 546/80, del 19 novembre 1980

Repubblica Italiana. In nome del Popolo Italiano, il Tribunale civile e penale di Trieste – Sezione penale, composto dei magistrati: dott. A. B. presidente, dott. S. L. giudice, dott. E. N. giudice ha pronunciato la seguente sentenza nella causa penale contro

Pastore Vincenzo, libero, presente e Toresini Lorenzo, libero, presente, imputati

a) Del delitto di cooperazione in omicidio colposo – artt. 113, 589, modif. dall'art. 1 L. 11.5.66 n. 296, 1° e 3° co. C.P. – per avere, il primo quale primario dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste di turno quella mattina ed il secondo quale medico del reparto accettazione donne del medesimo nosocomio, omesso, per imprudenza e negligenza, di ricoverare, di fornire un qualsivoglia appoggio psichiatrico e financo di registrarne l'unico 'approccio' ambulatoriale, a Maria Letizia Michelazzi in Trani che la mattina del 26 giugno 1977 si era loro presentata riferendo in un colloquio durata circa quaranta minuti di essere stata ricoverata in precedenza reiteratamente in cliniche ed ospedali psichiatrici, di avere subito una operazione di psichichirurgia al cranio (lobotomia), di avere tentato una volta il suicidio, di avere un figlio piccolo nei confronti del quale sentiva degli impulsi aggressivi.

¹ Per esaminare la sentenza del processo di appello, si veda: Toresini L.(1996), *La testa tagliata. Figlicidio e leucotomia: un processo storico a due psichiatri riformatori*. Gutemberg, Roma.

sivi ed il preciso desiderio-paura di ucciderlo, che se fosse tornata a casa avrebbe fatto qualche pazzia, e ciò sebbene la stessa insistesse più volte e decisamente per essere ricoverata affermando di non sentirsi bene, di essere sconvolta, di non poterne più, limitandosi a suggerirle, senza neppure prendere nota del colloquio e delle generalità della donna, di recarsi al Centro di Igiene Mentale di Muggia, e senza cercare di rintracciarla dopo che, delusa per il rifiuto di ricovero e per la mancata assistenza, si era allontanata con una scusa, sicché la Maria Letizia Michelazzi, abbandonata a se stessa cagionava la morte del figlio Fabio di anni quattro annegandolo nella vasca da bagno.

b) Del delitto di concorso in rifiuto di atti d'ufficio – artt.110, 328 C.P. – per avere, quali incaricati di un pubblico servizio siccome rispettivamente primario di turno ed assistente addetti al reparto accettazione – donne dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste, indebitamente, perché a ciò tenuti dai sintomi presentati dalla paziente e da quanto dalla stessa riferito ed in contrasto alle disposizioni previste dall'art. 14 D.P.R. 27/3/1969 n. 128 sul regolamento interno dei servizi ospedalieri che fa carico al medico di guardia di motivare per iscritto il diniego di ricovero, rifiutato in concorso di volontà ed azione tra di loro di ricoverare Maria Letizia Michelazzi, che si era loro presentata richiedendo ripetutamente e decisamente di essere ricoverata e motivando la richiesta con le sue condizioni psichiche che la spingevano ad esternare nei confronti del figlio minore, come in effetti fece di lì a tre giorni uccidendolo, la propria aggressività. In Trieste, il 26 giugno 1977.

Fatto e diritto

Il 29 giugno 1977 Maria Letizia Michelazzi in Trani si presentava spontaneamente presso gli uffici della Squadra Mobile di Trieste confessando di aver ucciso, poco prima, il figlioletto Fabio di anni quattro, annegandolo nella vasca da bagno della propria abitazione. Accertata, tramite un immediato sopralluogo, la triste veridicità di tale allucinante affermazione si aveva modo di appurare che la donna, che aveva in precedenza persino tentato il suicidio, era stata ripetute volte ricoverata per disturbi psichici in cliniche psichiatriche e che, l'anno precedente il fatto, aveva subito in una clinica svizzera un'operazione di 'lobotomia frontale bilaterale'. Le indagini consentivano inoltre di accertare che il 26/6/1977, cioè tre giorni prima del delitto, la donna s'era recata presso l'Ospedale Psichiatrico di Trieste dove, dopo aver esposto agli infermieri Tul Elide e Rovatti Pietro le proprie condizioni psicofisiche e persino una incipiente paura-desiderio di uccidere il figlio, aveva tenuto un colloquio di circa quaranta minuti con i medici Pastore Vincenzo e Toresini Lorenzo ai quali, dopo aver esternato parzialmente i suoi timori e le sue ansie, aveva chiesto insistentemente un ricovero presso l'Istituto, che le era stato irrimediabilmente negato. Procedutosi con rito formale nei confronti della Maria Letizia Michelazzi, imputata di omicidio pluriaggravato e dei medici in ordine ai reati di cui in rubrica, la donna, riconosciuta a seguito di particolareggiata perizia psichiatrica, totalmente incapace di intendere e di volere al momento del fatto, veniva dal G.I. prosciolta per difetto assoluto d'imputabilità e ricoverata per almeno dieci anni in un ospedale psichiatrico giudiziario. Proseguiva invece l'istruzione formale a carico del Pastore Vincenzo e del Toresini Lorenzo, imputati di cooperazione in omicidio colposo e concorso in rifiuto d'atti d'ufficio; all'esito della quale

il G.I., su conforme richiesta del P.M., rinviava gli imputati al giudizio di questo Tribunale per rispondere dei reati come in rubrica. Al dibattimento, presente il Pastore Vincenzo e del Toresini Lorenzo, escussi in qualità di testi gli infermieri Tul Elide e Rovatti Pietro e sentito il marito della Maria Letizia Michelazzi, Trani Lorenzo, costituitosi parte civile, il rappresentante di quest'ultimo, il P.M. ed i difensori degli imputati concludevano come da separato verbale. Va innanzitutto preliminarmente chiarito, in ordine al delitto contestato agli imputati al capo a) di rubrica che sebbene la poco felice formulazione del capo di imputazione faccia sorgere il dubbio che l'addebito mosso al medico possa consistere in una partecipazione colposa dei sanitari in un omicidio doloso commesso da altri, figura chiaramente atipica e non prevista dalle leggi come reato, ciò che si contesta agli imputati è, piuttosto, una classica ipotesi di cooperazione in un omicidio colposo autonomo rispetto al delitto volontario posto in essere dalla donna. Si contesta cioè ai sanitari di aver cagionato, omettendo il ricovero della madre, la morte del bambino per imprudenza e negligenza consistente nel non aver fornito alla donna, mediante un adeguato approccio con la paziente, la necessaria assistenza ed il dovuto appoggio psichiatrico. Venendo ora all'analisi dei singoli elementi costitutivi del delitto 'di quo' ed innanzitutto all'accertamento della sussistenza o meno, nella fattispecie, di una omissione imputabile ai sanitari ed eziologicamente connessa con l'evento-morte, tale comportamento omissivo, penalmente rilevante, va senz'altro individuato nella violazione dell'art. della legge 18/3/1968 n. 431, norma che prevede l'ammissione del malato mentale nell'ospedale psichiatrico in dipendenza di una richiesta spontanea del paziente, e in seguito all'autorizzazione del medico di guardia: provvedimento questo, è vero, tipicamente discrezionale e consistente nella rimozione di un limite all'esercizio di un diritto soggettivo del privato ma il cui apprezzamento discrezionale è volto, in funzione di prevenzione, all'accertamento di un eventuale pregiudizio dell'interesse pubblico, più che a tutela di quello privato del richiedente: nel nostro caso le circostanze, sia pure accertata 'ex post' che la donna fosse da considerarsi persona socialmente pericolosa doveva imporre ai sanitari di autorizzare il ricovero. Ma nulla varrebbe, nella fattispecie, barricarsi a difesa della discrezionalità del provvedimento, dal momento che questa è per definizione una facoltà di scelta tra più componenti giuridicamente 'leciti'. Passando ora all'esame dell'esistenza o meno del rapporto di causalità tra l'omesso ricovero e l'evento-morte del piccolo F., esso richiede, secondo la dottrina, il verificarsi di due condizioni, l'una positiva, l'altra negativa: occorre cioè che l'uomo, con la sua omissione, abbia posto in essere una condizione dell'evento, e che il risultato non sia dovuto al concorso di fattori eccezionali sopravvenuti (art. 41 e II C.P.).

Riguardo al primo elemento l'omissione del ricovero costituisce, senza ombra di dubbio, un antecedente senza il quale la morte del bambino non si sarebbe verificata: vero è che il perito sostiene che un tale provvedimento 'non sarebbe valso a scongiurare possibili ulteriori comportamenti anormali nei confronti del figlio da parte della M. L. M.' (vedi f.189) ma è indubitabile che esso avrebbe impedito il verificarsi di quell'evento, individuato nelle precise modalità di tempo, di luogo e di azione, per il quale ora procediamo. Quanto riguarda al requisito negativo, l'eccezionalità del fattore sopravvenuto idonea a spezzare la continuità del nesso

causale va individuata nella 'non dominabilità' da parte dell'agente, del fenomeno naturale, fisico od umano verificatosi. Ipotesi che si realizza quando il risultato è determinato dal sopravvenire di fatti completamente ed astrattamente imprevedibili, che presentino cioè il carattere di una assoluta anormalità: in guisa che il fattore straordinario sopravvenuto viene ad assumere così il ruolo di vera causa dell'evento, relegando il precedente a quello di mera occasione. E anche da tale angolazione del problema risulta evidente come rientri nei poteri conoscitivi e volitivi dell'uomo medio l'astratta previsione che una donna tanto gravemente compromessa nelle sue facoltà mentali possa giungere a commettere l'insano gesto che poi puntualmente ebbe a verificarsi.

Venendo ora ad esaminare la condotta sotto il profilo dell'elemento psicologico del reato, ciò che si contesta sostanzialmente ai due medici è di non aver tenuto conto, per imprudenza e negligenza, dei rilevanti e significativi dati anamnestici forniti dalla stessa donna (lobotomia, ripetuti ricoveri in luoghi di cura psichiatrici, tentativi di suicidio) e di non aver approfondito, per estrema superficialità e leggerezza, l'analisi di quegli elementi sino a fornire alla Maria Letizia Michelazzi un adeguato e concreto apporto terapeutico. Al riguardo risulta, dall'esame degli atti processuali, che i due imputati ebbero un colloquio di circa quaranta minuti con la Maria Letizia Michelazzi, al termine del quale formularono una concorde diagnosi di 'psico-nevrosi fobico-ossessiva' e ritennero che, presentando la paziente chiari sintomi di patofobia, il ricovero richiesto sarebbe stato un rimedio non solo non adeguato ma addirittura controindicato, che avrebbe potuto ottenere un effetto negativo, anche perché i numerosi ricoveri già subiti dalla donna, indicano 'che la strada doveva essere un'altra'. Proposero perciò alla Maria Letizia Michelazzi di attendere l'imminente arrivo del dott. Norcio, sanitario dell'Ospedale, al fine di poter concordare meglio, dopo un ulteriore controllo, un efficace programma terapeutico da svolgere al domicilio della paziente, al Centro d'Igiene Mentale di Muggia, o, eventualmente, mediante ricovero all'interno dell'Istituto Psichiatrico; i due sanitari tralasciarono inoltre di prendere appunti dei dati emessi nel corso della visita, ma ciò conformemente ad una comune e diffusa prassi psichiatrica che tende a realizzare un colloquio libero e amichevole nel corso del quale lo psichiatra deve evitare di assumere toni inquisitori o di dare l'impressione 'di un cancelliere che redige un verbale'. La diagnosi formulata dai medici fu pertanto corretta, conforme non a caso a quelle precedenti e l'unica possibile rispetto ai dati anamnestici raccolti: la successiva diagnosi di schizofrenia formulata del perito si giova, evidentemente, della valutazione degli elementi forniti dall'assurdità e dalla lucida irrazionalità del gesto delittuoso, compiuto dalla Maria Letizia Michelazzi, dall'assenza del senso di colpa conseguente il fatto, etc. Lo stesso perito inoltre rileva come l'impulso, avvertito dal malato, di commettere gravi delitti integri tipicamente uno degli elementi sintomatologici e addirittura caratterizzanti la sindrome di psiconevrosi fobico-ossessiva diagnosticata dagli imputati: solo che il passaggio all'atto temuto non si verifica praticamente mai o è comunque eccezionale in manifestazioni di autolesionismo e ancor più in quelle di eterolesionismo. Tale considerazione priva, tra l'altro, di ogni decisiva rilevanza logica l'accertamento del verificarsi degli una circostanza più volte rilevata nelle testimonianze degli infermieri

Tul Elide e Rovatti Pietro e sempre smentita dagli imputati: se cioè i sanitari abbiano avuto conoscenza delle paure della donna solo di poter nuocere al figlio (per insufficienza prevalentemente di carattere pedagogico) o addirittura delle sua paura-desiderio di poterne provocare la morte. È evidente infatti che, come del resto dichiarato dagli stessi medici, tale elemento di conoscenza, per le considerazioni sovraesposte, non avrebbe indotto i sanitari, quand'anche acquisiti, a modificare la diagnosi e, conseguentemente, a disporre l'omesso ricovero. Tali rilievi verrebbero comunque a qualificare la 'colpa' rimproverata ai due imputati sotto l'aspetto dell'imperizia, addebito del resto non contestato agli stessi. Ma al di fuori di tali considerazioni non sembra possibile individuare con tecnico rigore nel supposto comportamento dei sanitari quella negligenza ed imprudenza loro alquanto vagamente contestate nel capo d'imputazione. Il colloquio con la paziente non era destinato a rimanere isolato né le diagnosi formulate, pur se corrette, alla luce dei dati in possesso dei medici, era da ritenersi definitiva: la donna, che era apparsa distendersi nel corso del colloquio, improvvisamente si allontanò e né può ragionevolmente sostenersi che il dovere di ricovero da parte degli imputati comportasse il diritto dei sanitari di trattenerne la donna spontaneamente presentatasi. Anche a voler, tuttavia, prestar credito a quanto ipotizzato dal perito, che cioè essa sia potuta consistere nel non aver fornito il necessario 'appoggio psichiatrico' alla paziente, venendo a mancare nella trattazione del caso 'quei supporti ausiliari alla terapia strettamente farmacologica che sono di fondamentale importanza nell'approccio con il malato psichiatrico', appare difettare, nella fattispecie, ogni nesso causale tra tale negligenza e l'omissione imputata ai due medici: manca ogni prova, infatti, che un approccio adeguato, nelle condizioni in cui il colloquio ebbe a verificarsi, e ciò per causa non imputabile ai sanitari, avrebbe portato il Pastore Vincenzo e il Toresini Lorenzo a modificare la diagnosi formulata, a rendersi conto della effettiva pericolosità sociale della donna e a disporre il dovuto ricovero di Maria Letizia Michelazzi. In difetto assoluto di tali inequivoche prove circa la sussistenza dell'elemento psicologico richiesto dalla norma incriminatrice, gli imputati vanno pertanto assolti dal reato di cui al capo a) di rubrica perché il fatto non costituisce reato. A conclusione sostanzialmente non diversa ritiene questo Collegio di dover pervenire con riferimento al delitto di cui al capo b) dell'imputazione.

Quanto all'elemento materiale di tale reato si è già visto come il rifiuto del ricovero ebbe costituito, nella fattispecie, un diniego di compiere un atto dovuto ed espressamente richiesto: indebito, inoltre, dal momento che si è risolto in una violazione dell'art. 4 legge etc e che costituisce un comportamento giuridicamente rilevante in quanto idoneo a ledere interessi pubblici oltre che privati. Occorre, tuttavia, con riferimento all'elemento soggettivo del reato, proprio perché si persegue non un mero rifiuto ma un comportamento 'indebito', che l'agente abbia conoscenza del dovere che in linea generale gli incombe (cfr. Cass. 8/6/62 Folgier) e per di più la consapevolezza del carattere 'indebito' dell'omissione nel caso connesso. E tale elemento difetta del tutto nella fattispecie dal momento che, come si è innanzi esposto, gli imputati, indotti dalla sintomatologia presentata dalla Maria Letizia Michelazzi, alla formulazione di una diagnosi che forniva loro una conoscenza diversa del caso clinico, non erano evidentemente consapevoli di essere tenuti al pre-

detto ricovero. Pertanto gli imputati vanno assolti anche dal reato di cui al capo b) di rubrica perché il fatto non costituisce reato per difetti di dolo. Per quanto riguarda, infine, la pretesa omissione di motivare per iscritto il diniego di ricovero contestata agli imputati nello stesso capo di imputazione, va osservato che il D.P.R. 27/3/69 n. 128, contenente la norma costitutiva di tale obbligo è volto a designare esclusivamente il servizio sanitario degli Ospedali Generali. La normativa speciale, riferibile al funzionamento degli Ospedali Psichiatrici (a partire dal R.D. 14/2/1904 n. 36 e successive modificazioni), pur prevedendo la tenuta, presso ogni istituto, della idonea documentazione concernente i ricoveri (v. art. 63 R.D. 16/8/1909 n. 615) non fissa tuttavia un obbligo dei sanitari di registrare le richieste di ricovero non accolte né tantomeno di motivare per iscritto i rifiuti di ricovero dei malati e ciò probabilmente per le necessità di evitare possibili 'schede' delle persone che liberamente si presentano a medici e per l'esigenza di salvaguardare e tutelare la personalità dell'alienato. Pertanto neppure sotto tale profilo è configurabile l'ipotesi di reato ascritta agli imputati al capo b) dell'imputazione.

P. T. M.

Visto l'art. 479 c.p.p. Assolve

Pastore Vincenzo e Toresini Lorenzo dai reati loro scritti perché i fatti non costituiscono reato. Trieste 1/11/80

Il giudice esecutore E. N.

Motivi di ricorso alla Suprema Corte di Cassazione

proposti da avv. prof. Sergio Kostoris, difensore di fiducia del dott. Toresini Lorenzo (unitamente all'avv.to prof. Giorgio Gregori di Roma)

avverso sentenza n. 881/82 dd.7/12/1982 della Corte di Appello di Trieste – Sezione Penale

1) Esercizio da parte del giudice di una potestà riservata dalla legge ad organi legislativi (art. 524 n. 2 c.p.p.)

Secondo autorevole dottrina (Vannini, "Manuale di diritto processuale penale italiano", Milano 1987, pag. 592), il motivo di ricorso ex art. 524 n. 2 c.p.p. si configura allorché

"il giudice crea per analogia una norma incriminatrice". È quanto è accaduto nella sentenza de quo a carico del dott. Toresini Lorenzo e del dott. Pastore Vincenzo. Agli imputati è stato contestato al capo a) della rubrica il delitto previsto e punito dagli artt. 113 e 589 c.p., per avere, quale medico del reparto accettazione donne dell'Ospedale Psichiatrico, "omesso, per imprudenza e negligenza, di ricoverare, di fornire un qualsivoglia appoggio psichiatrico, e financo di registrarne l'unico "approccio" ambulatoriale, Maria Letizia Michelazzi in Trani, che la mattina del 26.7.1977 si era a loro (al dott. Vincenzo Pastore e al dott. Lorenzo Toresini) presentata riferendo in un colloquio durato circa quaranta minuti di essere stata ricoverata in precedenza reiteratamente in cliniche ed ospedali psichiatrici, di avere subito un'operazione di psicotomia al cranio (leucotomia), di avere tentato una volta il suicidio, di avere un figlio piccolo nei confronti del quale sentiva degli im-

pulsi aggressivi ed il preciso desiderio/paura di ucciderlo, che se fosse tornata a casa avrebbe fatto qualche pazzia, e ciò sebbene la stessa insistesse più volte e decisamente per essere ricoverata affermando di non sentirsi bene, di essere sconvolta, di non poterne più, limitandosi a suggerirle, senza neppure prendere nota del colloquio e delle generalità della donna, di recarsi al Centro di Salute Mentale, e senza cercare di rintracciarla dopo che, delusa per il rifiuto di ricovero e per la mancata assistenza, si era allontanata con una scusa, sicché la Trani, abbandonata a se stessa, cagionava il 29.7.1977 la morte del figlio Fabio di anni quattro annegandolo nella vasca da bagno”.

Orbene, tale capo di imputazione concreta l'ipotesi prevista dal citato art. 524 n. 2 c.p.p.: è un tentativo, infatti, di costruire con uno sforzo logico, attraverso un'esasperata estensione dell'iter causale, una figura autonoma di reato, non prevista dalla legge penale. Vi è uno stridente contrasto fra il richiamo delle norme violate e la dettagliata esposizione del fatto addebitato. Da un lato gli artt. 113 e 589 c.p., postulano, nel caso de quo, la "cooperazione" dei due medici nella commissione di un omicidio "colposo", e, si noti bene, di cooperazione si parla nell'art. 113 c.p., articolo che con tale dizione pone l'accento sulla peculiarità di tale situazione rispetto al "concorso" previsto per i reati dolosi. Dall'altro l'esposizione del fatto parla chiaramente di cooperazione "colposa" dei due sanitari in omicidio "doloso" commesso da altri. Posto che, come appena affermato, la "cooperazione" si ha nel reato colposo, ci si chiede come sia possibile estendere tale cooperazione, che dovrebbe quindi trasformarsi in un concorso, ad un reato doloso. Il contrasto è insanabile e sottintende nel caso de quo un tentativo di rendere punibile una fattispecie non prevista come reato dalla legge penale arbitrario estendere la norma dell'art. 113 c.p. fino a configurare una ipotesi di concorso colposo in reato doloso, qual è, stante l'inequivoca formulazione del fatto contestato, l'ipotesi oggetto del processo. Si noti bene che le uniche ipotesi di "cooperazione o agevolazione colposa" in delitto doloso, sono quelle tassativamente previste nella parte speciale del codice (artt. 254, 259, 326 capoverso c.p. ecc.). Il capo d'imputazione contestato viola il principio "nullum crimen sine lege" sancito dall'art. 1 c.p. e dall'art. 25 della Costituzione della Repubblica Italiana, la tassatività della legge penale. Si aggiunga che la dottrina dominante (Bettiol, Antolisei) esclude che si possa profilare una partecipazione colposa a delitto doloso. Secondo il Bettiol infatti, si arriverebbe a "conseguenze che urtano contro la costituzione unitaria del reato voluta dal legislatore in tema di partecipazione. Nell'ipotesi di un concorso di più persone in un reato questo rimane unico anche se non tutti i concorrenti possono essere chiamati a risponderne. Non ci troviamo, invero, di fronte ad una pluralità di reati di concorso imputabili anche a titoli soggettivi diversi, ma ad un reato unico il cui titolo di responsabilità deve essere identico per tutti i concorrenti" (Bettiol, "Diritto Penale", Padova 1966, pag. 519). Per l'Antolisei "va escluso il concorso colposo nel delitto doloso" ("Manuale di diritto penale", Milano 1975, pag. 471). Anche la giurisprudenza della Suprema Corte riguardo la ratio dell'art. 113 c.p. è univoca sul punto: "La cooperazione di cui all'art. 113 c.p., infatti, riguarda soltanto le condotte esteriori e la loro confluenza coordinata e consapevole e non investe in alcun modo l'evento giacché l'essenza di questa figura giuridica è proprio il risultato non voluto. Inoltre nella cooperazione colposa la convergenza dei comportamenti, a

differenza che nella compartecipazione delittuosa, non richiede la volontà di contribuire con il proprio operato alla realizzazione del crimine (Cass. sez. VI, 29 gennaio 1977 n. 1511 Renzi – ud. 27 ottobre 1967)”. Ancora: “La cooperazione nella condotta colposa non implica convergenza di consensi nella causazione dell’evento che ne deriva; evento che, ancorché prevedibile e previsto, resta nondimeno non voluto, con la conseguenza che alla convergenza di comportamento va attribuita natura ed effetto di semplice occasione, anziché di volizione causale dell’evento (Cass. sez. VI, 4 giugno 1976, n. 6702 – ud. 17 dicembre 1975 – Esposito)”. Da quanto esposto risulta che la cooperazione ex art. 113 C.P. ha per presupposto essenziale il fatto che l’evento non è voluto; di conseguenza risulta, una volta di più, evidente la forzatura contenuta nel capo di imputazione de quo, configurante un omicidio colposo concorrente con un omicidio volontario; come già dimostrato tale figura di reato non è prevista dalla nostra legge penale e, stante il divieto di analogia che regola la materia, non vi è dubbio riguardo l’esercizio da parte del giudice, nel caso in esame, di una potestà riservata dalla legge ad organi legislativi ex art. 524 n. 2 c.p.p.

2) Inosservanza delle norme del codice di procedura penale ex art. 524 n. 3 c.p.p. in relazione all’art. 475 n. 3 c.p.p.

In ogni caso la sentenza de quo configura una inosservanza delle norme del codice di procedura penale stabilite a pena di nullità: viola infatti l’art. 475 n. 3 c.p.p. poiché è contraddittoria. Il giudice di II grado pone a base della parziale riforma della sentenza di I grado e del conseguente proscioglimento con formula dubitativa del dott. Toresini Lorenzo e del dott. Pastore Vincenzo il fatto che sulla base degli elementi raccolti nel corso del non lungo colloquio i due medici hanno fatto una diagnosi che se sorretta da una normale prudenza e diligenza avrebbe dovuto “imporre il ricovero della Trani non per la cura della nevrosi fobico ossessiva, ma per l’approfondimento delle indagini e degli esami”. Orbene, tale affermazione contraddice a quanto affermato dal giudice stesso a pag. 4 della sentenza, ove si riconosce che “il ricovero fu rifiutato alla Trani correttamente “in base ad una diagnosi (psicosi fobico-ossessiva) in cui “il ricovero non soltanto non è, quindi, necessario ma è addirittura controindicato poiché non fa che accrescere ed incrementare paure ed ossessioni”. La giurisprudenza della Suprema Corte è univoca e consolidata sul punto: “Il vizio di contraddittorietà della motivazione è configurabile solo quando le ragioni logico-giuridiche su uno stesso fatto o su un complesso di fatti aventi influenza sul thema decidendum”, siano reciprocamente inammissibili nel senso che si escludono o si rendono inconciliabili vicendevolmente. In altri termini, esso consiste nel contrasto concettuale che infirma l’iter logico-giuridico della sentenza sì da rendere incomprendibile la ratio decidendi (Cass. sez. I, 9 febbraio 1979, n. 1555 (ud. 24 novembre 1978) Sarasso)”. “La contraddittorietà di motivazione è configurabile solo quando le considerazioni logico-giuridiche su uno stesso fatto o su un complesso di fatti, aventi influenza determinante per il thema decidendum, siano reciprocamente inammissibili, nel senso che si escludono o si rendono inconciliabili vicendevolmente (Cass. sez. IV, 1 ottobre 1973, n. 1706, Rep. 1975, 7070). Null’altro occorre aggiungere per evidenziare la nullità ex art. 475 n. 3 c.p.p. da cui è affetta la sentenza di II grado.

3) Inosservanza delle norme del codice di procedura penale ex art. 524 n. 3 c.p.p. in relazione all’art. 152 II comma c.p.p.

La sentenza di II grado ha dichiarato non doversi procedere nei confronti del dott. Toresini Lorenzo e del dott. Pastore Vincenzo in ordine al reato sub b) di rubrica per essere il reato stesso estinto per intervenuta amnistia. In realtà il capo di imputazione sub b) che espressamente richiama l'art. 14 del D.P.R. 27/3/1969 n. 128 ipotizza un reato non configurabile nel caso de quo. La normativa citata, che sancisce l'obbligo di motivare per iscritto il diniego di ricovero dell'infermo, è volta a disciplinare esclusivamente il servizio sanitario degli Ospedali Generali. La normativa speciale, riferibile al funzionamento degli Ospedali Psichiatrici (a partire da R.D. 14.2.1904 n. 36 e successive modificazioni), pur prevedendo la tenuta, presso ogni istituto, della idonea documentazione concernente i ricoveri (cfr. art. 63 R.D. 16/8/1909 n. 615) non fissa un obbligo dei sanitari di registrare le richieste di ricovero non accolte né tantomeno di motivare per iscritto i rifiuti di ricovero dei malati. Non è configurabile di conseguenza nei confronti del dott. Toresini Lorenzo e del dott. Pastore Vincenzo la fattispecie criminosa prevista dal capo b) dell'imputazione.

Di conseguenza la sentenza de quo viola l'art. 152 II comma c.p.p. configurando un'ipotesi di inosservanza delle norme del codice di procedura penale ex art. 524 n. 3 c.p.p. La Suprema Corte, chiamata a giudicare sul punto, ha statuito: "l'imputato ha interesse ad impugnare con ricorso per Cassazione la sentenza che dichiara estinto il reato invocando una formula più ampia di proscioglimento a norma dell'art. 152 c.p.p." (Cass., I sez., 28 febbraio 1952 in Foro Penale, 1952, col. 379).

In base alle suesposte premesse si evidenzia la nullità da cui è affetta la sentenza di II grado e

P.Q.M.

chiede l'annullamento della sentenza ricorso a carico dei dott. Toresini Lorenzo e Pastore Vincenzo

Trieste-Roma, 24 gennaio 1983 avv. prof. Sergio Kostoris

Sentenza di Cassazione, IV sez. Penale, 11 ottobre 1996, n. 9542

Repubblica Italiana. In nome del Popolo Italiano

La Corte Suprema di Cassazione Sezione IV Penale s e n t e n z a sul ricorso proposto da:

1) dott. Pastore Vincenzo; 2) dott. Toresini Lorenzo; 3) Lorenzo Trani, rapp. e difeso dall'avv.to Ezio Volti del Foro di Trieste - parte civile, avverso la sentenza 7.12.82 della Corte di appello di Trieste

Visti gli atti, la sentenza denunciata ed il ricorso, Udita in pubblica udienza la relazione fatta dal Consigliere dr. F.C., Udito il Pubblico Ministero in persona del Sostituto Procuratore Generale, che ha concluso per il rigetto dei ricorsi, Uditi i difensori avv. Umberto de Luca per il dott. Pastore Vincenzo e avv. Sergio Kostoris per il dott. Toresini Lorenzo i quali hanno concluso per l'accoglimento dei relativi ricorsi

Svolgimento del Processo

Con sentenza 18/11/80 il Tribunale di Trieste assolveva con formula ampia

(fatto non costituente reato) i dottori Pastore Vincenzo e Toresini Lorenzo, sanitari dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste, imputati:

a) del delitto di cooperazione in omicidio colposo – artt. 113, 589 modific. dall'art. 1 L.11/5/66 n. 296, 1° comma C.P. – per avere, il primo quale primario dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste di turno quella mattina, ed il secondo quale medico del reparto accettazione donne del medesimo nosocomio, omesso, per imprudenza e negligenza, di ricoverare, di fornire un qual si voglia appoggio psichiatrico e financo di registrarne l'unico "approccio" ambulatoriale, Maria Letizia Michelazzi in Trani che la mattina del 26 luglio 1977 si era loro presentata riferendo, in un colloquio durato circa quaranta minuti, di essere stata ricoverata in precedenza reiteratamente in cliniche ed ospedali psichiatrici, di aver subito un'operazione di psicotomia al cranio (leucotomia), di avere tentato una volta il suicidio, di avere un figlio piccolo nei confronti del quale sentiva degli impulsi aggressivi ed il preciso desiderio-paura di ucciderlo, che, se fosse tornata a casa, avrebbe fatto una pazzia, e ciò sebbene la stessa insistesse più volte e decisamente per essere ricoverata affermando di non sentirsi bene, di essere sconvolta, di non poterne più, limitandosi a suggerirle, senza neppure prendere nota nel colloquio delle generalità della donna, di recarsi al Centro di Salute Mentale di Muggia, e senza cercare di rintracciarla dopo che, delusa per il rifiuto di ricovero e per la mancata assistenza, si era allontanata con una scusa, sicché la Trani, abbandonata a se stessa, cagionava, il 29 giugno, la morte del figlio Fabio di anni quattro, annegandolo nella vasca da bagno;

b) del delitto di concorso in rifiuto di atti di ufficio – artt. 110 e 328 C.P. – per avere, quali incaricati di un pubblico servizio siccome rispettivamente primario di turno ed assistente addetto al reparto accettazione donne dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste, indebitamente, perché a ciò tenuti dai sintomi presentati dalla paziente e da quanto dalla stessa riferito ed in contrasto alle disposizioni previste all'art. 14 D.P.R. 27.3.1969 n. 128 sul regolamento interno dei servizi ospedalieri che fa carico al medico di guardia di motivare per iscritto il diniego di ricovero rifiutato in concorso di volontà ed azione tra di loro di ricoverare Maria Letizia Michelazzi in Trani, che si era loro presentata richiedendo ripetutamente e decisamente di essere ricoverata e motivando la richiesta con le sue condizioni psichiche che la spingevano ad esternare nei confronti del figlio minore, come in effetti fece di lì a tre giorni uccidendolo, la propria aggressività.

Su impugnazione del Procuratore della Repubblica presso il suddetto Tribunale la relativa Corte di Appello con sentenza 7.12.1982 mutava la formula di assoluzione degli imputati in quella dubitativa sulla considerazione che, a seguito del colloquio con la donna, i sanitari avevano ritenuto di essere in grado di diagnosticare non una vera e propria malattia mentale ma soltanto un disturbo della psiche e cioè una nevrosi fobico ossessiva per cui, sulla base di quella inesatta diagnosi avevano rifiutato il ricovero della Trani, mentre una maggiore prudenza ed una minore negligenza e superficialità avrebbero dovuto indurre i due medici a non azzardare alcuna diagnosi e a disporre invece quelle lunghe e complesse indagini e quei ripetuti esami che sicuramente avrebbero loro consentito, così come hanno consentito ai periti di ufficio, di individuare la vera e gravissima malattia mentale da cui la Trani era affetta.

Avverso tale sentenza sono ricorsi per Cassazione tanto la parte civile (Trani Lorenzo, marito della Trani) quanto gli imputati.

Motivo della decisione

Preliminarmente va rilevato che, dall'esame degli atti, non risulta essere stata eseguita la notificazione, ex art. 202 c.p.p., della dichiarazione di ricorso della parte civile la quale, pertanto, è decaduta dal diritto alla proposta impugnazione con la conseguenza che il suo ricorso deve essere dichiarato inammissibile. Gli imputati hanno lamentato, tra l'altro, la contraddittoria motivazione della sentenza impugnata. Il dott. Pastore Vincenzo si è doluto che la Corte di merito abbia ravvisato un obbligo di ricovero ai fini di approfondimento della diagnosi senza considerare che non è prescritto un ricovero "coatto" a tale fine ma solo per il caso di alienato mentale "pericoloso per sé e per gli altri o che riesca di pubblico scandalo" e che non poteva farsi riferimento all'ammissione volontaria di cui all'art. 4 L. 18.3.1968 n. 431 poiché, in tale ipotesi, il sanitario è titolare non già di un dovere ma solo di un potere di autorizzazione subordinata alla sua valutazione. Il motivo non ha pregio. Le suddette distinzioni non sono state affatto operate dai giudici di merito i quali non hanno mai fatto riferimento alla predetta legge ma hanno precisamente contestato ai pervenuti di avere... indebitamente... rifiutato di ricoverare la donna, così violando il citato art. 14 D.P.R. 27.3.1969 n. 128 valevole per tutti i tipi di ricovero, dopo di avere conosciuto, dalla donna medesima, i suoi precedenti anamnestici, le sue fobie e, in complesso, il suo stato patologico che avrebbe dovuto consigliare loro di ricoverarla per un approfondimento delle indagini ai fini di disporre o meno, successivamente, un ricovero coatto, tanto più che gli elementi della pericolosità per sé e per gli altri trasparivano dal racconto della Trani per cui sarebbe stato opportuno accertare sia la veridicità del racconto stesso e sia l'effettivo stato di Salute Mentale della paziente che, in un momento di lucida autocoscienza, chiedeva di essere ricoverata e di essere posta in condizioni di non nuocere. Non sussiste, pertanto, nella sentenza impugnata, il denunciato vizio della contraddittorietà della motivazione perché il ragionamento del giudice di appello, sull'argomento, è improntato alla più assoluta logicità e coerenza e ai più esatti postulati scientifici, oltre che ai più fondati criteri giuridici, in modo da fornire un quadro preciso della realtà processuale perfettamente rispondente alla situazione di fatto oggetto del procedimento. Il vizio della contraddittorietà della motivazione si ha, come questa Corte Suprema ha ripetutamente affermato, quando non soltanto siano inconciliabili fra di loro le considerazioni logico-giuridiche relative ad uno stesso fatto o ad un complesso di fatti, ma anche quando vi sia disarmonia tra la motivazione e il dispositivo, di guisa che ne risulti non solo una conclusione priva di giustificazione logica, ma anche la prospettazione di una realtà diversa da quella che avrebbe dovuto, invece, risultare. Nulla di tutto ciò si rileva nella sentenza impugnata. Il dott. Lorenzo Toresini ha espresso analoga doglianza, rilevando che la sentenza impugnata ha posto a base del mutamento della formula assolutoria da piena a dubitativa il fatto che essi prevenuti, sulla base degli elementi raccolti nel corso del non lungo colloquio, formularono una diagnosi che, se sorretta da una normale prudenza e diligenza, avrebbe dovuto imporre il ricovero della Trani non per la cura della nevrosi fobico ossessiva ma per l'approfondimento delle indagini e degli esami, in

contrasto con quanto affermato in precedenza, cioè che il ricovero era stato correttamente rifiutato in base alla diagnosi di una infermità per la quale il ricovero stesso non era necessario, anzi era addirittura controindicato. Il motivo non è fondato. Invero, come leggesi nella sentenza impugnata, la Corte di merito ha premesso la inesattezza della diagnosi dei due sanitari, ha escluso l'ipotesi dell'imperizia sia perché non specificamente contestata e sia perché non sarebbe stata penalmente rilevante, ha rilevato che la nevrosi fobico ossessiva erroneamente diagnosticata indusse i due medici a non disporre subito il ricovero della donna perché controproducente in quei casi, essendo più indicato l'ambiente familiare, ed ha concluso che una maggiore prudenza avrebbe sicuramente orientato diversamente i due sanitari nel senso del ricovero per più approfonditi ed adeguati esami. L'errore diagnostico de qua non era manifesto, cioè individuabile *ictu oculi*, ma è stato spiegato dalla perizia che, dopo lunghe e laboriose indagini e dopo ripetuti esami della paziente, ha accertato la sussistenza di una schizofrenia (vera e propria malattia mentale e non semplice turba psichica) "mascherata da una pseudonevrosi". È proprio questo mascheramento che spiega, solo in parte giustificandolo, l'errore diagnostico e costituisce un obiettivo elemento a favore dei prevenuti. Tale elemento è contrastato dalla già esposta considerazione che il risultato di un colloquio di quaranta minuti, col quale i sanitari seppero di tutte le patologie della donna e potettero — o avrebbero potuto — farsi un quadro chiaro delle effettive condizioni della stessa, avrebbe dovuto consigliare i primi a disporre, sia pure a titolo cautelativo, il ricovero della paziente. Questa considerazione milita contro e a carico dei prevenuti. Si concreta così l'ipotesi classica che legittima l'assoluzione dubitativa: un complesso di elementi probatori di accusa, di tale entità da potere giustificare di per sé stessi un'affermazione di colpevolezza, accompagnato da un complesso di elementi favorevoli che potrebbero, se prevalessero sui primi, legittimare l'esclusione della responsabilità dell'imputato ma tali che, senza giungere a svalutare i primi, sono tuttavia sufficienti, per il loro effetto contrastante, ad ingenerare nel giudice il dubbio sulla responsabilità dell'imputato. Ora, perché il giudice possa pronunciare sentenza di assoluzione per insufficienza di prove, è necessario che valuti, col massimo scrupolo e con la logica più rigorosa, tutti indistintamente gli elementi utili offerti dagli atti processuali, siano essi a favore che contro l'imputato, e dimostri poi, con motivazione esauriente ed immune da difetti, che tali elementi, per la loro incompletezza o debole efficacia o per il loro significato contrastante, non consentono il superamento dello stato di perplessità del decidente. Il dubbio, quindi, non deve rappresentare soltanto un fatto psicologico del giudice, ma deve rispecchiare fedelmente l'obiettiva incertezza delle prove processuali, così che chiunque possa esserne partecipe. Esso, cioè, deve esistere nel processo prima che nella mente del giudice e correttamente il pensiero dubbioso deve poi prendere forma e consistenza nella sentenza che lo esprime. Tutto ciò è stato esattamente operato dal giudice di appello e si apprezza nella sentenza impugnata.

Inoltre il sindacato di questa Suprema Corte sulla sentenza assolutoria con formula dubitativa non può giungere all'esame della fondatezza del dubbio perché ciò implicherebbe una valutazione critica delle prove raccolte, vale a dire che importerebbe una indagine di fatto inibita in questa sede di giudizio, ma deve limitarsi a

controllare la motivazione sulle ragioni di dubbio manifestate dal giudice di merito, esaminare cioè se il giudice abbia espresso il proprio convincimento con manifestazione immune da errori e pervenire all'annullamento della sentenza soltanto quando, dalle premesse di fatto, risulti che il dubbio sulla colpevolezza dell'imputato non poteva in alcun modo sussistere. Viceversa, quando gli elementi dell'accusa non siano stati del tutto svalutati ma ne sia stata soltanto attenuata l'efficacia probatoria in seguito alla valutazione critica degli elementi contrari, allora la sentenza del giudice di merito non merita di essere censurata; né può parlarsi della contraddittorietà della motivazione basata sul contrasto delle opposte argomentazioni perché la logica conclusione di questo contrasto è appunto la perplessità che determina l'assoluzione dubitativa.

Il dott. Pastore Vincenzo ha dedotto ancora la violazione della legge penale per non avere la Corte d'Appello di Trieste tenuto presente che il reato di omissione di atti di ufficio, a parte che implica una inerzia del soggetto e non già un semplice giudizio negativo (sul ricovero), nella specie non ricorreva perché la norma di cui all'art. 14 D.P.R. 27.3.1969 n. 128 contestata è prevista per gli enti ospedalieri in genere e non anche per quelli psichiatrici disciplinati da specifiche disposizioni. Il motivo non ha fondamento giuridico.

La norma dispone che "in ogni ospedale" deve essere assicurato un continuo servizio di accettazione sanitaria variamente espletato, a seconda che trattasi di ospedale regionale, provinciale o di zona, ma non opera alcuna distinzione tra materie o specialità mediche o chirurgiche per cui l'accettazione o il rifiuto motivato del ricovero dell'ammalato sussiste per qualsiasi specie di ospedale e di pazienti e non è possibile, ai suddetti effetti, una giuridica distinzione (*ubi lex non distinguit nec nos distinguere debemus*), anzi, come ha esattamente rilevato il Procuratore appellante, un tale obbligo ha una specifica e pregnante ragione di essere proprio in relazione alla funzione degli ospedali psichiatrici "e non è neppur vero che l'esclusione di un tale obbligo possa derivare, per gli ospedali psichiatrici, dalla ratio di non creare schedature in quanto, come atti pubblici, il loro contenuto è coperto dal segreto d'ufficio".

Il dott. Pastore Vincenzo ha dedotto inoltre sia la mancanza, nella specie, del nesso causale che la sua immotivata efficienza in quanto tra l'omesso ricovero e la morte del bambino vi sarebbe stata una soluzione di continuità costituita dalla "eccezionalità" del comportamento della donna. Le motivazioni non hanno pregio.

Premesso che il fatto causativo di un evento dannoso può consistere tanto in un'azione quanto in un'omissione che ha per presupposto l'obbligo giuridico di impedire l'evento e non la semplice violazione del generale principio del *neminem laedere*, per l'accertamento del nesso causale tra omissione ed evento non basta la ricerca di un generico connotato di non qualificata antidoverosità o riprovevolezza, ma occorre la precisa individuazione, a carico del soggetto cui si imputa l'omissione, di un vero e proprio obbligo giuridico di impedire l'evento lamentato; quest'obbligo, da accertare caso per caso, può derivare direttamente dalla norma ovvero da una specifica situazione per la quale il soggetto, chiamato a rispondere dell'evento per non averlo impedito, fosse tenuto a compiere una determinata attività proprio a protezione dell'interesse leso.

Nella specie il fatto omissivo degli imputati, il relativo nesso causale e l'efficienza del nesso stesso con l'evento si colgono precisamente e con tutta evidenza già negli stessi capi di imputazione letteralmente riportati in narrativa: si presumono contestualmente dal contenuto e dalla congrua ed adeguata motivazione della sentenza impugnata.

Il dott. Toresini Lorenzo ha denunciato, col primo motivo di ricorso, la violazione del principio "nullum crimen sine lege" in quanto il giudice di appello avrebbe creato un nuovo tipo di reato: la cooperazione colposa per un reato doloso. La doglianza è infondata.

Invero, tenuto conto della fattispecie in esame, così come emersa dalle precise risultanze processuali, il ricorrente ha proposta una visione giuridicamente distorta del fenomeno giacché la morte del bambino ad opera della Trani non può qualificarsi come delitto doloso ma deve ritenersi quello che, in effetti, esso è stato: un puro e semplice "fatto giuridico", cioè un avvenimento modificatore della realtà con conseguenze giuridiche, ma non inquadrabile nel concetto di "reato" per l'assoluta mancanza dell'elemento essenziale della volontà (la Trani fu prosciolta in istruzione per totale incapacità di intendere e di volere al momento del fatto). Pertanto la questione va posta, come rettamente lo è stata dai giudici di merito, esclusivamente sul piano del nesso di causalità e, così inquadrata, ha avuta l'unica, esatta e logica soluzione posta a base delle conclusioni di cui alla sentenza impugnata. Gli altri motivi proposti dal ricorrente (contraddittoria motivazione della sentenza e non ricorrenza, nella specie, del citato art. 14) analoghi a quelli proposti dal Pastore, sono stati tracciati in precedenza. Per le fatte considerazioni nessuna censura merita la sentenza impugnata perché del tutto immune da vizi logici o giuridici e la cui valutazione degli elementi obiettivi, sorretta da una motivazione assolutamente adeguata e corretta, si sottrae a qualsiasi sindacato di legittimità.

Pertanto i ricorsi vanno respinti.

P. Q. M.

La Corte, letti gli artt. 537 e 549 c.p.p., dichiara inammissibile il ricorso della parte civile, rigetta i ricorsi degli imputati e condanna in solido i ricorrenti al pagamento delle spese processuali.

Il consigliere estensore Il Presidente

4. La sentenza della Cassazione, Sezione IV Penale, 11 marzo 2008, n. 10795

La Corte osserva:

1) La sentenza di primo grado

Il Giudice dell'udienza preliminare presso il Tribunale di Bologna, con sentenza 25 novembre 2005, ha condannato P. E., all'esito del giudizio abbreviato, alla pena ritenuta di giustizia (con le conseguenti statuizioni civili a favore della parti civili) per il delitto di omicidio colposo in danno di C. A. commesso in Imola il 24

maggio 2000. Il processo trae origine da una tragica vicenda verificatasi, il giorno indicato, all'interno della comunità "Albatros", sita in Imola, nella quale era ricoverato un paziente psicotico, M. G., che il giorno indicato aveva aggredito con un coltello C. – educatore che prestava servizio presso la comunità – cagionandone la morte. Al dott. P. medico psichiatra che svolgeva la sua attività terapeutica presso la comunità, era stato addebitato di aver omesso di valutare adeguatamente i sintomi di aggressività manifestati da M. (anche specifici nei confronti di C.), di aver ridotto – e poi sospeso – la somministrazione di una terapia farmacologica di tipo neurolettico in modo tale da renderla inidonea a contenere la pericolosità del paziente e di aver omesso di richiedere il trattamento sanitario obbligatorio in presenza di sintomi che rendevano necessaria tale iniziativa. In particolare il primo giudice ha ritenuto che la condotta del medico fosse caratterizzata da colpa per avere prima ridotto e poi sospeso la somministrazione del farmaco (Moditen) di tipo "depot" che gli veniva somministrato senza un'adeguata anamnesi e senza una corretta valutazione della situazione di recrudescenza dei sintomi di aggressività che caratterizzavano il paziente; per non aver commisurato la quantità e qualità delle visite alla situazione e non aver accompagnato la riduzione della terapia con misure di supporto; per aver omesso di richiedere il t.s.o. Ha ritenuto inoltre che queste condotte colpose si ponessero in rapporto di causalità con l'evento verificatosi; in particolare la modifica del trattamento farmacologico aveva comportato un aggravamento della patologia e una recrudescenza dell'aggressività del paziente.

II) La sentenza d'appello

La Corte d'Appello di Bologna, con sentenza 12 gennaio 2007, ha confermato la sentenza di primo grado. Dopo aver respinto la richiesta di acquisizione di una consulenza tecnica d'ufficio svolta in un giudizio civile e ritenuto inutilizzabile un parere *pro veritate* di cui la difesa aveva chiesto l'acquisizione, la Corte ha ripercorso i fatti che hanno dato luogo al presente processo condividendo le valutazioni del primo giudice sulla natura colposa della condotta dell'imputato per avere, il dott. P., prima ridotto e poi sospesa la terapia farmacologica che assumeva. In particolare i giudici di secondo grado hanno condiviso il parere dei periti nominati dal primo giudice i quali avevano rilevato che le linee guida internazionali prevedono la riduzione della terapia solo dopo cinque anni di mancanza di episodi psicotici. Questi episodi ai erano invece verificati in tempi recenti tanto che il precedente primario, dott. V., aveva raccomandato che non venisse ridotta la terapia somministrata a M. Inoltre la riduzione era avvenuta in modo non conforme alle prescrizioni delle linee guida conducendo così il paziente ad uno scompenso conclamato come risultava da vari episodi: il paziente, in più occasioni, aveva lamentato la sparizione del suo danaro in banca, aveva manifestato il timore di essere avvelenato, aveva affermato che il suo medico era morto, circostanza non vera; a questo scompenso è stato ritenuto causalmente ricollegata la crisi – che aveva condotto all'aggressione dell'educatore da parte del paziente. In conclusione la Corte ha ritenuto che qualora, a scompenso conclamato, il dott. P. avesse adottato adeguate misure terapeutiche di pronta efficacia non vi sarebbe stata l'aggressione nei confronti della persona offesa. Inoltre la Corte ha ritenuto che, oltre a queste condotte

di natura commissiva, ve ne fosse una di tipo omissivo, in rapporto di causalità con l'evento, costituita dall'omessa richiesta del t.s.o. in una situazione che rendeva necessaria la richiesta medesima sia per l'esistenza di una situazione di scompenso che per il rifiuto del paziente di assumere la terapia iniettiva. La Corte di merito ha concluso ribadendo gli elementi di colpa già ricordati ed inoltre precisando, ad ulteriore conferma dell'inadeguatezza della terapia, che il dott. P., quando si era reso conto della modifica peggiorativa della situazione patologica, aveva introdotto nella terapia un farmaco antipsicotico di pronto effetto ma in dose inadeguata rispetto alla gravità della situazione.

III) I motivi di ricorso

Contro la sentenza della Corte bolognese (nonché contro l'ordinanza 12 gennaio 2007 che ha rigettato le richieste di cui ai primi due motivi di ricorso di cui infra) ha proposto ricorso P. E. il quale ha dedotto i seguenti motivi d'impugnazione.

a) Con il primo motivo si deduce la violazione dell'art. 606 comma 1° lett. *d* ed *e* del codice di rito con riferimento alla mancata acquisizione di una consulenza tecnica d'ufficio disposta nell'ambito del giudizio civile avente il medesimo oggetto e come parti gli eredi di C., la coop. Albatros e l'AUSL di Imola. La richiesta è stata respinta dalla Corte di merito che non ha però considerato che si trattava in realtà di un rito "riaperto" d'ufficio perché il giudice, dopo aver disposto l'integrazione probatoria prevista dall'art. 438 comma 5° c.p.p., aveva poi d'ufficio disposto una perizia. Da ciò conseguiva, secondo il ricorrente, che doveva ritenersi riaperta anche per le parti la possibilità di acquisire elementi di prova necessari per il giudizio e ciò aveva formato oggetto di un motivo d'appello. I giudici di secondo grado, respingendo la richiesta ritenendola preclusa perché si era proceduto con il rito abbreviato, non hanno considerato che il rito abbreviato ha perso le caratteristiche originarie di processo allo stato degli atti e ciò ha reso applicabile a tale rito l'intera disciplina prevista dall'art. 603 c.p.p. ed in particolare le disposizioni previste dal 2° comma nel caso di prove nuove sopravvenute dopo il giudizio di primo grado. La Corte di merito non avrebbe inoltre tenuto conto della circostanza che il giudizio abbreviato era stato dall'imputato subordinato all'integrazione probatoria; il che, secondo la giurisprudenza di legittimità, consente la rinnovazione dell'istruzione in appello e comunque non può escludere il diritto alla controprova a favore dell'imputato anche nel giudizio di appello verificandosi, in caso contrario, una grave lesione del diritto di difesa. In ogni caso, secondo il ricorrente, è sempre consentito alla parte di sollecitare al giudice d'appello l'esercizio dei poteri officiosi ai sensi dell'art. 603 c.p.p. e la mancanza di motivazione sul diniego di esercitare questi poteri è censurabile in cassazione. Per di più, secondo il ricorrente, la natura documentale del documento di cui si era chiesta l'acquisizione non richiedeva neppure la riapertura dell'istruzione dibattimentale per il combinato disposto degli artt. 441 co. 1° e 421 co. 3° c.p.p.

b) Con il secondo motivo di ricorso si deduce il vizio di motivazione e la violazione dell'art. 121 c.p.p. per il diniego di acquisire al fascicolo un parere *pro veritate* espresso da un esperto in materia psichiatrica che la Corte ha ritenuto non potersi acquisire considerandola una consulenza tecnica di parte proveniente da per-

sona che non rivestiva la qualità di consulente tecnico. Al di là della correttezza delle ragioni indicate dalla Corte nel ricorso si sottolinea che i difensori – che avevano firmato il parere – avevano chiesto espressamente che l'elaborato venisse considerato come memoria difensiva e a questa richiesta la Corte non ha fornito alcuna risposta.

c) Con il terzo motivo di ricorso si censura invece la sentenza impugnata per aver affermato che esisteva un obbligo giuridico, per il dott. P., di richiedere il trattamento sanitario obbligatorio nei confronti di M. G. Il ricorrente precisa al contrario che il t.s.o. può essere richiesto solo in presenza di tre presupposti: alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici; mancata accettazione di tali interventi da parte dell'infermo; impossibilità di adottare idonee misure sanitarie extraospedaliere. La proposta deve essere convalidata da un medico psichiatra e ulteriormente convalidata dal sindaco. Infine il giudice tutelare nelle 48 ore successive deve verificare la correttezza del provvedimento e decidere se confermarlo o farlo decadere. Dall'esame di questa complessa procedura consegue, secondo il ricorrente, che la procedura è finalizzata alla tutela del paziente e quindi sarebbe contrario a queste finalità far prevalere le esigenze di tutela della collettività rispetto al principio della libertà di cura. Nel caso di specie il dott. P. si è attenuto a questi principi perché, nella visita del 18 maggio (l'omicidio è avvenuto il 29 maggio), avendo constatato il peggioramento delle condizioni del paziente, aveva ripristinato il trattamento farmacologico in precedenza ridotto e poi sospeso e, a fronte del rifiuto della cura da parte del paziente, aveva raggiunto un accordo con il medesimo perché l'iniezione venisse effettuata dal medico di base. Cosa che era effettivamente avvenuta. In definitiva: con l'assunzione volontaria della cura era venuto meno il presupposto del rifiuto della cura. In ogni caso l'eventuale obbligo di richiedere il t.s.o. sarebbe spettato al medico che aveva visitato per ultimo il paziente, cioè la dott. D'A., medico di base che aveva somministrato la terapia il 19 maggio. D'altro canto la comunità Albatros era attrezzata per la sorveglianza e l'osservazione dei pazienti avendo a sua disposizione educatori ed assistenti oltre ad uno psichiatra di turno (diverso dal dott. P. che era lo psichiatra curante di M.). Difettava quindi, per l'adozione del t.s.o., l'impossibilità di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

d) Con il quarto motivo di ricorso la sentenza della Corte bolognese viene censurata sotto diversi profili riguardanti la causalità e la colpa. Sotto il primo profilo, ed in particolare relativamente all'esistenza di una posizione di garanzia, il ricorrente evidenzia l'erroneità della affermazione, contenuta nella sentenza impugnata, che ha ritenuto irrilevante il titolo su cui si fondava l'esistenza di una posizione di garanzia dell'imputato. M. risultava infatti affidato ad una struttura dotata di operatori e medici psichiatri che lo avevano avuto in carico e, all'interno della comunità, operava anche un medico psichiatra con l'incarico di consulente diverso dal dott. P. Nell'ambito di questa organizzazione – la cui struttura e i cui compiti vengono descritti nel ricorso – un gruppo di lavoro di cui faceva parte il dott. P. aveva il compito di migliorare le procedure di lavoro e il rapporto con le strutture territoriali. Un altro errore in cui sarebbe incorsa la sentenza impugnata è costituito dall'affermazione che il ricorrente aveva l'obbligo di informarsi degli episodi allarmanti

che avevano caratterizzato la condotta del paziente; con questa affermazione i giudici di merito non hanno tenuto conto della circostanza già evidenziata che M. era affidato ad una struttura autonoma e autosufficiente e l'intervento del consulente esterno, dott. P., rientrava nell'autonoma discrezionalità dei componenti la struttura. In base al principio di affidamento l'imputato aveva ragione di ritenere che la condotta della struttura nella trattazione del caso era corretta. Nel medesimo motivo il ricorrente affronta il tema della colpa anche sotto il profilo della prevedibilità dell'evento. In particolare si sottolinea nel ricorso che il paziente era in remissione da oltre 15 anni; che il dott. P. non aveva affatto eliminato la terapia antipsicotica ma l'aveva soltanto ridotta in una prospettiva di ridurre la sedazione cui M. era sottoposto da tempo. In realtà la sentenza impugnata avrebbe tratto il giudizio di prevedibilità dell'evento in concreto verificatosi dalla sola esistenza della malattia psicotica.

e) Con il quinto ed ultimo motivo si denunciano invece il vizio di motivazione e la violazione di legge con riferimento all'affermata esistenza del rapporto di causalità tra la condotta dell'imputato e il verificarsi dell'evento. Secondo il ricorrente la Corte di merito, in contrasto con i principi affermati dalla giurisprudenza di legittimità, si sarebbe ispirata a criteri probabilistici non idonei a fondare il giudizio positivo sulla causalità ed avrebbe omesso di accertare la concatenazione causale in tutti i suoi aspetti fattuali e scientifici necessari per ritenere esistente il nesso di condizionamento. Non avrebbe poi considerato, la sentenza impugnata, che la riduzione della terapia era avvenuta somministrando per un certo periodo la metà del farmaco e che, nel periodo di sospensione, erano ancora presenti gli effetti del farmaco, di tipo "depot" che ha tempi lunghissimi di eliminazione; questo processo non si era certamente esaurito quando era stata ripristinata la posologia originaria. La Corte non avrebbe poi preso in considerazione che al paziente veniva somministrato anche altro farmaco antipsicotico idoneo a prolungare ulteriormente i tempi dell'eventuale scompenso da sottodosaggio. Se si tiene conto di queste circostanze e del fatto che anche la condotta ritenuta esigibile non esclude il verificarsi di scompensi psicotici è da escludere, secondo il ricorrente, che il rapporto di causalità tra condotta ed evento possa essere ritenuto esistente al di là di ogni ragionevole dubbio tanto più che, come riconosce la sentenza impugnata, anche il trattamento antipsicotico ritenuto corretto non esclude il rischio di ricadute ma lo riduce di due terzi. Infine, quanto all'efficienza causale della mancata adozione del t.s.o., il ricorrente sottolinea che questa iniziativa sarebbe stata illegittima e avrebbe potuto essere giustificata solo con la consumazione di un falso costituito dall'attestazione di un fatto non veritiero e cioè l'esistenza di un rifiuto del paziente di assumere la terapia.

IV) Le memorie delle parti e il motivo nuovo

Con memoria datata 16 ottobre 2007 e successivamente depositata il difensore del ricorrente ha prodotto copia dei seguenti atti (contenuti nel fascicolo processuale) dei quali il giudice di appello non avrebbe tenuto conto nella sua decisione;

- il documento della presentazione della struttura del 22 gennaio 1999 e lo schema tipo di intervento nelle comunità del 30 aprile 1998 che escluderebbero l'esistenza di una posizione di garanzia in capo al dott. P.;

- il verbale di sommarie informazioni di D'A.D. e stralcio delle dichiarazioni rese dal dott. P. sul punto del t.s.o. Il difensore della parte civile ha replicato con memoria depositata presso questa Corte con la quale si ribadisce la correttezza della soluzione adottata dal giudice d'appello ed in particolare, con riferimento ai vari motivi di ricorso proposti dal ricorrente, si afferma:
- che l'eccezione sul diniego di acquisizione della consulenza tecnica disposta nel giudizio civile si fonderebbe sulla possibilità di ipotizzare un terzo genere di rito abbreviato diverso sia da quello ordinario che da quello condizionato mentre, sull'esercizio dei poteri officiosi, il giudice di appello avrebbe motivato logicamente e adeguatamente;
- che analogamente corretta deve ritenersi la decisione di non ammettere la produzione del parere tecnico trattandosi di consulenza tecnica svolta da chi non era stato nominato consulente tecnico.

Con ulteriore memoria, datata 30 ottobre 2007, i difensori dell'imputato hanno richiamato ulteriormente – a fondamento della tesi che la L. 180 esclude una visione custodialistica a tutela della sicurezza delle persone essendo finalizzata esclusivamente alla tutela del malato – una sentenza del 1990 della seconda sezione di questa Corte e un testo di dottrina sul reato omissivo improprio che, secondo la tesi esposta nella memoria, potrebbe avere per oggetto esclusivamente l'oggetto immediato dell'obbligo e non anche gli obblighi riflessi o accessori.

Con la medesima memoria si propone poi un motivo nuovo di ricorso per l'omessa valutazione, da parte della Corte di merito, delle risultanze del registro della comunità che dimostrerebbe che le manifestazioni di aggressività all'interno della comunità erano gravi e frequenti (e quelle di M. non erano le più significative) e che al personale non medico della struttura era attribuito l'intero compito socio riabilitativo mentre il dott. P. aveva solo compiti di consulenza. La mancata completa informazione sulle manifestazioni dei pazienti, ed in particolare del M., non consentivano dunque di ritenere prevedibile l'evento e di addebitarlo causalmente al ricorrente.

V) Le questioni processuali

L'acquisizione della consulenza tecnica svolta nel giudizio civile e del parere *pro veritate*. Come si è già accennato il ricorrente, con il primo motivo di ricorso, si duole della mancata acquisizione di una consulenza tecnica svolta in un giudizio civile instaurato tra le odierne parti civili, la comunità Albatros e l'Ausl territoriale competente. La Corte d'Appello di Bologna ha respinto la richiesta – con ordinanza ritualmente impugnata unitamente alla sentenza – sia perché l'acquisizione dell'atto sarebbe incompatibile con il rito abbreviato sia perché si tratterebbe di atto non necessario per la decisione; occorre quindi valutare la correttezza di questa decisione. Va premesso in generale, sulla disciplina della rinnovazione dell'istruzione dibattimentale nel giudizio di appello di cui all'art. 603 c.p.p., che, se le nuove prove sono sopravvenute o sono state scoperte dopo il giudizio di primo grado, il giudice provvede secondo le regole ordinarie (comma 2°); nel caso di prove nuove o di richiesta di riassunzione di prove già acquisite dispone la rinnovazione solo se ritiene di non essere in grado di decidere allo stato degli atti (comma 1°). Al di

fuori di questi due casi il giudice può disporre d'ufficio la rinnovazione dell'istruzione dibattimentale – anche nel caso in cui le parti siano rimaste inerti o siano decadute – solo se la ritiene assolutamente necessaria (comma 3°; norma corrispondente a quella contenuta nell'art. 507 comma 1° c.p.p. per il giudizio di primo grado). La giurisprudenza di legittimità è uniforme nel ritenere che questa iniziativa diretta al completamento del quadro probatorio – in particolare per quanto attiene all'assoluta necessità (da ritenere evenienza eccezionale; v. Cass., sez. II, 1° dicembre 2005 n. 3458, Di Gloria, rv. 233391) – sia fondata su una valutazione attribuita in via esclusiva al giudice di merito e da ritenere insindacabile nel giudizio di legittimità ove sia logicamente e adeguatamente motivata la valutazione sulla possibilità di decidere allo stato degli atti (in questo senso v. Cass., sez. IV, 19 febbraio 2004 n. 18660, Montanari, rv. 228353; sez. II, 4 novembre 2003 n. 45739, Marzullo, rv. 226977; sez. VI, 2 dicembre 2002 n. 68, Raviolo, rv. 222977). È anche orientamento uniforme di legittimità che, solo nel caso di prove sopravvenute o scoperte dopo la sentenza di primo grado, la mancata assunzione possa costituire violazione dell'art. 606 comma 1° lett. *d* del codice di rito mentre, negli altri casi previsti dall'art. 603, il vizio deducibile è quello attinente alla motivazione previsto dalla lett. *e* del medesimo articolo (v. Cass., sez. II, 11 novembre 2005 n. 44313, Picone, rv. 232772; sez. V, 21 dicembre 2000 n. 6924, Delfino, rv. 218279). Questa disciplina va vista, per quanto riguarda il giudizio di appello nel rito abbreviato, in relazione alle peculiarità del rito speciale. È noto che sull'ammissibilità e sui limiti dell'integrazione probatoria nel giudizio abbreviato in grado di appello si erano formati orientamenti diversi nella giurisprudenza di legittimità: per l'ammissibilità dell'integrazione si erano espresse Cass., sez. V, 20 ottobre 1996 n. 2628, Camerano; sez. VI, 24 novembre 1993 n. 1944, De Carolis; in senso opposto sez. I, 2 novembre 1995 n. 3661, Abategiovanni; 24 febbraio 1994 n. 5168, Pepe; sez. VI, 28 ottobre 1992 n. 2987, Nappo; sez. 2, 24 marzo 1992 n. 5440, Vallera. Il contrasto è stato risolto dalla sentenza delle sezioni unite 13 dicembre 1995 n. 930, Clarke, che, pur escludendo ogni potere di iniziativa delle parti, avendo esse rinunciato al diritto alla prova, ha affermato che il giudice può disporre d'ufficio i mezzi di prova ritenuti assolutamente necessari per l'accertamento dei fatti che formano oggetto della sua decisione. Il principio affermato dalle sezioni unite è da ritenere attuale anche dopo la riforma del giudizio abbreviato intervenuta nel 1999. È vero che, con questa riforma, è stato superato il precedente principio dell'immutabilità del materiale probatorio ed è stata quindi consentita la richiesta condizionata del rito speciale subordinata all'ammissione delle prove richieste. Ma è rimasto fermo il principio che la richiesta del rito speciale, pur condizionata, comporta rinuncia all'assunzione di prove diverse da quelle alle quali è stata subordinata la richiesta. Con la conseguenza che la scelta del giudizio abbreviato comporta l'accettazione di ogni elemento di valutazione (salvo, ovviamente, quelli affetti da inutilizzabilità patologica) per cui deve ritenersi insindacabile, secondo i criteri indicati dalla citata sentenza delle sezioni unite, la valutazione del giudice d'appello che abbia motivatamente ritenuto che il mezzo di prova richiesto non fosse assolutamente necessario ai fini della decisione. Non ignora la Corte che, secondo un orientamento della giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass., sez. IV, 20 dicembre 2005, Coniglio, rv.

233956; sez. III, 2 marzo 2004 n. 15296, Simek, rv. 228535; contra Cass., sez. VI, 26 giugno 2003 n. 37389, Carollo, rv. 226806; sez. III, 13 febbraio 2003 n. 12853, Paccone, rv. 224865) la richiesta di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale nel giudizio abbreviato d'appello è consentita soltanto all'imputato che abbia proposto la richiesta del rito speciale subordinandola all'integrazione probatoria – mentre chi abbia richiesto l'abbreviato allo stato degli atti può limitarsi a sollecitare il giudice all'esercizio dei poteri officiosi – ma, indipendentemente dalla soluzione sulla correttezza di questa orientamento deve osservarsi che, nel caso in esame, la richiesta del rito abbreviato era stata incondizionata né può ritenersi, come ritiene il ricorrente, che l'integrazione probatoria disposta d'ufficio dal giudice, valga a mutare la natura del giudizio in quella di abbreviato condizionato. Di fatto l'imputato aveva infatti rinunciato all'integrazione probatoria e il provvedimento del giudice non consente di ritenere mutata la natura del giudizio per quanto riguarda le condizioni cui il medesimo è subordinato. Il ricorrente fonda però la sua censura anche sulla circostanza che la prova di cui era stata chiesta l'ammissione era una prova nuova sopravvenuta al giudizio di primo grado (la sentenza di primo grado nel presente processo è stata pronunciata il 25 novembre 2006 mentre la consulenza tecnica nel giudizio civile è stata depositata, secondo quanto riferisce il ricorrente, il 1° marzo 2006). Orbene ritiene la Corte che, nel caso di prova sopravvenuta dopo la sentenza di primo grado pronunciata nel giudizio abbreviato, la regola da applicare sia pur sempre quella di carattere generale per l'ammissione delle prove nel giudizio abbreviato prevista dal comma 5° dell'art. 441 c.p.p.; cioè un potere di ammissione della prova da esercitarsi d'ufficio dal giudice quando ritenga di non poter decidere allo stato degli atti e in relazione al quale la parte ha soltanto un potere sollecitatorio (cfr. le già citate sentenze Carollo e Paccone). Nel nostro caso il giudice di appello, con l'ordinanza impugnata – richiamando l'ampia discussione avvenuta in primo grado e l'espletamento della perizia – ha, con motivazione incensurabile in questa sede perché logicamente motivata, escluso di non poter decidere il processo allo stato degli atti (cfr., per una soluzione analoga nel caso di giudizio abbreviato e di prova sopravvenuta, Cass., sez. VI, 18 dicembre 2006 n. 5782, Gagliano, rv. 236064; per l'estensione al giudizio abbreviato in appello della regola prevista dal 5° comma dell'art. 441 v. inoltre Cass., sez. V, 9 maggio 2006 n. 19388, Biondo, rv. 234157). Ma a non diversa conclusione dovrebbe pervenirsi ove volessero ritenersi integralmente applicabili al giudizio abbreviato in appello le regole relative alla rinnovazione dell'istruzione dibattimentale indicate nell'art. 603 già ricordata e, in particolare, la regola indicata nel comma 2°. Il richiamo all'art. 495 comma 1° – e dunque all'art. 190 comma 1° cui fa riferimento l'art. 495 comma 1° – non fa venir meno la correttezza della decisione perché fondata su un giudizio corrispondente a quello di manifesta superfluità della prova di cui era stata chiesta l'ammissione.

Ad analoga soluzione deve pervenirsi in relazione al diniego di acquisizione del parere *pro veritate*. Al di là della valutazione sul carattere di inammissibilità della nuova prova dedotta appare nella sostanza corretta la decisione dei giudici d'appello. La possibilità per la parte di nominare consulenti tecnici anche fuori dei casi di perizia (art. 233 c.p.p.) va infatti incontro alle medesime preclusioni previ-

ste per le altre prove quando l'imputato abbia chiesto di essere giudicato con il rito abbreviato, condizionato o meno. In questo caso non si tratta poi di prova sopravvenuta e dunque – nell'ipotesi maggiormente favorevole al ricorrente – i criteri di valutazione non possono che essere quelli previsti dal 5° comma dell'art. 441 c.p.p. in relazione ai quali la Corte di merito ha espresso un giudizio di completezza del materiale probatorio nell'esame della censura precedentemente esaminata. Va infine rilevato che la natura di consulenza tecnica del parere – che ne determina la preclusione all'acquisizione – non può essere modificata con la semplice sottoscrizione dei difensori evidentemente volta ad eludere il divieto di ulteriore integrazione del materiale probatorio.

VI) Il concorso colposo nel delitto doloso

Malgrado il tema non sia stato sollevato con i motivi di ricorso la sua rilevanza d'ufficio (in quanto la risposta negativa sull'ammissibilità del concorso colposo nel delitto doloso renderebbe immediatamente applicabile il 1° comma dell'art. 129 c.p.p.) rende necessario l'esame di questo aspetto della responsabilità sul quale esistono opinioni divergenti in dottrina e in giurisprudenza. In particolare non ignora la Corte che autorevoli orientamenti dottrinali ai sono espressi negativamente sulla possibilità che, nel nostro ordinamento, possa configurarsi una simile forma di compartecipazione. I pilastri di questa posizione negativa sono sostanzialmente due: il secondo comma dell'art. 42 cod. pen. – che prevede la punibilità a titolo di colpa nei soli casi espressamente preveduti dalla legge (e la legge non prevederebbe il concorso colposo nel delitto doloso) – e l'art. 113 cod. pen. che prevede la compartecipazione colposa solo nel caso di delitto colposo. L'esame della giurisprudenza di legittimità consente di rilevare che la decisione più recente che abbia affrontato il problema è orientata in senso favorevole a ritenere ammissibile il "concorso" colposo nel reato doloso. Ci si riferisce a Cass., sez. IV, 9 ottobre 2002 n. 39680, Capecci, rv. 223214, che si rifà a più risalenti precedenti (Cass., sez. IV, 20 maggio 1987 n. 8891, De Angelis, rv. 176499 e 4 novembre 1987 n. 875, Montori, rv. 177472) che hanno ritenuto ammissibile il concorso colposo in casi di incendio doloso sviluppatosi per la negligente sistemazione del materiale infiammabile (lo stesso caso della sentenza Capecci). Di contrario avviso erano stati altri precedenti, uno della medesima sezione IV (sentenza 11 ottobre 1996 n. 9542, De Santis, rv. 206798), uno della terza sezione (20 marzo 1991 n. 5017, Festa, rv. 187331) e uno delle sezioni unite 3 febbraio 1990 n. 2720, Cancilleri, rv. 183495); questi ultimi due precedenti riguardano il caso del concorso colposo del notaio nel reato di lottizzazione abusiva. In realtà solo il primo precedente indicato può ritenersi contrario all'ammissibilità della forma di partecipazione di cui stiamo parlando perché il caso del concorso del notaio è caratterizzato dalla circostanza che il reato di lottizzazione abusiva è ritenuto di natura dolosa; e come sarebbe possibile configurare una partecipazione colposa in un reato previsto solo nella forma dolosa? D'altro canto l'orientamento espresso dalle sezioni unite si limita ad una mera enunciazione non motivata su questo problema. Ritiene la Corte, pur trattandosi di tema particolarmente complesso e accidentato al quale sarebbe illusorio pretendere di dare risposte definitive ed esenti da critiche che, pur con i limiti di seguito indi-

cati, possa darsi al quesito una risposta positiva. Va premesso, pur non essendo questa la sede per addentrarsi in ricostruzioni teoriche, che la premessa da cui questa Corte ritiene di dover partire è costituita dal riconosciuto superamento delle teorie che si rifanno al concetto di unitarietà del fatto reato di natura concorsuale (ritenuto un "dogma" da parte di un illustre Autore pur contrario alla tesi dell'ammissibilità del concorso colposo nel delitto doloso). Le difficoltà di inquadramento teorico di queste forme di partecipazione soggettiva eterogenea (i problemi si pongono anche per la partecipazione dolosa nel delitto colposo) si attenuano riconoscendo la pluralità dei fatti reato nei casi in cui l'evento sia unico. Esaminando le obiezioni alla tesi che ritiene ammissibile il concorso in precedenza indicate ritiene invece la Corte che queste obiezioni (certamente serie) siano superabili. È infatti proprio l'esame congiunto delle due norme indicate (art. 42 comma 2° e 113 cod. pen.) che consente questa risposta; la compartecipazione è stata espressamente prevista nel solo caso del delitto colposo perché, nel caso di reato doloso, non ci si trova in presenza di un atteggiamento soggettivo strutturalmente diverso ma di una costruzione che comprende un elemento ulteriore – potrebbe dirsi "in aggiunta" – rispetto a quelli previsti per il fatto colposo, cioè l'aver previsto e voluto l'evento (sia pure con la sola accettazione del suo verificarsi, nel caso di dolo eventuale). Insomma il dolo è qualche cosa di più, non di diverso, rispetto alla colpa e questa concezione è stata riassunta nella formula espressa da un illustre studioso della colpa che l'ha così sintetizzata: "non c'è dolo senza colpa". Se questa ricostruzione è plausibile la conseguenza è che non fosse necessario prevedere espressamente l'applicabilità del concorso colposo nel delitto doloso perché se è prevista la compartecipazione nell'ipotesi più restrittiva non può essere esclusa nell'ipotesi più ampia che la prima ricomprende e non è caratterizzata da elementi tipici incompatibili. Questa rilettura incrina anche il valore dell'obiezione che si fonda sulla previsione dell'art. 42 comma 2° cod. pen. : non si tratterebbe di una previsione implicita di un reato colposo ma di una ricostruzione che ha disciplinato espressamente un aspetto del problema sul presupposto che la disciplina riguardasse anche il tema più generale. È poi da rilevare che la già ricordata sentenza Capecchi ha ritenuto superabile l'ostacolo della previsione dell'art. 40 comma 2° cod. pen. con un'ulteriore argomentazione che appare condivisibile: questa disciplina, anche per la formulazione letterale usata dal legislatore, non può che riguardare esclusivamente la previsione delle singole norme incriminatrici, che deve appunto essere espressa, ma non la disciplina delle regole concorsuali che si deve trarre dagli artt. 110 e 113 del medesimo codice. Fermo restando, come si è già accennato, che la partecipazione colposa può riguardare esclusivamente un reato previsto anche nella forma colposa: diversamente sarebbe palesemente violato il disposto dell'art. 42 comma 2° cod. pen. A questo punto si pone un ulteriore problema: che cosa avviene se ci si trova in presenza di concorso di cause colpose indipendenti? Per natura e per definizione in questo caso non ci troviamo in presenza di un "concorso" di persone nel reato: tutte contribuiscono causalmente al verificarsi dell'evento ma gli atteggiamenti soggettivi non s'incontrano mai neppure sotto il profilo della consapevolezza dell'altrui partecipazione come invece avviene nella cooperazione colposa. In questi casi la concezione che si fonda sull'unitarietà del reato non è solo un dogma ma

è proprio da ritenersi errata perché alcun legame esiste, sotto il profilo soggettivo, tra le varie condotte anche se l'evento è unico.

Quando ci si trovi in presenza di cause colpose indipendenti l'applicabilità delle regole sul concorso di cause è espressamente prevista, sotto il profilo causale, dall'art. 41 cod. pen. il cui terzo comma prevede espressamente che questa disciplina si applichi anche quando la causa preesistente, simultanea o sopravvenuta consista nel fatto illecito altrui. Ma proprio perché le condotte sono indipendenti le medesime andranno autonomamente valutate e per ciascuna di esse andrà accertato se abbia fornito un contributo causale al verificarsi dell'evento e se la condotta causalmente efficiente sia caratterizzata dai requisiti tipici della colpa. In questi casi, proprio per l'indipendenza delle azioni, ogni condotta va separatamente individuata e, ciò che assume particolare rilievo per la soluzione del nostro problema, diviene irrilevante che uno o più dei contributi causali possa avere carattere doloso perché la disciplina sulla causalità contenuta nel citato art. 41 riguarda sia i reati colposi che quelli dolosi. E allora se per il riconoscimento della partecipazione colposa indipendente al reato doloso non esistono ostacoli insuperabili è agevole concludere che sarebbe irragionevole, nel caso di cooperazione, escludere la partecipazione colposa al delitto doloso solo perché l'agente è consapevole dell'altrui condotta dolosa. Il di più costituito da questa consapevolezza aggrava infatti, e non attenua, il disvalore sociale della condotta: quale spiegazione razionale potrebbe trovare una soluzione affermativa sulla compartecipazione al reato doloso quando manca la consapevolezza di questa condotta e non quando questa consapevolezza esista? Deve dunque concludersi, sul tema esaminato, che è ammissibile il "concorso" colposo nel delitto doloso sia nel caso di cause colpose indipendenti che nel caso di cooperazione colposa e purché, in entrambi i casi, il reato del partecipe sia previsto anche nella forma colposa e la sua condotta sia caratterizzata da colpa. Riconosciuta l'astratta ammissibilità del concorso colposo nel delitto doloso non è necessario addentrarsi nell'ulteriore aspetto che presenta il caso in esame caratterizzato dalla circostanza che il fatto "doloso" del terzo è stato compiuto da persona non imputabile. Il riconoscimento della natura non dolosa della condotta della persona non imputabile sarebbe infatti idoneo a rafforzare la possibilità di riconoscere la compartecipazione dell'estraneo.

Va però precisato che il riconoscimento dell'astratta possibilità di concorso colposo nel reato doloso non significa che in ogni caso questa compartecipazione vada riconosciuta perché, una volta accertata l'influenza causale della condotta colposa dell'agente, andrà verificata l'esistenza dei presupposti per il riconoscimento di una colpa causalmente efficiente nel verificarsi dell'evento. Per la soluzione di questo complesso problema può intanto osservarsi che, nel caso in cui l'evento dannoso si verifichi all'esito di una sequenza di avvenimenti in cui si sia inserito il fatto doloso del terzo è necessario verificare anzitutto, sotto il ricordato profilo dell'elemento soggettivo, se la regola cautelare inosservata era diretta ad evitare la condotta delittuosa del terzo: si pensi a chi, preposto alla tutela di una persona, se ne disinteressa consentendo all'assaltore di ledere l'integrità fisica della persona protetta. È la posizione di garante rivestita dall'agente che fonda l'obbligo di osservanza di determinate regole cautelari la cui violazione integra la

colpa. Independentemente dall'esistenza di una posizione di garanzia analoghi obblighi di tutela possono discendere dall'esistenza di un potere di controllo di fonti di pericolo quali per es. armi, veleni, esplosivi; per es. il farmacista non può vendere un farmaco potenzialmente letale alla persona che sa aver già tentato di avvelenare un familiare; chi possiede un'arma non può lasciarla incustodita in un luogo frequentato da bambini. I casi già indicati relativi alla creazione dei presupposti perché si sviluppi un incendio doloso si inquadra in questa categoria del controllo delle fonti di pericolo. Un utile strumento di verifica può poi essere quello che si rifà allo scopo della regola cautelare violata dall'agente in colpa. Se la regola cautelare è diretta anche alla tutela di terzi dall'aggressione dolosa dei loro beni è la tutela finalizzata di essi che rende configurabile la partecipazione dell'agente in colpa. I casi più complessi sono ovviamente quelli nei quali la regola è stata predisposta non tanto per altri fini ma in vista di decorsi causali diversi: si pensi al lavoratore che opera in altezza e che non sia stato munito delle cinture di sicurezza. Risponde il datore di lavoro anche delle conseguenze di una caduta (che non si sarebbe verificata con l'uso del mezzo di protezione) volontariamente cagionata da un terzo? È ragionevole ritenere, in questi casi, che ciò che rileva è l'individuazione dell'evento dannoso che la regola cautelare mira ad evitare: anche se questa regola è stata pensata in relazione a percorsi causali diversi il rischio che la norma concretamente vuole evitare è quello di caduta indipendentemente dalle cause che l'hanno provocata. E così in tutte quelle situazioni nelle quali l'evento volontariamente cagionato è della stessa natura di quello preso in considerazione nella formazione della regola cautelare. Diverso è ancora il caso in cui la condotta dell'agente costituisca l'occasione perché il terzo compia l'atto doloso. In questo caso si torna alle considerazioni iniziali: per ravvisare la responsabilità colposa del primo agente occorrerà che questi sia titolare di una posizione di garanzia o di un obbligo di tutela o di protezione e che sia prevedibile l'atto doloso del terzo.

Il nostro caso può dunque essere risolto solo dopo che si accerti l'esistenza di una posizione di garanzia del dott. P. in favore del paziente e l'ambito di questa posizione (se sia cioè prevista non tanto per la tutela dei terzi quanto per evitare l'aggressione da parte del paziente anche ai beni di terzi) oltre che dalla prevedibilità ed evitabilità dell'evento dannoso. Queste risposte potranno quindi essere date solo dopo l'esame dei motivi di ricorso. L'intreccio che presenta questo processo tra i temi della causalità e quelli della colpa rende necessaria una trattazione dei medesimi per così dire "asimmetrica". Fermo restando che non è in discussione la causalità "materiale" dell'evento e che all'imputato sono state contestate condotte colpose omissive e commissive sembra opportuno procedere preliminarmente alla verifica dell'esistenza di una posizione di garanzia in capo al dott. P. al fine di verificare se su di lui incombesse l'obbligo giuridico di impedire l'evento. Successivamente, essendo in discussione la c.d. "causalità della condotta" e la c.d. "causalità della colpa", si procederà alla verifica della correttezza logico giuridica della motivazione della sentenza impugnata sull'esistenza di una condotta causalmente efficiente dell'imputato sul verificarsi dell'evento e sull'esistenza della violazione, da parte sua, di regole cautelari che abbia avuto analogo efficacia su queste conseguenze della condotta inosservante.

VII) L'esistenza della posizione di garanzia

Si è già accennato che, all'interno del quarto motivo dedicato ai temi della colpa il ricorrente contesta l'esistenza di una posizione di garanzia a lui riferibile. Secondo il motivo di ricorso, infatti, sarebbe erronea l'affermazione, contenuta nella sentenza impugnata, sull'irrelevanza del titolo su cui si fondava l'esistenza di una posizione di garanzia dell'imputato perché il paziente risultava affidato ad una struttura dotata di operatori e medici psichiatri che lo avevano avuto in carico e, all'interno della comunità, operava anche un diverso medico psichiatra con l'incarico di consulente e il dott. P. aveva il solo compito, all'interno del gruppo di lavoro di cui faceva parte, di migliorare le procedure di lavoro e il rapporto con le strutture territoriali. A conferma della sua tesi il ricorrente, con la memoria 16 ottobre 2007, ha prodotto il documento della presentazione della struttura del 22 gennaio 1999 e lo schema tipo di intervento nelle comunità del 30 aprile 1998 che escluderebbero l'esistenza di una posizione di garanzia in capo al dott. P. All'esame di queste censure vanno premesse alcune considerazioni. Com'è noto l'obbligo di garanzia si fonda sul disposto del capoverso dell'art. 40 cod. pen., secondo cui non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo, laddove si fa riferimento all'obbligo giuridico di impedire l'evento. Il fondamento di questa disposizione è da ricercare nei principi solidaristici che impongono (oggi anche in base alle norme contenute negli artt. 2, 32 e 41 comma 2° della Costituzione) una tutela rafforzata e privilegiata di determinati beni – non essendo i titolari di essi in grado di proteggerli adeguatamente – con l'attribuzione, a determinati soggetti, della qualità di "garanti" della salvaguardia dell'integrità di questi beni ritenuti di primaria importanza per la persona; a questa qualità, naturalmente, devono contestualmente accompagnarsi poteri impeditivi dell'evento. Diversamente, sotto il profilo soggettivo, difetterebbe l'esigibilità della condotta (la madre risponde di non aver nutrito l'infante non di aver omesso di salvarlo dall'annegamento se non sapeva nuotare). Sull'origine e sull'ambito di applicazione della posizione di garanzia v'è contrasto tra le teorie che ritengono che gli obblighi del terzo possano derivare soltanto da una fonte formale (e infatti si parla di teoria "formale" della posizione di garanzia) e le teorie che fanno riferimento piuttosto a criteri sostanzialistici (ma esistono anche teorie c.d. "miste"). La prima teoria, che sembra accolta dal cpv. dell'art. 40 (che parla infatti di obbligo "giuridico"), individua, quali fonti dell'obbligo in questione, la legge e il contratto (e su queste fonti sostanzialmente non esistono divergenze; l'unica difformità di orientamento riguarda forse il caso del contratto cui non partecipi il titolare del ben protetto) nonché la precedente condotta illecita o pericolosa, la *negotiorum gestio* e la consuetudine (e su queste fonti invece le opinioni sono divergenti anche perché, più in generale, la soluzione del problema della fonte è strettamente connessa al rispetto del principio di determinatezza della fattispecie). Naturalmente, anche se venga accolta la teoria sostanzialistica, il rispetto dei principi di tassatività e determinatezza richiede che la cerchia dei titolari dell'obbligo di garanzia sia determinata soggettivamente e che gli obblighi siano oggettivamente determinati con esclusione quindi di doveri esclusivamente morali. E naturalmente i titolari della posizione di garanzia devono essere forniti dei necessari poteri impeditivi degli eventi dannosi. Il che

non significa che dei poteri impeditivi debba essere direttamente fornito il garante purché gli siano riservati mezzi idonei a sollecitare (anche giudizialmente) che l'evento dannoso venga cagionato (per es. i poteri dei sindaci delle società su cui peraltro esiste dissenso in dottrina). La giurisprudenza di legittimità ha più volte riaffermato che la posizione di garanzia può avere una fonte normativa non necessariamente di diritto pubblico ma anche di natura privatistica, anche non scritta e che addirittura possa trarre origine da una situazione di fatto, da un atto di volontaria determinazione, da una precedente condotta illegittima che costituisca il dovere di intervento e il corrispondente potere giuridico, o di fatto, che consente al soggetto garante, attivandosi, di impedire l'evento (cfr. Cass., sez. IV, 12 ottobre 2000 n. 12781, Avallone; 1° ottobre 1993 n. 11356, Cocco; 21 maggio 1998 n. 8217, Fornari; 5 novembre 1983 n. 9176, Bruno). Passando ad esaminare più specificamente il tema della responsabilità medica va osservato che una posizione di garanzia del medico può sorgere esclusivamente con l'instaurazione della relazione terapeutica tra il paziente e il professionista. Questa relazione si può instaurare su base contrattuale – come avviene nel caso di paziente che si affidi al medico di fiducia – ma anche in base alla normativa pubblicistica di tutela della salute come avviene nel caso di ricovero ospedaliero o in strutture protette; casi nei quali per il medico, indipendentemente dal consenso del paziente, sorge un obbligo giuridico di impedire l'evento. È invece stato escluso in dottrina che sorga una posizione di garanzia “in capo al medico che sia stato soltanto occasionalmente richiesto di un parere, nel quadro di una relazione di amicizia, convivialità, familiarità o convivenza, ma al di fuori di uno specifico conferimento di incarico professionale”. Naturalmente l'esistenza di una posizione di garanzia non si pone in contraddizione con una causalazione attiva dell'evento da parte del garante; in particolare con il mancato esercizio dei poteri impeditivi che è obbligato ad esercitare (il medico che somministra erroneamente un medicinale al quale il paziente a lui affidato è allergico – causalità attiva – è tenuto ai necessari interventi per escludere o ridurre le conseguenze della somministrazione). V'è ancora da osservare che la posizione di garanzia è riferibile, sotto il profilo funzionale, a due categorie in cui tradizionalmente si inquadrano gli obblighi in questione.

La prima categoria concerne la posizione di garanzia c.d. di protezione che impone di preservare il bene protetto da tutti i rischi che possano lederne l'integrità: tipici gli obblighi che gravano sui genitori, sui medici ecc. in relazione ai beni della vita e dell'incolumità personale ma anche di altri beni (per es., per i genitori, l'integrità sessuale dei minori). Come è evidente l'ambito elettivo di questi obblighi è quello familiare ma l'obbligo di protezione può derivare anche dall'assunzione volontaria di un obbligo di protezione sia su base contrattuale (per es. la guida alpina che si impegna ad accompagnare uno scalatore inesperto) sia unilateralmente (il medico che prende in carico il paziente in stato di incoscienza).

La seconda categoria riguarda la posizione di garanzia c.d. di controllo che impone di neutralizzare le eventuali fonti di pericolo che possano minacciare il bene protetto: questa categoria riguarda tutti i casi di esercizio di attività pericolose – che trova il fondamento normativo nell'art. 2050 cod. civ. – il dovere di prevenzione incombente sul datore di lavoro per evitare il verificarsi di infortuni sul lavoro o

di malattie professionali, le regole che disciplinano la circolazione stradale ecc. Il più delle volte questi obblighi di controllo sono ricollegati all'esistenza di un "potere di organizzazione o di disposizione relativo a cose o situazioni potenzialmente pericolose", come nel caso indicato del datore di lavoro o come nel caso degli appartenenti ad amministrazioni pubbliche cui sono attribuiti compiti di prevenzione e soccorso in relazione ad eventi riguardanti la pubblica incolumità.

Da quanto in precedenza esposto non si comprende come si possa negare che al dott. P. fosse attribuita una posizione di garanzia in relazione alla tutela della salute psichica del paziente M. Diversamente non si comprendono le ragioni per cui siano stati a lui attribuiti il trattamento del caso di M. sotto il profilo psichiatrico, l'adeguamento e la modifica della terapia farmacologica, i colloqui terapeutici con il paziente, la richiesta di intervento quando si manifestarono i sintomi di scompenso. Quale che fosse l'incarico formalmente attribuito al dott. P. all'interno della comunità Albatros egli ha di fatto svolto la funzione di tutelare la salute psichica del paziente ed ha accettato di svolgere questo incarico che dunque trova la sua origine in un vincolo contrattuale che la struttura (pubblica o privata che sia) gli ha conferito l'incarico e in un vincolo normativo conseguente all'instaurazione di una relazione terapeutica con il paziente. Non può dunque negarsi che il dott. P. fosse gravato di una posizione di garanzia in favore del paziente M. sotto il profilo dell'instaurazione di un obbligo di protezione. Ciò che, del resto, è ammesso nel ricorso nel quale (a p. 23) si ammette che in base all'organizzazione descritta il medico psichiatra (il dott. P.) "era incaricato prevalentemente della gestione della terapia psicofarmacologica dei casi"; e ciò vale ad istituire la posizione di garanzia indipendentemente dalla circostanza, pure sottolineata nel ricorso, che "gli aspetti sociali, relazionali, riabilitativi e comunicativi erano appannaggio degli operatori non medici e non sanitari".

VIII) La cura del paziente psichiatrico e il trattamento sanitario obbligatorio

Se dunque i giudici di merito hanno logicamente accertato l'esistenza di una posizione di garanzia in capo al dott. P., finalizzata alla protezione della salute psichica del paziente M., va ora verificato se sia corretta la motivazione della sentenza impugnata in relazione ad una delle ipotesi di colpa contestate all'imputato: quella, di natura omissiva, concernente la mancata richiesta del trattamento sanitario obbligatorio. Su questo punto va preliminarmente osservato che la più parte delle considerazioni svolte nel ricorso è da ritenere largamente condivisibile. In particolare sono condivisibili le osservazioni che si riferiscono al grande valore innovativo della L. 13 maggio 1978 n. 180 (accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori) nel trattamento delle "malattie mentali" (così la legge definisce le malattie di origine psichica). A fronte di una disciplina previgente che prendeva in considerazione essenzialmente l'aspetto custodiale per la tutela dei terzi da atti aggressivi (ma anche per una sorta di discredito socialmente diffuso nei confronti del malato psichico da cui si sentivano colpite anche le famiglie dei pazienti) la L. 180 ha finalmente conferito a questa categoria di pazienti la stessa dignità che hanno le persone affette da altre patologie e ha limitato il contenimento personale ai soli casi di necessità in una prospettiva di cura e di superamento, ove possibile, del disagio e della malattia.

Queste finalità non potevano dunque che essere perseguite abolendo lo strumento principale espressione della visione pressoché esclusivamente custodiale (il manicomio) per cercare di inserire il malato in un ambiente sociale e familiare più adeguato alla tutela della sua persona con un trattamento terapeutico che si è frequentemente dimostrato ben più efficace per il miglioramento delle condizioni di salute. Uno degli strumenti di questa lodevolissima opera di reinserimento sociale, che ha raggiunto in generale risultati molto apprezzabili, è proprio quello dell'inserimento in comunità terapeutiche come quella in cui si è verificato il tragico episodio nella quale – come risulta dalle sentenze di merito – anche M. sembrava avere raggiunto un accettabile equilibrio, disponeva di spazi di autonomia (usciva regolarmente, utilizzava disponibilità di spesa ecc.). Naturalmente il legislatore del 1978 non è stato così ingenuo da ritenere che bastasse abolire i manicomi per eliminare la malattia mentale (visione che ancor oggi una lettura un po' caricaturale della L. 180 tende ad accreditare) e ha previsto la possibilità che nei confronti del malato psichico potessero essere disposti accertamenti e trattamenti sanitari "obbligatori" ma nel rispetto "della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura" (art. 1 comma 2°). Per venire al trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera di cui si discute nel presente processo si rileva che il medesimo può essere disposto "nei confronti delle persone affette da malattie mentali" (art. 2 comma 1°) in presenza di questi presupposti: 1) che esistano "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici"; 2) che "gli stessi non vengano accettati dall'infermo"; 3) che non sia possibile "adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere". Vano sarebbe però trovare nella L. 180 una norma che confermi la tesi del ricorrente secondo cui la tutela sanitaria obbligatoria prevista dal ricordato art. 2 sarebbe preordinata esclusivamente alla tutela del malato e non anche dei terzi. È vero che lo scopo primario delle cure psichiatriche è quello di eliminare o contenere la sofferenza psichica del paziente; ma quando la situazione di questi sia idonea a degenerare – anche con atti di auto o etero aggressività – il trattamento obbligatorio presso strutture ospedaliere è diretto ad evitare tutte le conseguenze negative che la sofferenza psichica causa. È del resto illusoria separare le conseguenze personali (che sole giustificerebbero il trattamento secondo il ricorrente) da quelle verso terzi: la manifestazione di violenza ed aggressività non reca danno solo al terzo aggredito ma anche all'aggressore. Emblematico è il caso che stiamo trattando: a M. (vittima anche lui del suo disturbo psichico) nel processo conseguente all'uccisione dell'operatore è stata applicata, a seguito del proscioglimento per mancanza di imputabilità, la misura di sicurezza del ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario; e in questa struttura contenitiva M., qualche anno dopo, è deceduto. Anche nei confronti di sé stesso il suo gesto omicida ha quindi avuto conseguenze personali gravissime. Insomma il trattamento sanitario obbligatorio deve essere disposto anche nel caso in cui la malattia si manifesti con atteggiamenti di aggressività verso terzi non diversamente contenibili. Del resto non si comprende quali possano essere le alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici se non le manifestazioni di aggressività nei confronti di sé stessi o di terzi. Se non esistono queste manifestazio-

ni, ma altre espressioni della sofferenza psichica, è ben difficile ipotizzare situazioni nelle quali sia necessario un contenimento anche fisico in ambito ospedaliero. Ciò premesso si osserva peraltro che il motivo di ricorso che stiamo esaminando è da ritenere fondato sotto un diverso profilo. Abbiamo visto che uno dei tre presupposti perché possa essere disposto il trattamento sanitario obbligatorio è costituito dal rifiuto (mancata accettazione) delle cure da parte del paziente. Ebbene, nel caso in esame questo requisito – in base alla ricostruzione incensurabile dei fatti operata dai giudici di merito – non può ritenersi pienamente realizzato. È vero che tutto l'ultimo periodo della tragica vita di M. è stato costellato da continui atteggiamenti di rifiuto delle terapie e da ripensamenti e assunzioni delle medesime ma è pur vero che, quanto meno fino al 22 maggio 2000, il paziente risulta aver assunto la terapia sia pure accompagnando la sua condotta con minacce di morte all'operatrice, rifiutando che gli venisse somministrata da altri medici ma, alla fine, accettando la somministrazione da parte del suo medico personale. Da tale ricostruzione operata dai giudici di merito non appare dunque realizzato il requisito della mancata accettazione delle terapie da parte del paziente che avrebbe giustificato la richiesta di t.s.o. e quindi questo elemento di colpa di natura omissiva non può essere addebitato all'imputato. Né questo ostacolo può essere superato, come ha fatto il giudice di primo grado, con il rilievo che esisteva il forte dubbio che M. assumesse la terapia orale essendo, questa circostanza, comunque rimasta a livello di congettura perché indimostrata.

IX) Gli elementi di colpa consistenti nella riduzione e sospensione della terapia

Sono invece infondate le censure che si riferiscono agli altri elementi di colpa ravvisati dai giudici di merito nella condotta del dott. P.; condotta da sola sufficiente a fondare l'affermazione di responsabilità perché ad essa è causalmente ricollegabile l'evento verificatosi. In sintesi l'elemento fondamentale di violazione delle leggi dell'arte medica psichiatrica è costituito dalla drastica riduzione (alla metà) e, successivamente, dalla eliminazione della terapia farmacologia in precedenza assunta da M. Dalla sentenza impugnata emerge che il dott. P. prese in carico il paziente negli ultimi mesi del 1999 (la data precisa non è stata accertata) e il primo intervento documentato è del 1° ottobre 1999. Dopo alcuni mesi – il 16 marzo 2000 – il dott. P. riduceva della metà il farmaco neurolettico (Moditen) di tipo "depot" (ad assorbimento graduale del principio attivo, la flufenazina); avendo ritenuto che la riduzione non avesse avuto effetti negativi l'imputato decideva quindi, il 24 aprile 2000, di sospendere la somministrazione del farmaco. È da sottolineare che la sentenza impugnata descrive vari episodi di scompenso psicotico verificatisi dall'ottobre 1999 fino alla data di sospensione del trattamento farmacologico per cui esente da alcuna illogicità deve ritenersi la valutazione dei giudici di merito che hanno ritenuta incongrua la scelta terapeutica del dott. P. peraltro sconsigliata dai precedenti medici che avevano seguito il paziente proprio per l'elevato rischio di scompenso che la riduzione o sospensione avrebbe comportato. Ancor più grave è stata ritenuta la scelta di sospendere il trattamento il 24 aprile anche perché due degli episodi di scompenso (M. aveva denunciato per due volte la sparizione dei suoi

soldi in banca) erano avvenuti dopo la riduzione e prima della sospensione della somministrazione del farmaco (il 3 e l'11 aprile) e la Corte di merito riferisce che gli episodi erano stati portati a conoscenza dell'imputato. Dopo la sospensione del trattamento le condizioni del paziente peggioravano e, dopo vari episodi significativi dello scompenso in atto, il dott. P. era costretto a ripristinare la terapia con la somministrazione del farmaco neurolettico nella posologia originaria (peraltro con efficacia immediata assai ridotta per le modalità di rilascio del principio attivo), introducendo anche un altro farmaco ad efficacia più immediata, da assumere per via orale, nella specie risultato privo di efficacia. Il primo problema che si pone è quello di valutare l'adeguatezza della motivazione con cui i giudici di merito hanno ritenuto imperita e imprudente (oltre che negligente per l'inadempimento degli obblighi conoscitivi, come ai dirà più avanti) la scelta dell'imputato di operare prima una riduzione così drastica e successivamente l'eliminazione della terapia farmacologia in un paziente affetto da una grave forma di "schizofrenia paranoide cronica in fase di parziale remissione" (è la diagnosi postuma formulata dai consulenti tecnici dell'imputato). A questo fine va premesso che non è (ovviamente) in discussione la libertà delle scelte terapeutiche del medico che – in ciò appare corretto quanto si afferma nel ricorso – deve indirizzarle anzitutto al miglioramento del benessere del paziente e alla riduzione degli effetti collaterali della somministrazione dei farmaci. (nel caso di specie particolarmente pesanti in termini di sedazione e di effetti parkinsoniani); ma questa condivisibile finalità deve essere perseguita con la gradualità e l'attenzione richieste in relazione alla gravità della situazione patologica del paziente. E tenendo conto che la richiesta del paziente può essere ricollegata, come nel caso di specie (così riferiscono le sentenze di merito), ad un mancato riconoscimento della malattia da parte sua. È quindi del tutto logico il percorso motivazionale dei giudici di merito che hanno ricostruito (soprattutto la sentenza di primo grado) gli episodi della patologia di M. la cui prima manifestazione di malattia risale addirittura al 1963 e la cui storia di sofferenza psichica comprende vari e lunghi ricoveri in ospedale psichiatrico giudiziario e in ospedali psichiatrici con numerosissimi episodi di delirio nonché continue e gravi manifestazioni di aggressività nei confronti di terzi, di intolleranza e di episodi a sfondo persecutorio. Legittima poteva quindi essere ritenuta la scelta di una progressiva riduzione della terapia farmacologia ma altrettanto logica la valutazione dei giudici di merito i quali hanno motivatamente condiviso il giudizio dei periti di ufficio i quali hanno sostenuto che, in un paziente affetto da una patologia di così elevata gravità (che si caratterizza altresì, rispetto ad altre patologie di natura psichica, per la maggior frequenza di episodi di aggressività), non cosciente della sua patologia e quindi con un atteggiamento di limitata accettazione (se non rifiuto) della terapia e con una forte carica aggressiva la scelta della riduzione e soprattutto quella della eliminazione dei farmaci neurolettici avrebbe potuto essere adottata in un paziente in remissione da almeno cinque anni. Già di questa remissione era assai dubbia l'esistenza anche perché, riferiscono i giudici di merito, inspiegabilmente – dall'epoca del ricovero del paziente nella comunità Albatros (avvenuto nel 1995) e fino al 1999 – non risulta alcuna annotazione nella cartella clinica di M. E comunque i periti d'ufficio hanno al contrario affermato che la situazione clinica di M., al mo-

mento della modifica della terapia, «non era quella di un soggetto in 'remissione' sintomatologia ma, al contrario, era da tempo un paziente sull'orlo dello scompenso, e quindi ad alto rischio di scompenso, con persistenza di forti componenti di aggressività nonché di sintomi "positivi"». Ma, anche ammesso che si fosse realizzata una certa stabilizzazione e che la patologia fosse attualmente in fase di parziale remissione, la sentenza impugnata richiama, condividendola, la valutazione dei periti i quali hanno ritenuto che – anche in presenza di una remissione duratura delle manifestazioni più eclatanti della malattia – la modificazione della terapia avrebbe dovuto essere attuata con una ben diversa gradualità. Tanto più che un significativo miglioramento delle condizioni psichiche di M. era iniziato nel 1984 proprio quando era iniziata la terapia con la somministrazione del farmaco Moditen depot. In particolare, secondo il parere dei periti condiviso da entrambi i giudici di merito e fondato su autorevoli studi svolti anche a livello internazionale (nella sentenza di primo grado vengono riportate le linee guida dell'American Psychiatric Association che si esprimono in questo senso), la riduzione del farmaco neurolettico non si deve effettuare per percentuali superiore al venti per cento ogni volta e gli intervalli tra queste progressive riduzioni dovrebbero durare tra i tre e i sei mesi. Regole di cautela macroscopicamente violate dal dott. P. che ha ridotto già inizialmente la terapia della metà e l'ha poi sospesa integralmente dopo poco più di un mese senza quindi verificare gli effetti per un periodo di tempo adeguato (anche in considerazione delle caratteristiche del farmaco a lento rilascio che richiederebbe un periodo di osservazione particolarmente prolungato per verificare gli effetti quando il farmaco ha ridotto i suoi effetti) e senza intensificare le visite come richiesto dalle linee guida cui si è già accennato. In conclusione, sull'esistenza della colpa costituita dalla grossolana violazione delle regole dell'arte medica psichiatrica, la motivazione della sentenza impugnata deve ritenersi adeguata ed esente da vizi logici e giuridici e si sottrae conseguentemente alle censure del ricorrente.

X) La prevedibilità dell'evento

Strettamente collegato all'accertamento dell'esistenza dell'elemento soggettivo del reato è l'argomento, proposto con il quarto motivo di ricorso, che riguarda la prevedibilità dell'evento poi concretamente verificatosi. Secondo il ricorrente la sentenza impugnata non avrebbe accertato la prevedibilità in concreto ma l'avrebbe ricollegata alla sola esistenza della malattia psichica senza neppure tener conto della circostanza che questa malattia era in remissione da oltre quindici anni. Sul tema della prevedibilità dell'evento occorre fare qualche considerazione preliminare. La prevedibilità dell'evento, riguardando l'elemento soggettivo e la sua esistenza, va accertata con criteri *ex ante* (a differenza della causalità) e si fonda sul principio che non possa essere addebitato all'agente di non aver previsto un evento che, in base alle conoscenze che aveva o che avrebbe dovuto avere, non poteva prevedere. Sotto quest'ultimo profilo la prevedibilità dell'evento è certamente riferibile all'elemento soggettivo, la colpa, perché attiene al processo cognitivo dell'agente (ma non nel senso meramente psicologico) che è tenuto a prendere in considerazione le conseguenze della sua condotta. Naturalmente, da questo angolo visuale, l'agente sarà ritenuto in colpa solo se non ha tenuto conto delle conseguenze della sua con-

dotta che conosceva o era tenuto a conoscere in base alla sua professione e alla sua condizione. Il fondamento della prevedibilità sotto il profilo soggettivo risiede nella necessità di evitare forme di responsabilità oggettiva. Se il risultato della condotta non poteva neppure essere immaginato dall'agente, pur con l'adozione delle necessarie cautele, sembra evidente che il risultato non possa essergli addebitato sotto il profilo della colpevolezza. Perché l'agente possa essere ritenuto colpevole non è sufficiente che abbia agito in violazione di una regola cautelare ma è necessario che non abbia previsto che quella violazione avrebbe avuto come conseguenza il verificarsi dell'evento. Se dunque quella conseguenza dell'azione non è stata prevista perché non era prevedibile non v'è responsabilità per colpa.

Ma qual è il parametro cui occorre rifarsi per valutare la prevedibilità (o, come taluni si esprimono in dottrina, il dovere di riconoscere)? Senza richiamare i termini del dibattito teorico – che tende ad escludere la natura esclusivamente psicologica della colpa per ricollegarla al mero elemento oggettivo della violazione delle regole cautelari (natura normativa della colpa) – è necessario evitare di adottare un criterio che faccia riferimento all'agente concreto per evitare di ricadere negli orientamenti che riferiscono la colpa all'elemento psicologico; e infatti dottrina e giurisprudenza seguono comunemente il criterio della prevedibilità da parte dell'*homo ejusdem professionis et conditionis* non diversamente da quanto avviene per l'individuazione dei criteri per accertare il rispetto delle regole cautelari. Il giudizio di prevedibilità vale a specificare il contenuto dell'obbligo di diligenza altrimenti astratto. Si è affermato che "basandosi sugli esiti del giudizio di prevedibilità, il contenuto del dovere di diligenza otterrebbe una certa specificazione, con la conseguenza di poter fornire delle note di concretezza a quell'obbligo del *neminem laedere* altrimenti del tutto inafferrabile nella sua astrattezza". Solo se il pericolo del verificarsi di un evento dannoso è prevedibile o riconoscibile l'agente può essere obbligato a rispettare quelle specifiche regole cautelari idonee ad evitare il prodursi del fatto dannoso. Alcuni Autori preferiscono parlare, piuttosto che di prevedibilità, di "rappresentabilità" precisando che "questo termine possiede una maggiore comprensività del primo, potendosi riferire non soltanto ad accadimenti futuri, ma anche a quelli concomitanti o addirittura antecedenti all'azione del soggetto". Altri ancora parlano di "riconoscibilità" così esprimendosi: "la tipicità colposa risulta configurabile allorché la situazione concreta sia stata caratterizzata dalla presenza di elementi, giuridici e fattuali... che, in correlazione con le stesse leggi scientifiche e conoscenze empiriche utilizzate dal giudice ai fini dell'imputazione dell'evento, avrebbero permesso di rappresentarsi la concreta realizzazione del fatto previsto dalla legge come reato colposo". La dottrina (e, in minor misura, la giurisprudenza che ha dedicato una minore attenzione a questi temi) è quindi da tempo sostanzialmente uniforme nel ritenere che il giudizio sulla colpa non possa prescindere da una valutazione sulla prevedibilità che, non essendo riferita all'agente concreto, ha caratteristiche di oggettività pur essendo riferita alla colpevolezza. Orbene nel nostro caso è sufficiente ripercorrere la storia clinica del paziente per trovare conferma della correttezza della valutazione sulla circostanza che lo sfondo delirante e persecutorio che caratterizzava la patologia di M. rendeva del tutto prevedibili manifestazioni etero aggressive tanto più in quanto, prima del fatto che ha

dato origine al presente processo, numerose altre e in varie epoche se ne erano verificate. Anche perché, dal momento in cui il ricorrente ha preso in carico il paziente e fino al momento della riduzione della posologia del neurolettico sono almeno tre gli episodi sintomatici di una situazione di possibile scompenso (tra questi uno in cui M., dopo un diverbio con un altro paziente, tentò di nascondere un coltello temendo di essere aggredito). E si è già accennato ai due episodi di natura delirante (la denuncia della sparizione dei soldi in banca) verificatisi tra la riduzione e la sospensione della terapia neurolettica. Se dunque è stato accertato nel giudizio di merito che la patologia da cui era affetto M. era idonea, se incongruamente trattata – ed in particolare con una diminuzione e sospensione del trattamento farmacologico in atto senza la gradualità richiesta – ad esasperare le manifestazioni di aggressività nei confronti di terzi ne consegue che la prevedibilità dell'evento sia stata logicamente affermata (seppur implicitamente dai giudici di appello i quali hanno peraltro richiamato la sentenza di primo grado che ne tratta adeguatamente e qualifica come addirittura "imminente" la reazione violenta).

XI) Il principio di affidamento e l'obbligo informativo del medico

All'interno del quarto motivo il ricorrente propone poi una censura che si riferisce all'addebito dei giudici di merito che hanno affermato l'obbligo per il medico psichiatra di documentarsi adeguatamente prima di modificare il trattamento farmacologico facendosi esibire il diario tenuto dagli operatori nonché, dopo la modifica della terapia, di pretendere di essere informato di qualunque evenienza negativa. Il ricorrente afferma invece che questa concezione risponde ad una concezione gerarchica del rapporto tra consulente e struttura e ad una logica custodialistica del trattamento della malattia psichica non più ipotizzabile dopo la riforma del 1978. E proprio la struttura complessa della comunità e la presenza di operatori attrezzati professionalmente non poteva che indurre il medico psichiatra a fare affidamento sulla corretta condotta di coloro che operavano all'interno della struttura. In merito al richiamato principio di affidamento può intanto osservarsi che, in linea di massima, ciascuno risponde per le conseguenze della propria condotta, commissiva od omissiva, e nell'ambito delle proprie conoscenze e specializzazioni; non risponde invece dell'eventuale violazione delle regole cautelari da parte di altri partecipi della medesima attività o che agiscano nello stesso ambito di attività (a meno che non gli sia attribuita una funzione di controllo dell'opera altrui); sul rispetto delle regole da parte di queste persone l'agente deve poter confidare ("principio di affidamento"). Sono da ritenere superate quelle posizioni che tendevano a far ritenere prevedibili le altrui inosservanze delle regole cautelari; oggi prevalgono le opinioni dirette a ritenere prevedibili le violazioni solo nei casi in cui esistano elementi sintomatici dell'esistenza o della probabile violazione della regola cautelare da parte del terzo. Solo se l'agente viene a conoscenza della violazione delle regole da parte di altri partecipi nella medesima attività (per es. un'operazione chirurgica svolta in équipe) – o comunque si trova in una situazione in cui diviene prevedibile l'altrui inosservanza della regola cautelare (che deva avere caratteristiche di riconoscibilità) – ha l'obbligo di attivarsi per evitare eventi dannosi. Come è stato affermato "le violazioni della diligenza altrui non sono oggetto del dovere di rappresentazione gravante sul soggetto, purché la si-

tuazione concreta non desse 'occasione' per sospettare del contrario". Il principio di affidamento ha trovato una particolare elaborazione nell'ambito della circolazione stradale nella quale ogni conducente può, e deve, fare affidamento sul rispetto delle regole da parte degli altri conducenti; non esiste infatti un obbligo di prevedere le altrui imprudenze. Solo quando percepisca (o divenga percepibile) la mancata osservanza delle regole da parte del terzo il conducente ha l'obbligo a sua volta di porre in essere manovre di emergenza per evitare danni (per es. chi si accorge per tempo che un veicolo marcia contro mano ha l'obbligo di fermarsi; il titolare del diritto di precedenza ha l'obbligo di eseguire le manovre idonee ad evitare incidenti se percepisce tempestivamente che altro conducente sfavorito non gli concede la precedenza). Di maggior complessità è la soluzione di questi problemi nel caso di obblighi "divisi", cioè nei casi nei quali una medesima attività è svolta in équipe da più soggetti. È evidente che il concetto di affidamento assume carattere diverso a seconda del tipo di attività svolta, delle specializzazioni, competenze e capacità degli altri partecipi, delle modalità e difficoltà dell'attività intrapresa. I componenti di una équipe chirurgica avranno un ben diverso livello di affidamento rispetto agli automobilisti che si trovino a percorrere la medesima strada. Così ben diversa considerazione dovrà avere l'eventuale condotta colposa da parte del capo équipe rispetto a quella dei chirurghi che si trovino in posizione subordinata e l'attività dei partecipi ad un intervento chirurgico rispetto all'attività degli specialisti (problema che si pone analogamente nel trattamento medico di patologie che richiedono l'intervento di più specialisti). Ma non diverso sarà il criterio cui dovrà ispirarsi il componente dell'équipe chirurgica che dovrà attivarsi nel caso in cui concretamente appaia, o sia prevedibile, il comportamento scorretto, o comunque inosservante, di altro titolare dell'obbligo diviso tanto più se rivesta una posizione di sovra ordinazione gerarchica. La semplice enunciazione dei principi che governano il principio di affidamento mostra come, nel caso in esame, ci si trovi al di fuori di questa problematica relativa al principio di affidamento che sarebbe invocabile solo se gli operatori della comunità Albatros avessero tenuto nascosti all'imputato gli episodi di scempenso, o comunque significativi dell'aggravamento della patologia, verificatisi. Non solo questo "occultamento" delle informazioni non è stato accertato dai giudici di merito ma va invece riaffermato il principio che il medico ha l'obbligo di assumere (dal paziente o, se ciò non è possibile, da altre fonti informative affidabili) tutte le informazioni necessarie al fine di garantire la correttezza del trattamento medico chirurgico praticato al paziente. Obbligo che diviene ancor più pregnante nel caso di una iniziativa terapeutica così delicata come la modifica del trattamento farmacologico di un malato psichico grave che richiede necessariamente una conoscenza delle fasi pregresse della malattia che il medico (soprattutto perché da poco tempo incaricato di seguire il paziente) ha l'obbligo di acquisire; tanto più nei casi di malattie nei quali ai verifica una scarsa o nulla collaborazione del paziente.

Nel nostro caso i giudici di merito hanno invece accertato che il dott. P. aveva omesso completamente di acquisire le conoscenze disponibili sul percorso patologico del paziente e di sollecitare l'acquisizione delle informazioni necessarie (tra l'altro l'anamnesi pregressa competeva proprio al dott. P. per cui è incongruo parlare di principio di affidamento). Questa mancata acquisizione delle informazioni è

stata peraltro ammessa dal medesimo imputato che ha dichiarato che ignorava addirittura che il paziente fosse stato in passato ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario. A maggior ragione, dopo la modifica del trattamento, proprio per i rilevanti effetti negativi che tale modifica era idonea a provocare, costituiva un obbligo del medico informarsi in modo continuativo sull'evoluzione della malattia per verificare l'esistenza di questi effetti in conseguenza della modificazione del trattamento. Certo, anche gli operatori della comunità avevano l'obbligo di segnalare le manifestazioni anomale del paziente ma ciò non fa venir meno l'obbligo informativo che grava primariamente sul medico. Si aggiunga che, nel giudizio di merito (v. sentenza di 1° grado a p. 27 e 32), è stato accertato che il dott. P. non provvedeva, nei rari incontri con gli operatori, all'acquisizione delle informazioni e delle notizie utili per la valutazione dello stato della malattia né risulta aver sollecitato le periodiche verifiche che l'équipe avrebbe dovuto effettuare; e risulta anzi che le visite del dott. P. nei confronti del M. sono sempre state "oltre che contenute nel numero, improntate ad eccessiva fretta e superficialità". Né questa diligenza risulta essere aumentata nel periodo più delicato, quello successivo alla diminuzione della posologia. Insomma è da ritenere del tutto adeguata, con riferimento ai fatti incensurabilmente accertati nel corso del giudizio di merito, la conclusione tratta dai giudici dall'esame di questa tragica vicenda che non è quella, sostenuta nel ricorso, di una "concezione gerarchica del rapporto fra consulente e struttura cui era affidato il paziente" ma di un rapporto terapeutico instaurato e condotto in modo gravemente negligente (oltre che imperito e imprudente nella affrettata diminuzione e sospensione della terapia) in particolare per la mancata assunzione di tutte le informazioni necessarie per trattare il caso secondo le regole dell'arte medica psichiatrica anche se riduttivamente vista in un'ottica di protezione esclusiva del paziente. È ovvio che se gli operatori della struttura — peraltro separatamente giudicati — hanno omesso di trasmettere al medico psichiatra informazioni utili e necessarie per il trattamento della patologia potranno rispondere per aver posto in essere concause dell'evento. Ma ciò potrebbe valere, al più, a far ritenere che la condotta dell'imputato ha avuto efficacia concausale e non esclusiva sul verificarsi dell'evento (che certamente — ma neppure il ricorrente lo sostiene — non è ricollegabile ad una causa sopravvenuta da sola idonea a determinare l'evento).

XII) Il rapporto di causalità. La descrizione dell'intero meccanismo causale

È adesso possibile riprendere il discorso sull'efficienza causale della condotta colposa dell'imputato sul verificarsi dell'evento (c.d. "causalità della colpa"). È evidente che la censura relativa all'esistenza della posizione di garanzia in capo al dott. P. in precedenza esaminata ha un significato determinante in relazione all'elemento di colpa riferito all'omessa richiesta di trattamento sanitario obbligatorio configurabile come una condotta omissiva peraltro escluso come si è detto in precedenza. Ma il ricorrente imposta in termini di causalità omissiva anche il problema dell'efficienza causale del mutamento della terapia farmacologia e deduce, nel quinto motivo di ricorso, la violazione dell'art. 40 cod. pen. e il vizio di motivazione perché la sentenza impugnata, in contrasto con i principi affermati dalla giurisprudenza di legittimità, si sarebbe ispirata a criteri probabilistici non idonei a fon-

dare il giudizio positivo sulla causalità ed avrebbe omesso di accertare la concatenazione causale in tutti i suoi aspetti fattuali e scientifici necessari per ritenere esistente il nesso di condizionamento. In merito a queste censure va preliminarmente esaminata la doglianza che si riferisce alla mancata individuazione dell'intero e complesso meccanismo causale che ha condotto all'evento inseritosi nella tragica vicenda dell'accoltellamento dell'operatore (in particolare difetterebbe, nel caso in esame, secondo il ricorrente, l'accertamento che riguarda la concentrazione del principio attivo del farmaco antipsicotico nel periodo immediatamente precedente il tragico fatto) perché, da parte di alcuni autori e in alcune decisioni, anche di legittimità, si afferma che, in questo caso, non potrebbe ritenersi accertato il rapporto di causalità. Si osserva, in contrario, che a questo dubbio aveva già dato una precisa risposta la giurisprudenza di legittimità che, già con la sentenza Cass., sez. IV, 6 dicembre 1990, Bonetti e altri, aveva affrontato il problema in questi termini confermando il ragionamento della Corte d'appello: "Come si vede, il discorso della Corte è di esemplare linearità: è impossibile che il giudice, nell'accertare il rapporto causale, venga a capo di tutti, conosca tutti i passaggi causali, tutte le fasi intermedie attraverso le quali la causa produce il suo effetto, che proceda ad una spiegazione fondata su una serie continua di eventi; è sufficiente che il giudice, adottando il modello della sussunzione sotto leggi scientifiche, universali o statistiche, 'restando, cioè, vincolato a parametri oggettivi e impersonali forniti dalla scienza' e, quindi, ripudiando il modello individualizzante, colga, metta in luce, uno o più antecedenti che, secondo quelle leggi scientifiche, universali o statistiche, siano tali che senza lo stesso o gli stessi l'evento, con alto grado di probabilità, con probabilità, cioè, logica o credibilità razionale, non si sarebbe verificato". Più recentemente si è ancora affermato che il nesso di condizionamento deve ritenersi provato non solo quando (caso improbabile) venga accertata compiutamente la concatenazione causale che ha dato luogo all'evento ma, altresì, in tutti quei casi nei quali, pur non essendo compiutamente descritto o accertato il complessivo succedere di tale meccanismo, l'evento sia comunque riconducibile alla condotta colposa dell'agente sia pure con condotte alternative; e purché sia possibile escludere l'efficienza causale di diversi meccanismi eziologici (in questo senso v. Cass., sez. IV, 15 marzo 1995 n. 2650, Trotta, in Giust. pen., 1996, II, 445, che ha ritenuto irrilevante l'indicazione di una delle cause alternative dell'evento qualora le conseguenze dell'una o dell'altra soluzione siano identiche. Nello stesso senso, più di recente, si è espressa Cass., sez. IV, 17 aprile 2007 n. 21602, Ventola, rv. 237588; contra Cass., sez. IV, 25 maggio 2005 n. 25233, Lucarelli, rv. 232013).

Una parola definitiva su questo punto è stata pronunciata dalla sentenza Franze delle sezioni unite che così si esprime: "poiché il giudice non può conoscere tutte le fasi intermedie attraverso le quali la causa produce il suo effetto, né procedere ad una spiegazione fondata su una serie continua di eventi, l'ipotesi ricostruttiva formulata in partenza sul nesso di condizionamento tra condotta umana e singolo evento potrà essere riconosciuta fondata soltanto con una quantità di precisazioni e purché sia ragionevolmente da escludere l'intervento di un diverso ed alternativo decorso causale". Ciò che rileva, quindi, è che siano individuati tutti i possibili meccanismi eziologici e verificare se queste alternative ricostruzioni possano tutte

essere riferite alle condotte (colpose) di indagati e imputati; oppure che si possa comunque escludere che ne esistano di ragionevolmente ipotizzabili che possano condurre all'esclusione del contributo causale da parte dell'agente. Queste conclusioni sono condivise anche dalla prevalente dottrina. Si è detto che "non si può pretendere che il giudice spieghi l'intero meccanismo di produzione dell'evento, e non lo si può pretendere perché non è possibile conoscere esattamente tutte le fasi intermedie attraverso le quali la causa 'produce' l'effetto finale". Ciò che rileva, lo si ribadisce, è che siano individuati tutti i possibili meccanismi eziologici e verificare se queste alternative ricostruzioni possano tutte essere riferite alle condotte (colpose) dell'agente. Ma, prima di trarre le necessarie conclusioni da queste premesse, occorre affrontare il tema della natura della causalità cui è stato ricondotto l'evento.

XIII) Causalità commissiva e causalità omissiva

Si è già accennato che il ricorrente imposta il tema della causalità in termini di causalità omissiva: espressamente per quanta riguarda la mancata richiesta del t.s.o.; implicitamente, come risulta dall'impostazione delle censure, per quanto riguarda le condotte colpose riferibili al mutamento della terapia cui il paziente era sottoposto. Anche su questo tema occorrono alcune riflessioni preliminari sulla distinzione tra causalità attiva ed omissiva. Su questo problema va premesso che, in astratto, la distinzione tra causalità commissiva e causalità omissiva è del tutto chiara: nella prima viene violato un divieto nella seconda è un comando ad essere violato. Non sempre agevole è però la distinzione in concreto tra le due forme di causalità. In particolare nella responsabilità professionale medica (ma non solo) viene frequentemente ritenuta omissiva una condotta che tale non è anche perché sono ben pochi i casi nei quali la condotta cui riferire l'evento dannoso è chiaramente attiva (il chirurgo ha inavvertitamente tagliato un vaso durante l'intervento) o passiva (il medico ha colposamente ommesso di ricoverare il paziente). Nella stragrande maggioranza dei casi sono presenti condotte attive e passive che interagiscono tra di loro rendendo ancor più difficile l'accertamento della natura della causalità. È peraltro necessario evitare la confusione tra il reato omissivo e le componenti omissive della colpa: i casi del medico che adotta una terapia errata (e quindi omette di somministrare quella corretta) o che dimette anticipatamente il paziente (e quindi omette di continuare a curarlo in ambito ospedaliero) non rientrano nella causalità omissiva ma in quella attiva. Si è detto che i medici che hanno sbagliato diagnosi e terapia "non hanno violato un comando penale, bensì solo un divieto di cagionare (o contribuito a cagionare, si trattasse anche solo di accelerare) lesioni o morte con negligenza, imperizia o imprudenza". Causalità omissiva sarà dunque quella del medico che omette proprio di curare il paziente o che rifiuta di ricoverarlo. Al più potrebbe ritenersi condivisibile il più recente orientamento secondo cui, nell'ambito della responsabilità medica, avrebbe natura commissiva la condotta del medico che ha introdotto nel quadro clinico del paziente un fattore di rischio poi effettivamente concretizzatosi; sarebbe invece omissiva la condotta del sanitario che non abbia contrastato un rischio già presente nel quadro clinico del paziente. Alla luce delle considerazioni svolte non possono esservi dubbi sulla natura com-

missiva della causalità nel caso in esame. Il dott. P. non ha violato un comando omettendo di intervenire in un caso che richiedeva la sua attivazione ma ha violato il divieto di somministrare le terapie farmacologiche in modo incongruo prima con una immotivata riduzione alla metà del farmaco neurolettico e poi addirittura sospendendo, senza un adeguato periodo di osservazione, la terapia in tempi troppo ravvicinati e senza un approfondito esame delle conseguenze della modifica terapeutica. E, anche richiamando la più recente ricostruzione ricordata, può affermarsi che il medico abbia introdotto nel quadro clinico del paziente un fattore di rischio poi effettivamente concretizzatosi. Si badi, non si tratta di un riferimento alla non condivisibile (e ormai ampiamente superata) teoria dell'aumento del rischio ma di una ricostruzione che tiene conto della introduzione di un fattore causale che ha certamente cagionato, o contribuito a cagionare, l'evento. Se dunque nel caso in esame la causalità ha natura commissiva e se l'evento è da ritenere causalmente ricollegabile alla condotta dell'imputato in termini di sostanziale certezza è evidente che non è necessario porsi la domanda, che si pone il ricorrente, su che cosa sarebbe avvenuto se la modifica terapeutica non fosse avvenuta; domanda che trova la sua ragione nella circostanza che è statisticamente accertato che una certa percentuale di scompensi nei pazienti psicotici avviene anche con il mantenimento della terapia. Questa domanda sarebbe legittima se si trattasse di causalità omissiva: il medico che non ha somministrato il farmaco salvifico risponde della morte del paziente se, in base al giudizio controfattuale, può ritenersi, in termini di elevata credibilità razionale, che l'evento non si sarebbe verificato se il medico avesse compiuto l'azione richiesta. Ma, nel nostro caso, i giudici di merito hanno motivatamente ritenuto accertato, in termini di sostanziale certezza, che la crisi si è scatenata a seguito del mutamento incongruo della terapia farmacologica; dunque l'ipotesi formulata dal ricorrente costituisce una congettura priva di alcuna conferma ed estranea all'evidenza probatoria del processo che anzi mostra l'esistenza di una situazione di sostanziale compenso durata circa quindici anni pur con periodici episodi di rottura di questa situazione di equilibrio. Il giudizio controfattuale non va dunque compiuto, come implicitamente richiede il ricorrente, dando per avvenuta una condotta impeditiva che non c'è stata e chiedendosi se, posta in essere la medesima, l'evento sarebbe ugualmente avvenuto in termini di elevata credibilità razionale ma chiedendosi se, ipotizzando non avvenuto il mutamento del trattamento farmacologico, si sarebbe ugualmente verificato il processo patologico che ha condotto il paziente allo scompensamento conclamato cui è riconducibile l'aggressione a C. E su quale debba essere la risposta a questo quesito la Corte di merito ha fornito la motivata e non illogica risposta cui si è più volte fatto cenno. È infatti possibile che, se la terapia non fosse mutata, si sarebbero potuti verificare in futuro altri episodi di scompensamento; ma lo scompensamento che si è in concreto verificato è stato eziologicamente ricollegato – in base all'evidenza disponibile ed in particolare agli accertamenti peritali – al mutamento terapeutico, si è manifestato come conseguenza prevista e prevedibile di questo mutamento e non costituisce quindi uno degli episodi statisticamente possibili di inefficacia del farmaco. È quindi possibile dare una risposta al quesito formulato nel capitolo precedente: l'evento *hic et nunc* verificatosi è causalmente ricollegabile alla condotta dell'imputato in termini di elevata

credibilità razionale e l'ipotesi alternativa formulata è fondata su una mera congettura che peraltro neppure potrebbe essere presa in considerazione nel giudizio di legittimità. Ed è ora possibile dare anche una risposta al quesito posto in precedenza e relativo alla verifica dell'esistenza dei presupposti di natura soggettiva per la verifica in concreto dell'ammissibilità del concorso colposo nel delitto doloso: sull'imputato gravava una posizione di garanzia di protezione a tutela del paziente e la regola cautelare violata dal dott. P. era finalizzata anche ad evitare eventi del tipo di quello in concreto verificatosi. Con la conseguenza che, anche sotto questo profilo, la responsabilità dell'agente nella causazione dell'evento non può essere esclusa.

XIV) Alle considerazioni in precedenza svolte consegue il rigetto del ricorso con la condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali oltre alle pronunzie sull'azione civile di cui al dispositivo.

P. Q. M.

la Corte Suprema di Cassazione, Sezione IV penale, rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali. Lo condanna altresì a rifondere alle parti civili le spese sostenute dalle medesime per il presente grado di giudizio; spese che liquida in complessivi euro 3.000,00 per la parte civile B. I. e in complessivi euro 3.600,00 per le parti civili B. M. e C. Al.; oltre, per tutte le medesime parti civili, IVA, CPA e spese generali come per legge.

Così deciso in Roma il 14 novembre 2007.

Il presidente (dr. Lionello Marini); Il consigliere relatore (dr. Carlo Brusco)

5. Documento della Commissione congiunta delle Società Italiane di Criminologia, Medicina Legale e Psichiatria²

Le Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria hanno costituito una Commissione congiunta con l'obiettivo di formulare un parere sui temi della imputabilità e pericolosità sociale da offrire, quale contributo tecnico, alla riflessione della Commissione di Studio di riforma del Codice penale presieduta dal Cons. Carlo Nordio.

Va preliminarmente precisato che nel formulare le proprie opinioni la Commissione ha tenuto conto dei pareri espressi da precedenti Commissioni Ministeriali di riforma del Codice penale (Pagliaro e Riz); particolare attenzione è stata poi riservata alla Relazione della Commissione Ministeriale di riforma del Codice penale istituita il 1.10.98 e presieduta dal prof. Carlo Federico Grosso.

Sul piano metodologico si è proceduto formulando pareri su singoli aspetti costituenti la tematica e segnatamente su:

² Pubblicato su *Quaderni Italiani di Psichiatria*, vol XXIV, marzo 2005 e successivamente sulle riviste ufficiali delle tre società. Il documento, prima di essere approvato dalla commissione, era stato discusso preliminarmente all'interno delle tre società.

- 1) conservazione o cancellazione della dizione "infermità";
- 2) opportunità di inserimento, al fianco dell'infermità, di formulazioni del tipo "anomalie o disturbi della personalità";
- 3) conservazione del concetto di "capacità di intendere e volere" o sostituzione con altra formulazione;
- 4) conservazione o cancellazione del vizio parziale di mente;
- 5) non imputabilità per minore età;
- 6) intossicazione acuta e cronica da sostanze alcoliche o stupefacenti;
- 7) trattamento dei soggetti non imputabili.

Premessa

Prima di procedere all'esame dei singoli punti la Commissione ritiene di dover formulare brevi considerazioni di carattere preliminare, che contengono peraltro i principi sui quali sono stati articolati i pareri che seguono.

In primo luogo va detto che l'esperienza clinica e medico-legale, in sintonia con le risultanze della letteratura, consente di affermare che è priva di fondamento l'idea che il malato di mente sia stabilmente privo della facoltà di comprensione degli eventi, come pure che formulare una diagnosi, quale essa sia, identifichi uno stato di incapacità. Non c'è equivalenza, in altri termini, fra disturbo psichico e vizio di mente. Un malato di mente può scegliere come comportarsi sulla base di valori, credo, idee, motivazioni che non necessariamente dipendono dalla malattia di cui è portatore; ciò vale per qualsiasi scelta, dunque anche nell'ipotesi di un reato. Può accadere che la malattia condizioni le sue decisioni, ma non è affatto percorso obbligato. Dunque anche il malato di mente, a certe condizioni, può e deve rispondere del suo operato di fronte alla Legge. La Commissione, quale naturale conseguenza, ritiene che si giunga ad una visione restrittiva dell'uso del vizio di mente, cui poter giungere solo in presenza di chiare e dimostrabili patologie di mente, tali da alterare sensibilmente il funzionamento psichico di un individuo e quando queste si pongano in stretta correlazione con il delitto, ovvero quando il reato sia causalmente correlato alla condizione morbosa.

Riteniamo inoltre opportuno segnalare all'attenzione della Commissione Ministeriale di riforma del Codice penale quei limiti di conoscenza attuale delle discipline mediche che condizionano la possibilità dei periti di rispondere in modo scientificamente fondato ai quesiti posti e degli psichiatri clinici di poter ottenere con il trattamento anche il "controllo" dell'infermo di mente-reo. Relativamente alle prime riteniamo doveroso segnalare come le conoscenze cliniche attuali non consentano che limitate possibilità di esplorazione e valutazione di quella che oggi è definita dal Codice penale come "capacità di volere", più in generale su quello che suol definirsi atto di volontà. L'indagine psicopatologica è in grado di fornire utili elementi di analisi e valutazione del percorso del pensiero di un individuo, il perito è in possesso di strumenti clinici - e psicodiagnostici - efficaci per lo studio del funzionamento psichico, è in grado di formulare giudizi fondati sulla qualità dell'ideazione, ma poco può dire, sul piano scientifico, in ordine al processo di volontà. Dobbiamo ammettere che attualmente insufficienti sono i mezzi tecnici a disposizione del perito per dissertare - al di là delle soggettive interpretazioni - sui li-

miti di questa funzione. Non a caso quello del volere è il terreno abituale di scontro di perizie "deboli", prive cioè di elementi psicopatologici indiscussi; è anche il tema sul quale più spesso – in carenza di concrete possibilità di verifica – si assiste a scontri peritali nei quali si fronteggiano le ipotesi più varie e, talvolta, "fantasiose".

In merito invece agli interventi terapeutici e segnatamente alle capacità che questi possano svolgere, indirettamente ruolo di controllo sociale, è bene chiarire che le attuali conoscenze scientifiche non consentono di trattare ogni forma di disturbo psichico in modo da garantire adeguatezza di funzionamento. Non sempre poi – anche quando ciò accade – si raggiunge contestualmente adeguatezza di comportamento.

I concetti che ci preme mettere in evidenza sono due:

- a) vi sono quadri psichiatrici di difficile approccio e con scarsa responsività al trattamento;
- b) comportamento delittuoso e malattia di mente, quando pure presenti in uno stesso soggetto, non sempre sono interconnesse al punto che, curata la malattia si ottiene anche adeguatezza di comportamento.

Diagnosticare un disturbo non significa avere sempre soluzioni utili ad un tempo a restituire corretto funzionamento psichico, benessere soggettivo ed esclusione di recidiva di reato. Con un adeguato percorso trattamentale, questo può accadere in un apprezzabile numero di casi, ma non sempre e non per tutti.

1) Conservazione o cancellazione della dizione "infermità"

Parere condiviso dalla Commissione è che non esistono terminologie cliniche che possano utilmente sostituire il concetto di "infermità". Pur consapevoli dei limiti mostrati nel tempo da una nozione che la Giurisprudenza ha qualificato in ogni modo, riteniamo che qualsiasi altro termine (ad es. malattia mentale o disturbo mentale) porterebbe con sé inevitabilmente analoghi, se non maggiori, problemi di indeterminazione. La flessibilità interpretativa associata ad un termine "contenitore" come quello di infermità è, per altro verso, in grado di venire incontro alle inevitabili correzioni di rotta che la scienza medica nel tempo propone, evitando contestualmente il rischio di adesione ad una nomenclatura psichiatrica che oggi può apparire sintonica con il sapere scientifico ma che, rapidamente, potrebbe essere sostituita da altra. A ciò si aggiunga che nel tempo sono caduti quegli steccati giurisprudenziali che limitavano il concetto di infermità alle sole psicosi ed al "ritardo mentale", venendo incontro a ciò che dottrina criminologica e psichiatrico forense da tempo sostengono, e cioè che non è il diagnosticare una malattia, ovvero qualificarla come "infermità", il punto determinante dell'accertamento peritale quanto mettere in luce la reale incidenza del disturbo diagnosticato su quello specifico reato. Anche per questo motivo riteniamo si possa accettare di continuare ad utilizzare il termine infermità, lasciando naturalmente che sia la Giurisprudenza a dettarne nel tempo limiti e confini.

L'unica ipotesi che si prospetta, quale possibile alternativa, è la dizione "disturbo psicopatologico" che potrebbe – non senza limiti peraltro identificabili – forse evitare l'irruzione di interpretazioni o visioni troppo "psicologiche". Se è vero difatti che non si può aprioristicamente escludere che anche disturbi patologici diversi dalle psicosi o dai deficit cognitivi possano, in alcuni casi, incidere significati-

vamente sulle capacità di adeguata comprensione dei fatti (ad es. in gravi disturbi della personalità), restiamo convinti che l'infermità causalmente correlata al delitto debba ricondursi ad un apprezzabile e rilevante disturbo psicopatologico che comprometta sensibilmente il funzionamento psichico di un individuo. Se così non fosse, se si lasciasse spazio ad interpretazioni eccessivamente "psicologiche", il rischio è non solo di sensibile allargamento del ricorso al vizio di mente – scelta legislativa sul cui merito rispettosamente non entriamo – ma, ed è questo il punto che intendiamo sottolineare, quello dell'arbitrio peritale, delle perizie risolte sulla base di virtuosismi argomentativi che poco hanno a che fare con la psicopatologia, con quadri francamente patologici. È bene sottolineare che quando si transita dal piano della valutazione psicopatologica concernente la patologia di mente a quella psicologica aumenta sensibilmente il margine di aleatorietà, la soggettività di giudizio. Quando le valutazioni vengono fondate non più sulla identificazione di dati controllabili e confutabili, quali possono essere considerati segni o sintomi psicopatologici, bensì su valutazioni psicologiche, è molto più alto il rischio che i giudizi siano ancorati ad intuizioni personali o ad elementi soggettivamente interpretati come probanti.

Tutto ciò produrrebbe allontanamento ancor più sensibile da una auspicabile coerenza di giudizio e – cosa che a noi preme particolarmente – si scosterebbe sensibilmente dalle esperienze maturate in ambito clinico e peritale.

2) Sull'opportunità di inserimento, al fianco dell'infermità, di formulazioni del tipo "anomalie o disturbi della personalità"

In proposito si ritiene preferibile non aggiungere altra formulazione al fianco del termine infermità – o di quello che la Commissione Ministeriale vorrà scegliere – per diverse ragioni ed in particolare:

- se non si pongono rigidi steccati al concetto di infermità non c'è motivo perché anche disturbi della personalità, o altre condizioni morbose possano, a certe condizioni, essere considerati rilevanti ai fini del giudizio di imputabilità. Questo, fra l'altro, già avviene alla luce della attuale Giurisprudenza;
- differenziando concettualmente i disturbi della personalità o le gravi anomalie da tutto ciò che invece qualificiamo infermità, si dà quasi l'idea che ad essi si voglia attribuire importanza o significato diverso, enfatizzandone il ruolo. Il rischio che si paventa è la facilità di strumentalizzare detta diagnosi in ambito giudiziario, vista fra l'altro la difficoltà a tener distinti in un'Aula di Giustizia "tratti di personalità" (che delineano solo il modo di essere di un individuo) da un vero e proprio disturbo di personalità.

Il sospetto viene alimentato dal fatto che nel D.D.L 2038 venga posta una distinzione delle anomalie in "gravi" e "gravissime", collocando queste due accezioni nelle voci rispettivamente del vizio parziale e totale di mente. Si sottolinea, peraltro, la difficoltà a separare ciò che è "grave" da ciò che è "gravissimo", nel senso che il perito è carente di parametri scientifici utili – in un contesto giudiziario – ad oggettivare tale differenza. Ci permettiamo inoltre di far notare come raramente disturbi della personalità risultino talmente gravi da produrre un disturbo della comprensione dei fatti, da alterare la capacità di sintonia cognitiva con la realtà,

come raramente ad essi si attribuisca peso tale da giungere ad un vizio di mente. V'è poi un'altra critica sollevabile all'uso del termine disturbo della personalità. Si tratta di termine troppo legato alla attuale nosografia psichiatria, a rischio dunque di diventare obsoleto – e difficilmente utilizzabile – nel tempo. Quanto al concetto di anomalia esso ci appare troppo vago, difficilmente delimitabile, con il rischio di vedervi confluire tutto ciò che la psichiatria è in grado di classificare, ed è tanto. Ogni forma di disturbo – dalla pedofilia alla cleptomania – potrebbe essere agevolmente considerato tale e solo parzialmente potrebbe fungere da freno il filtro della obbligatorietà del nesso causale, specie se il riferimento al vizio è collegato al "volere". Tutto ciò porterebbe inevitabilmente, a nostro avviso, ad un progressivo allargamento delle ipotesi di non imputabilità. La anomalia richiama poi troppo da vicino l'ambiguo concetto di "normalità" e non a caso, nel recente dibattito in tema, è stato citato quale ipotesi utile a comprendere anche casi giudiziari "inspiegabili", che sfuggono cioè anche alla capacità di comprensione (ed immaginazione) dei periti, laddove manchi motivazione «apparente» al delitto, o questa appaia inconsistente o francamente abnorme. Quando, per l'appunto, il delitto si allontana dalla aspettativa di normalità. Va detto a questo proposito che a nostro avviso la inconsistenza della motivazione – inconsistenza nella prospettiva altrui, naturalmente, non in quella della soggettività dell'autore del delitto – o la gravità della condotta non è mai sufficiente ad attribuire ad un comportamento valore di malattia, ovvero significato di patologia di mente rilevante ai fini del giudizio di imputabilità. Comportamenti abnormi sono possibili anche in soggetti "normali". È appena il caso di ricordare, a proposito di delitti inspiegabili, la facilità con la quale versioni motivazionali possono essere modificate ed articolate secondo strategie difensive più utili. Un delitto inspiegabile potrebbe nascondere solo la mancata volontà, dell'autore, di riferirne la vera motivazione. Contrastiamo, in altri termini, l'idea di psichiatrizzare ogni comportamento criminale, che nasconde solo la rassicurante volontà di attribuire a tutto ciò che è inspiegabile, che va al di là della aspettativa comune, ovvero a tutto ciò che esprime eccesso di crudeltà, il significato di malattia di mente.

3) Conservazione del concetto di "capacità di intendere e volere" o sostituzione con altra formulazione

La formulazione prospettata dalla Commissione Ministeriale presieduta dal prof. Grosso, ovvero "la possibilità di comprendere il significato del fatto o di agire in conformità a tale valutazione" ci sembra porsi molto meglio della attuale in sintonia con la realtà clinica e con gli obiettivi concreti cui può tendere un perito.

Riteniamo poi particolarmente condivisibile la scelta della Commissione "Grosso" di non fare riferimento, come accade in altre legislazioni, alla capacità di "comprensione dell'illiceità del fatto", posto che per lo più non è questa la funzione compromessa, anche nei malati più gravi. Non possono esservi dubbi, difatti, che la maggior parte degli individui, non solo quelli affetti da gravi o gravissimi disturbi di personalità, ma anche psicotici veri e propri (basti pensare ai paranoici) abbiano ben chiaro cosa stiano facendo, anzi per lo più è proprio quello che vogliono intensamente fare, come pure che a loro è chiaro che quel comportamento è

un delitto. Fuor di luogo, poi, che lo sappiano individui portatori di disturbi minori. La prova è che nella maggior parte dei casi si adoperano, anche in modo molto abile; per non essere trovati dalla Polizia, che molti di loro organizzano e pianificano i delitti ed anche il post-delitto, con ciò rendendo del tutto evidente di ben comprendere l'illiceità del fatto. La compromissione più evidente, e più importante nella prospettiva del vizio di mente, si pone invece a nostro avviso sul piano della corretta sintonia con la realtà e, più in generale, su quello del funzionamento psichico; attenzione da parte nostra viene difatti abitualmente posta su quegli elementi psicopatologici in grado di interferire con la corretta decodifica ed adeguata comprensione degli elementi di realtà, sui processi di attribuzione di significato, sul grado di sintonia cognitiva con il mondo circostante, sulla ricorrenza ed incidenza di eventuali fenomeni distorsivi del pensiero (deliri, deliroidi, idee di riferimento, ecc.), di disturbi della percezione o della coscienza; tutti elementi in grado di alterare "il significato" di quel fatto-delitto messo in atto.

Tutto ciò ci sembra possa trovare migliore accoglienza nella formulazione "comprendere il significato del fatto" rispetto alla attuale "capacità di intendere". In coerenza poi con quanto detto in premessa, ribadiamo ancora una volta le nostre perplessità sulla possibilità di fornire un parere scientifico che possa dirsi fondato sul "volere" di un individuo, valutazione forse più filosofica che psicopatologica.

Esperienza e studi ci insegnano che molti fattori, non solo psicopatologici, sono in grado di limitare gli spazi di libertà individuali. Fattori ambientali e sociali possono ridurre di sicuro i margini di scelta, così come il credo religioso, l'appartenenza a formazioni sottoculturali, e così via. Di certo influiscono sul grado di libertà fattori psicologici, che riguardano la singola organizzazione psichica, che consentono a taluno, ad esempio, di resistere a determinati stimoli frustrazionali ed ad altri invece meno. Spazi di libertà sono di certo limitati dagli stati emotivi, da sentimenti quali l'ira, la passione, la paura, il risentimento. Possiamo dunque dire che lo spazio di libertà è diverso da persona a persona ma anche nella stessa persona da momento a momento, a seconda delle circostanze. Come pure che lo spazio di libertà è sempre un po' limitato. Ma poco possiamo concretamente dire, che abbia naturalmente solido fondamento scientifico, in ordine agli spazi di libertà di quel determinato individuo in quel determinato momento, proprio mentre commetteva quel gesto.

4) Conservazione o cancellazione del vizio parziale di mente

Pur consapevoli delle molte critiche che sono state sollevate, anche nelle nostre comunità scientifiche, sul vizio parziale di mente esprimiamo parere favorevole al suo mantenimento per le seguenti ragioni:

Come anticipato in premessa oggi riteniamo che spazi di libertà, quote di capacità siano rilevabili anche nel malato di mente e che dunque egli possa, a certe condizioni, essere chiamato a rispondere innanzi alla Legge dei propri atti. Ciò detto è egualmente indiscutibile che la malattia mentale, specie certe malattie come le psicosi, possano interferire sulle possibilità di adeguata comprensione dei fatti. Magari non la aboliscono, non la cancellano del tutto, ma di sicuro la limitano, ed anche sensibilmente. L'ipotesi di un vizio parziale di mente è, dunque, quella che

oggi meglio corrisponde all'attuale sentire scientifico, che ritiene cioè il malato di mente per lo più imputabile, ma con capacità limitate dalla sua malattia. Il vizio parziale di mente dovrebbe di conseguenza essere la fattispecie cui più frequentemente, a nostro avviso, si dovrebbe far ricorso in presenza di disturbo mentale la cui espressività sintomatologica, al momento del fatto, sia correlata causalmente con il delitto commesso. Si deve peraltro ammettere che vi sono situazioni limite, sul piano psicopatologico (ad esempio stati confusionali in corso di psicosi, demenze), nelle quali se spazi residui di libertà vi sono, questi sono talmente limitati e soverchiati dal disturbo mentale che è inimmaginabile una attribuzione di responsabilità all'autore del delitto. Vi sono casi, anche se limitati, nei quali il funzionamento psichico è così compromesso che il soggetto non sa neppure di quale delitto lo si accusa; in questi casi, che statisticamente sono da considerare rari, riteniamo che il vizio totale di mente sia l'unica previsione accettabile. Per questi motivi stimiamo che la previsione di un vizio totale e parziale di mente, pur con tutti i limiti ben noti, sia quella che meglio corrisponda alla multiforme diversità della malattia di mente.

5) Non imputabilità per minore età

Il dibattito sul tema del limite di età per considerare imputabile un minore è stato molto intenso negli ultimi tempi ma v'è da dire che, allo stato, non vi sono evidenze scientifiche che giustifichino o sostengano la scelta di modificare il limite di 14 anni attualmente previsto.

Se è vero difatti che i minori di oggi sono sensibilmente diversi da quelli del 1930, se è indiscutibile che l'assetto psicologico dei minori non possa dirsi sovrapponibile a quello degli infra-quattordicenni di una volta, è egualmente vero che diversità non significa maggiore o minore maturità. Oggi, ad es., osserviamo nelle nostre perizie minori con qualità cognitive sicuramente maggiori rispetto ad un passato neppure lontano, ma che per altro verso appaiono più "immaturi" sul piano affettivo e pulsionale. Non sono dunque ragioni "tecniche" a poter motivare un innalzamento o abbassamento dell'età minima per l'imputabilità; non esistono differenziazioni dell'assetto psicologico tali da consentire di dire che quella dei 13, o 15 anni, è età preferibile a 14. Fermo restando dunque il carattere di arbitrarietà comunque sotteso alla scelta non vi sono ragioni "scientifiche" per suggerirne una modifica. Si segnala al più la opportunità di armonizzare il limite di età previsto per l'imputabilità con quelli imposti da altre normative nazionali (ad es. 13 anni per fornire il consenso ad atti sessuali, 12 per esprimere un parere sull'adozione, ecc.) e con il trend normativo europeo.

6) Intossicazione acuta e cranica da sostanza alcoliche o stupefacenti

Sul tema – complesso perché intriso non solo di ragioni tecniche ma anche di politica criminale – noi riteniamo di formulare solo poche sintetiche considerazioni.

In primo luogo a nostro avviso sarebbe opportuno tenere distinti – sul piano dell'articolato – l'infermità connessa a disturbo mentale dai variegati quadri morbosi conseguenti ad intossicazione da sostanze psicotrope, trattandosi di realtà molto differenti sul piano clinico. Laddove si creino punti di sovrapposizione, ovvero nei rari casi in cui una intossicazione da sostanze produca un reale disturbo psico-

patologico (ad es. un disturbo mentale organico, una psicosi tossica, ecc.) questo potrebbe essere accolto all'interno del contenitore "infermità". Il rischio, che è facile intravedere nell'impianto prospettato dalla Commissione Grosso, è il transito agevole di buona parte degli stati di intossicazione acuta da assunzione di sostanze psicotrope nelle previsioni del vizio di mente. Da un lato è fuori discussione che nella quasi totalità dei casi – fatti salvi, cioè, quei quadri morbosi comunque considerabili infermità – la capacità di comprendere "il significato del fatto-reato" (ovvero quella che oggi chiameremmo "capacità di intendere" sia conservata nei tossico-dipendenti. Per altro verso è agevole immaginare che un "difetto del volere" possa essere invocato in buona parte delle forme di dipendenza da sostanze visto che, per definizione, chi versi in stato di dipendenza psicologica c/o fisica alterata ha quantomeno una alterazione della capacità di controllo. Facile dunque prevedere un ricorso, anche strumentale, a questa ipotesi.

La Commissione ritiene invece che il problema dei delitti commessi da tossicodipendenti potrebbe essere utilmente affrontato piuttosto che con speciali previsioni sull'imputabilità – fatti salvi i casi di particolare rilievo che, come detto, troverebbero collocazione nell'infermità – sul piano del trattamento differenziato, con maggiore attenzione cioè alle possibilità trattamentali. Spostando, in altri termini il piano di discussione dal vizio di mente alle possibilità di recupero, magari considerando la dipendenza da sostanze come una attenuante. Tanto ci sentiamo di sostenere in ragione anche del dilagare, in ambito clinico, della "patologia delle dipendenze", i cui spazi si sono allargati – negli ultimi anni – a comprendere nuove quadri morbosi, non solo di abuso di sostanze. È il caso, ad es., del disturbo d'azzardo patologico, o del disturbo da acquisto compulsivo, forme nuove di dipendenza ma con ben delineabili riflessi criminologici. Si tratta di quadri che la psichiatria – oggi affetta da rinnovata "passione" classificatoria – genericamente comprende nel capitolo del "disturbo del controllo degli impulsi", disturbi a tutti gli effetti tanto è vero che ne è stata formalmente attribuita la competenza trattamentale ai Servizi per le tossicodipendenze. Non è intento della Commissione disconoscere a questi quadri morbosi dignità di disturbo o negare le quote di sofferenze ad essa legate, ma solo sottolineare come l'allargamento ad una gamma sempre più ampia di comportamenti antisociali dello spettro dei disturbi mentali, prefiguri chiari scenari anche in ambito giudiziario. Quanto poi alla "cronica intossicazione", alla luce della lunga discussione dottrinarica, culminata nella ben nota Sentenza 114/98 della Corte Costituzionale, si deve ammettere trattarsi di concetto non applicabile ad ogni sostanza stupefacente, ma che mantiene una sua dignità clinica.

7) Trattamento dei soggetti non imputabili

Sul tema va detto che il progetto presentato dalla Commissione ministeriale "Grosso" rispecchia in larga parte le indicazioni della letteratura criminologica, psichiatrica e medico-legale degli ultimi anni e pertanto non può che essere condiviso nella sue linee generali.

Particolare apprezzamento trova la cancellazione dell'obsoleto concetto di "sociale pericolosità", come pure la auspicata scomparsa degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, strutture totalmente dissonanti dai condivisi principi di trattamento della

malattia mentale. La sostituzione delle misure di sicurezza con misure a finalità trattamentali, riabilitative, risocializzanti, il passaggio dalla sociale pericolosità al bisogno di trattamento è un principio oggi condiviso dalla comunità scientifica, così come lo è il coinvolgimento delle strutture territoriali – tanto di salute mentale quanto delle tossicodipendenze – nella gestione della tutela della salute del paziente-reo. In questo modo si rende difatti possibile articolare le strategie terapeutiche secondo le reali necessità del caso e senza necessariamente ricorrere a misure restrittive, laddove queste non siano necessarie. Poiché tuttavia le misure di cui si discute non hanno solo finalità di trattamento e tutela della salute ma anche – e per certi versi soprattutto – di difesa sociale, ovvero di controllo, è bene ribadire quanto accennato in premessa sul mancato parallelismo fra terapia e controllo. È bene ricordare, cioè, che molti pazienti rispondono bene alle terapie ed assumono anche adeguatezza comportamentale ma che questo non accade in tutti i casi. L'esperienza clinica e peritale testimonia come alcuni pazienti siano refrattari o poco sensibili alle terapie, che per alcuni disturbi non vi siano terapie sufficienti ad assicurare adeguatezza di funzionamento, tanto meno correttezza di comportamento. Pensiamo, ad es. ai casi in cui una patologia di mente si sovrastruttura ad un disturbo di personalità, a come in questi casi sia difficile far coincidere compenso psichico (che può essere raggiunto) ed adeguatezza di comportamento (che può restare invece compromesso). Non sempre, in altri termini, è possibile coniugare terapia e controllo.

È possibile talvolta prevenire il comportamento violento e delittuoso di alcuni pazienti con un rapporto terapeutico saldo e continuo, un trattamento farmacologico corretto ed adeguato. Ma sappiamo bene, anche, che talvolta altri sono i fattori che incidono su comportamenti violenti sui quali è pure opportuno – ma difficile – intervenire: la cornice familiare, ambientale, lavorativa, quella economica.

Ciò che intendiamo sottolineare è che la soddisfazione del recupero della dimensione trattamentale del paziente-reo si unisce alla realistica consapevolezza che il trattamento psichiatrico, ben fatto, ha sicuramente molte frecce al proprio arco, ma non può dirsi totipotente. Non sempre un percorso trattamentale socio-psicofarmacologico, pur adeguato e di ottimale livello multiprofessionale, è sufficiente garanzia di efficacia clinica, ovvero di remissione sintomatologica, e comunque in un certo numero di casi l'ottenere un sufficiente compenso è svincolato dalla possibilità di avere un comportamento adeguato. Ne deriva a nostro avviso l'obbligo di prevedere che a "misure di sicurezza e riabilitative" (secondo il progetto Grosso) o misure trattamentali che dir si voglia, si acceda solo dopo che sia stata verificata la concreta fattibilità del progetto terapeutico, prevedendo anche la possibilità di trattamenti in ambiente protetto.

Ad ipotesi di ricovero del paziente-reo in "strutture chiuse" a determinate, e condivisibili, condizioni, fa espresso riferimento il progetto Grosso. Ebbene è il caso di segnalare come simili strutture, nell'attuale assetto dell'organizzazione psichiatrica, non esistano. Nel nostro attuale sistema trattamentale mancano del tutto strutture in grado di ospitare, magari per lunghi periodi, pazienti violenti ed è bene sottolineare che i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (ovvero le strutture ospedaliere psichiatriche attuali) sono del tutto prive di caratteristiche utili

allo scopo. Si tratta dunque di creare nuove strutture, che noi immaginiamo quali presidi sanitari protetti, ad alta intensità assistenziale, articolati di concerto con il Ministero di Giustizia (che dovrebbe provvedere a garantirne la sicurezza), ma integrate nella organizzazione sanitaria regionale. Qui troverebbero ospitalità soggetti non imputabili per i quali si ritenga che le possibilità trattamentali all'esterno non siano sufficienti a modificare le condizioni di incapacità che hanno dato luogo al delitto, come pure soggetti non imputabili avviati a soluzioni trattamentali esterne, ambulatoriali, che siano venuti meno alle prescrizioni concordate e ritenute necessarie. Qualora il Legislatore dovesse aderire ad una simile impostazione ci sembra opportuno segnalare la necessità di una riflessione clinico-organizzativa finalizzata al necessario adeguamento delle strutture e della formazione del personale.

La Commissione è così costituita:

- prof. Tullio Bandini, Ordinario di Psicopatologia forense, Università di Genova, Past-President della Società Italiana di Criminologia
- prof. Roberto Catanesi, Ordinaria di Psicopatologia forense, Università di Bari, Segretario della Società Italiana di Criminologia
- prof. Salvatore Luberto, Ordinario di Criminologia, Università di Modena V. Presidente della Società Italiana di Criminologia
- prof. Mario Marigo, Ordinario di Medicina legale, Università di Verona Presidente della Società Italiana di Medicina legale
- prof. Giancarlo Nivoli, Ordinario di Psichiatria, Università di Sassari Presidente Società Italiana di Psichiatria forense
- prof. Luigi Palmieri, Ordinario di Medicina legale, Università di Napoli Past-President della Società Italiana di Medicina legale
- Dr. Elvezio Pirfo, Direttore Dipartimento Salute Mentale Asl 3 Torino Consigliere nazionale Società Italiana di Psichiatria
- prof. Pietrantonio Ricci, Ordinario di Medicina legale, Università di Catanzaro Presidente Istituto Italiano di Medicina sociale, Roma
- Dr. Francesco Scapati, Direttore Dipartimento Salute Mentale ALS TA 1 Taranto V. Segretario Società Italiana di Psichiatria

6. La gestione del rischio clinico

È stato elaborato (5 marzo 2003) un documento sul "Risk Management in Sanità". Lo ha fatto la Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, del Ministero della Salute.

Il documento inizia con una citazione:

«Uno degli aspetti più controversi delle cure mediche è la capacità di causare disabilità e disagi. Ovunque cure mediche vengano dispensate il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno in conseguenza, involontaria, di quelle stesse cure. Per questo, oggi, la

percentuale di danni iatrogeni è diventata un importante indicatore della qualità della cure»(Thomas 2000).

Complessità del Sistema Sanitario

La Commissione introduce una preliminare considerazione: il sistema sanitario è un sistema complesso. Lo è per specificità dei singoli pazienti, per complessità degli interventi, per esperienze professionali multiple, per modelli gestionali diversi; è un sistema complesso al pari di altri sistemi, quali, ad esempio, le centrali nucleari, l'aviazione, la difesa militare. Da ciò discende una sostanziale conseguenza: in ogni organizzazione complessa l'errore e la possibilità di un incidente non sono eliminabili. In un sistema complesso si creano sempre circostanze per il verificarsi di un errore. Queste possono attribuirsi a svariati motivi: possono essere conseguenza dello stress, a cui viene sottoposto il personale, o conseguenza della introduzione di tecnologie poco conosciute, e così via. Le circostanze restano latenti fino a quando l'errore di un operatore non le rende manifeste. Ma se non si può eliminare completamente l'errore umano, è fondamentale favorire condizioni lavorative ideali, per rendere difficile l'errore, e attuare difese in grado di arginare le conseguenze di un errore.

Nell'affrontare il problema degli eventi avversi dobbiamo tener conto del comportamento umano come fonte di errore. Secondo Rasmussen (1987) le cause di errore nel comportamento umano sono: l'interpretazione errata dello stimolo, la scelta di una norma non adeguata, la pianificazione di una strategia non adatta. Il rimedio all'errore umano è sostanzialmente costituito dalla riduzione della variabilità inappropriata del comportamento. Per raggiungere questo obiettivo va perseguito il miglioramento della conoscenza e della formazione sia individuale che collettiva, nel caso di un lavoro in équipe. Ma dobbiamo considerare anche le condizioni nelle quali accade l'errore, come risultato del fallimento di un sistema. Un sistema è infatti un insieme di elementi umani, tecnologici e relazionali, fortemente interconnessi, interattivi e finalizzati ad un obiettivo comune: il sistema è pertanto esposto a molteplici infrazioni. Il rimedio va indirizzato allora verso i problemi nascosti e profondi e deve rimodellare i processi. L'insieme di queste considerazioni porta a una affermazione di grande pregnanza: l'errore è una fonte di apprendimento! Paradossalmente un errore, controllato nei suoi effetti negativi, può essere quasi auspicabile; l'esperienza conferma infatti che quanto viene appreso attraverso l'errore ha una forza di memorizzazione maggiore di quanto insegnato per esperienza altrui. Naturalmente quando l'errore produce danno a persone, come nel caso della medicina, queste considerazioni perdono completamente ogni fondatezza, rivelando tuttavia la relatività e la complessità dei processi nei quali si muove l'agire medico.

A questo proposito occorre riflettere che i procedimenti legali per responsabilità professionale sono in continuo aumento nella sanità pubblica e privata e che la crescita dei risarcimenti per danni alla persona, derivanti da attività erogate dal Sistema Sanitario Nazionale, si riflettono sulla crescita dei premi assicurativi. Questi premi presentano peraltro un ampio divario tra di loro e ciò dipende dalla influenza di numerose variabili: le condizioni organizzative (tasso di rischio intrinseco a-

ziendale), le caratteristiche dell'utenza (tasso di rischiosità dei pazienti), il volume medio di attività per singolo operatore (volume di attività sanitarie delle Aziende ospedaliere), il rapporto fra i risarcimenti potenziali e i risarcimenti effettivamente richiesti (tasso di litigiosità), il grado di copertura e di tutela dei pazienti offerto dal sistema giuridico (diritti riconosciuti, tempi/costi dei giudizi, orientamenti giurisprudenziali).

Il rischio clinico

La Commissione definisce come rischio clinico la probabilità che un paziente subisca un qualsiasi «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza; il danno può causare sia un prolungamento del periodo di degenza, che un peggioramento delle condizioni di salute o la morte» (Kohn, IOM 1999).

Per arginare il rischio clinico si utilizzano le metodiche del così detto "Risk management". Questo procedimento si sviluppa cronologicamente in più fasi: la conoscenza e l'analisi dell'errore (con i sistemi di report, la revisione delle cartelle, l'utilizzo di indicatori), l'individuazione e la correzione delle cause di errore (attraverso la "Root Causes Analysis"), l'analisi di processo (attraverso la "Failure Mode and Effect Analysis"), il monitoraggio delle misure messe in atto, e infine l'implementazione e il sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Sul terreno delle conoscenze in tema di rischio clinico hanno certamente un peso rilevante i dati epidemiologici. In proposito è stata svolta una meta-analisi, che ha confrontato i dati delle ricerche più significative in medicina sul tema degli eventi avversi. Sono stati paragonati la "Practice Study" della Harvard Medical (1991), il "To err is Human" condotto da Kohn (1999), lo studio di Wilson riportato sul Medical Journal of Australia (1995), la ricerca condotta dal Ministero della Sanità della Nuova Zelanda (2001) e infine lo studio svolto in Inghilterra da Vincent (2001). Ebbene, mediamente, la quantità degli eventi avversi in medicina può essere riportata a circa il 10% del totale degli interventi; di questi eventi, secondo questi studi, era prevenibile solo il 50% e la mortalità sul totale degli eventi avversi superava il 10%; i costi economici erano naturalmente molto elevati. Considerando che stiamo parlando, si badi bene, di organizzazioni sanitarie che costituiscono il top dei sistemi sanitari, si evince che l'errore medico non costituisce un evento eccezionale nel panorama degli interventi sanitari. Gli studi ci dicono che le cause immediate dell'errore costituiscono solo la famosa punta di un iceberg e dipendono sia da fattori legati al paziente, sia da ragioni individuali, sia dal funzionamento del team che da ragioni ambientali. Le cause sottostanti, invece, non si evidenziano facilmente e dipendono, prevalentemente, da fattori organizzativi e gestionali, ma anche da cause profonde, molto più difficile da individuare e da correggere. In sintesi riconosciamo una causa prossima all'evento incidentale e una causa generatrice, da ricondurre a decisioni manageriali e scelte organizzative sbagliate.

Occorre a questo punto capire un po' meglio a che cosa intendiamo riferirci quando parliamo di errore in medicina. La classificazione può essere attuata secondo categorie generali o secondo la tipologia degli errori. Nel primo caso avremo errori di commissione, conseguenti all'esecuzione di atti medici od assistenziali

non dovuti o praticati in modo scorretto, oppure avremo errori di omissione, conseguenti alla mancata esecuzione di atti medici ed assistenziali ritenuti necessari per la cura del paziente.

Nel caso invece di una classificazione per tipo di errore, si riconoscono errori umani, violazioni, errori organizzativi. Gli errori umani sono gli errori attivi, che, secondo Reason (1990) si possono raggruppare in tre tipologie: errori di esecuzione che si verificano a livello di abilità ("slips"), errori di esecuzione provocati da un deficit della memoria ("lapses"), errori pregressi che si sviluppano durante i processi di pianificazione delle strategie ("mistakes"). In questo caso o si è applicata una procedura, che non permette il conseguimento di un determinato obiettivo – e si parla pertanto di errore "ruled-based" – oppure l'errore riguarda le conoscenze utilizzate, nonostante che le azioni siano eseguite in modo corretto – si parla in questo caso di errore "knowledge-based".

Le violazioni sono invece un altro tipo di errore: sono le deviazioni da procedure operative sicure, da standard o da regole. Gli errori organizzativi infine sono errori dovuti alla organizzazione del lavoro, alla pianificazione della gestione delle emergenze, alla disponibilità ed accessibilità di apparecchiature sanitarie e/o di supporto.

Di particolare interesse e utilità è la "teoria degli errori latenti", elaborata da Reason (2000). Secondo l'Autore gli incidenti sono la punta di un iceberg di una problematica molto più complessa: per un incidente che ha avuto luogo ce ne sono stati altri, infatti, che non sono avvenuti, solo perché l'operatore o un controllo hanno impedito che ciò accadesse. Reason definisce queste circostanze neutralizzanti con il termine "near miss events". Il verificarsi di un incidente è invece frutto di una concatenazione di eventi che supera tutte le difese messe in atto dal sistema. Reason ha spiegato la teoria dell'errore latente attraverso un esempio molto efficace: quello del formaggio svizzero. Ogni fetta di formaggio rappresenterebbe uno strato difensivo dell'organizzazione. Alcuni strati sono basati sull'affidabilità di sistemi ingegnerizzati, altri sull'affidabilità umana, altri sui controlli e sulle procedure. Ognuno di questi strati dovrebbe essere privo di punti critici, ma in realtà in ognuno ci sono una serie di buchi in grado di aprirsi, chiudersi, spostarsi, al variare delle prospettive adottate. I buchi possono essere causati: sia da errori attivi – gli errori di esecuzione (slips e lapses) –, sia da errori latenti – gli errori remoti nel tempo e riferibili a decisioni di progettazione del sistema (mistakes). Un incidente accade però solo in quelle particolari situazioni nelle quali i buchi si trovano allineati e permettono la cosiddetta traiettoria delle opportunità.

Gli errori attivi provocano immediate conseguenze, gli errori latenti restano invece "silenti" nel sistema, finché un evento scatenante non li renderà manifesti, causando danni più o meno gravi. Non tutti gli errori latenti producono tuttavia un errore attivo, né tutti gli errori provocano un danno. Perché il danno si verifichi, devono sussistere condizioni tali da permettere all'errore di superare tutte le barriere di sicurezza tecniche e organizzative predisposte. La sicurezza del paziente deriva perciò dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado di ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) e di recuperare e contenere gli effetti degli errori che comunque si verificano (protezione).

La gestione del rischio clinico

Ogni intervento volto a correggere errori prevede, innanzi tutto, l'analisi del processo che ha portato all'errore. Sono sostanzialmente possibili due percorsi: "l'analisi reattiva" e "l'analisi proattiva". Nella prima si cerca di individuare, a posteriori, le cause che hanno permesso il verificarsi dell'errore. Partendo dal così detto "errore attivo", in via discendente, si esaminano i fattori presenti sul posto di lavoro, per arrivare ai fattori organizzativi. Il percorso inverso – "l'analisi proattiva" – si costituisce invece come una sequenza incidentale ascendente. Essa mira a individuare e a eliminare le criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi.

Le metodologie più comunemente utilizzate nell'analisi reattiva sono l'"Incident reporting", l'uso dei dati amministrativi e informativi, l'uso degli indizi, le "Review", le "Root Causes Analysis". Nell'analisi proattiva si utilizza invece l'analisi di processo e la valutazione del rischio organizzativo nei processi di cura.

- L'"Incident reporting" consiste in una raccolta di schede per segnalare eventi avversi, incidenti avvenuti e, i così detti, "near misses". I sistemi di segnalazione più usati in campo sanitario fanno riferimento alla metodologia del più importante sistema di segnalazione esistente – l'"Aviation Safety Reporting System" (ASRS) – istituito dalla NASA per gli incidenti aerei e funzionante, ormai, da molti anni. Secondo gli studiosi del settore le caratteristiche di un efficiente sistema di report devono essere non punitive, confidenziali, indipendenti, tempestive, orientate al sistema, sensibili nella risposta e analizzate da esperti.
- L'utilizzo dei dati amministrativi e informativi utilizza per lo più i programmi aziendali di gestione del rischio clinico: il sistema degli indicatori, le dichiarazioni volontarie o obbligatorie di incidente, le revisioni delle storie cliniche, le revisioni dei reclami degli utenti, le rilevazioni obbligatorie (la scheda di Dimissione Ospedaliera, la rilevazione ISTAT, ecc).
- L'uso degli indizi serve per individuare possibili errori di terapia e, in generale, tutti gli errori che si verificano nel processo assistenziale ospedaliero: si revisionano le cartelle e la documentazione clinica alla ricerca di indizi, che mettano in evidenza dove può esserci stato un errore o un evento avverso.
- La metodologia della revisione della documentazione sanitaria attribuisce validità scientifica all'indipendenza delle variabili, ai fenomeni di sotto o sovrastima, alla confrontabilità dei risultati e alla indagine statistica (scelta dei campioni, utilizzo di scale di analisi valutabili e confrontabili).
- Le "Root Causes Analysis", a partire dagli errori riscontrati in un sistema, ne ricercano le cause attraverso un metodo induttivo. Si procede in profondità mediante domande che esplorano il "perché" di ogni azione e di ogni sua possibile deviazione. Le cause individuate vengono organizzate in categorie mediante diagrammi causa-effetto, che mostrano graficamente le interazioni esistenti. Questi studi si focalizzano prima sul sistema e sui processi e successivamente sulle performance personali; è essenziale che l'intervento sia focalizzato sulla causa piuttosto che sul problema. Le tecniche possibili, con cui condurre una Root Causes Analysis sono fondamentalmente tre: il "diagramma a spina di pesce", i "5 perché", "la mappa dei processi".

L'analisi di tipo proattivo va ad analizzare il processo nelle sue fasi, per individuare le criticità di sistema ed i possibili ambiti d'errore umano.

Il processo viene scomposto in macro attività, a loro volta analizzate in base a tutti i singoli compiti che devono essere portati a termine perché l'attività sia conclusa con successo. Per ogni singolo compito si individuano le cosiddette modalità di errore, che si possono verificare durante l'esecuzione; poi se ne fa una valutazione quantitativa per identificare il rischio associato. Il rischio esprime non solo la probabilità di occorrenza di un errore, ma anche il possibile danno per il paziente.

L'attività di analisi dei processi di cura e valutazione del rischio organizzativo può essere suddivisa in quattro fasi essenziali.

La prima fase riguarda la descrizione sistematica dello svolgimento delle principali attività dei processi di cura. Nella fase successiva si identificano le situazioni pericolose e i modi di errore possibili, attraverso l'analisi delle singole attività e l'identificazione delle situazioni pericolose. La terza fase stima le probabilità di occorrenza dell'errore e della gravità del danno. La stima può essere quantitativa, ricorrendo a dati statistici di letteratura, o qualitativa, attraverso le valutazioni del personale di reparto, con una scala standardizzata di giudizi (remoto, occasionale, probabile, frequente). L'ultima fase riguarda la valutazione del grado di accettabilità del rischio. Le stime vengono collocate all'interno di una matrice di rischio per determinare il grado di priorità di intervento sui singoli modi di errore.

In sostanza come affrontare la gestione del rischio clinico, secondo le indicazioni della Commissione Tecnica del Ministero della Salute? Sinteticamente, in quattro fasi: l'identificazione del profilo del rischio, l'impostazione e l'applicazione di misure di prevenzione, l'attivazione di un sistema di controllo, la progressiva implementazione delle misure.

L'identificazione del profilo del rischio varia per tipo di paziente, ospedale e specialità; per determinare le sue priorità, oltre a utilizzare il criterio della numerosità, si utilizzano anche i criteri di costo economico, sociale, etico. L'impostazione e applicazione di misure di prevenzione avviene, attraverso la progettazione, l'individuazione e l'applicazione di misure preventive utili per evitare il ripetersi dell'evento. Le ultime due fasi sono l'attivazione di un sistema di controllo per osservare l'effetto delle misure di prevenzione applicate e un progressivo miglioramento, affinché la prevenzione sia sempre efficace.

Per ridurre gli errori, secondo la Commissione, è pertanto necessario individuare e raggiungere una serie di obiettivi, che vengono elencati, quali raccomandazioni, per attuare una "buona pratica" dell'agire medico:

- Individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico.
- Elaborare direttive e linee guida per una rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie.
- Promuovere eventi di formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore.
- Promuovere la segnalazione dei "near misses".

- Sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori.
- Monitorare periodicamente i sistemi e garantire un feedback informativo.
- Avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti.
- Definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili.
- Favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare il livello di sicurezza.

Postfazione

di *Alessandro Margara*

Caro Ernesto,

provo a proporti alcune riflessioni che mi sono state suggerite dalla lettura del vostro bel libro, molto utile a conoscere il difficile rapporto fra la nuova assistenza psichiatrica e una oscillante giustizia.

Prima riflessione. Hai rilevato che si ignora il senso della nuova legislazione (dal 1978, sono 32 anni: nuova per modo di dire). In sostanza, la nuova rifiuta la vecchia legislazione, impostata sulla custodia manicomiale, avendo accertato la nocività della stessa, distruttrice di vite e di persone, rese non-persone. Le sentenze vanno alla ricerca di una figura fra garante e custode del malato, ma la legislazione non ha questa figura: ha solo la impostazione di un servizio di cura, che non sopprime la libertà della persona assistita, se non quando si approdi al TSO (e solo fino a un certo punto, in quanto l'intervento del TSO è "obbligatorio" e non coattivo). Le sentenze, mi sembra lo dica tu, ma ne sono persuaso anch'io, vogliono individuare questo garante-custode, che non è compatibile con la legge. Se vogliamo, la "compliance" del malato va costruita, ma non può essere costretta: se non c'è, cosa succederà, si arriverà necessariamente al TSO e come? Ovviamente il servizio dovrebbe arrivare anche a questi casi, ma il rapporto servizio-malato va costruito: ed è un lavoro di pazienza terapeutica, non quello di garante-custode, inesorabilmente tenuto a dare una risposta, anche perché si suppone sempre una situazione nella quale il garante-custode può imporre le sue scelte al malato. Le sentenze sono alla ricerca di evitare il rischio-malato e manifestano la convinzione della necessità di coprire il rischio. Ma la legge ha scelto di non considerare la persona un rischio, ma un malato, cui dare la possibilità di avere una cura e una assistenza, rispetto alle quali il malato è libero di rispondere, anche se possono subentrare obblighi (TSO).

Seconda riflessione. Il servizio può articolarsi in situazioni di accoglienza in strutture, come accaduto, ad esempio, nella storia imolese. Quelle situazioni possono essere le più diverse e ripetere anche (accade in alcune) la situazione manicomiale. In queste situazioni si va contro la legge, ma i giu-

dici sembrerebbero del tutto tranquilli su un esito del genere (a riprova che della nuova legislazione tengono poco conto). Se le strutture sono di accoglienza e cura, dovrebbero avere caratteristiche ben diverse da quelle dei manicomi. Ma se tali strutture sono realmente di accoglienza e presa in carico, rispettose della persona, subentrano funzioni di garanzia-custodia, che non sopprimono però la libertà della persona di lasciare la struttura. Il servizio è qui più ravvicinato e comprensivo (di diversi aspetti): di tale servizio fa parte una funzione, che si può, bene o male, chiamare controllo, insita nella accoglienza e ospitalità. Lo hai notato in una parte delle conclusioni che qui gli aspetti di rischio fanno riferimento a vari soggetti, in quanto collegati a operatori diversi di funzioni diverse e, rispetto, alle singole funzioni (il medico che indica e attiva la terapia, l'operatore professionale che la attua, il sorvegliante che controlla, il gestore della comunità che assicura una quotidianità vivibile). In questo quadro andrebbe pensato il caso di chi viene dimesso dall'OPG con una licenza finale di esperimento per essere inserito in una comunità: è sottoposto a libertà vigilata. Se si allontana dalla comunità, la licenza finale potrà essere revocata e il soggetto rientra in OPG. Il solo obbligo degli operatori della comunità è quello di avvertire l'autorità di polizia e il magistrato, non c'è un obbligo di trattenerlo, ma, dalla loro funzione, discende solo l'impegno di motivarlo a rimanere.

Terza riflessione. Il problema del nesso causale, così stando le cose, è assai difficile da costruire. In modo molto astratto (pura dogmatica penale), era stato affrontato in termini di partecipazione colposa ad un fatto doloso. Ma il problema, per la costruzione del nesso causale, è la libertà delle persona, la conquista della sua faticata e faticosa "compliance", l'adesione costante alle cure e alla completezza di esse, la ricerca di quelle più opportune, particolarmente nella individuazione dei farmaci e nel loro dosaggio. Ognuno di questi aspetti rompe la continuità causale.

Quarta riflessione. Tale continuità causale è a forte rischio anche per l'aspetto del concorso di vari operatori, come tu rilevi. Chi guida la cura (mi pare nella esperienza imolese, ma anche in una fiorentina che conosco) è uno psichiatra Asl, affiancato da un operatore analogo interno alla struttura e poi dai vari operatori (con varie responsabilità) della stessa. Se siamo alla ricerca di un colpevole a tutti i costi (nel quadro del garante-custode), sarà un bel pasticcio individuarlo, come capita nel caso imolese, secondo quello che osservi (anche se tu ne individui uno).

Quinta riflessione. Alla ricerca della colpa professionale (rispetto a quale professione, a quale modo di svolgerla?), si opera il frazionamento delle singole partecipazioni e si sceglie la responsabilità di uno o di altro partecipante, nella mancanza di una difficile ricostruzione dei fatti e di un serio criterio di valutazione che dia a ciascuno l'importanza che ha.

Sesta riflessione. Se rimettiamo la nuova (32 anni!) legge sulla cura e assistenza psichiatrica al suo posto fondamentale, l'unica costruzione di responsabilità può essere fatta soltanto sul rifiuto o sull'insufficienza della presa in carico della persona, che riguarda, però, il servizio come tale e le responsabilità organizzative e operative nell'ambito dello stesso. Qui comincia, però, un altro discorso, molto complicato, sulla completezza e la operatività dei servizi. Ma è questo il discorso da fare.

Ultima riflessione. Tutto questo ragionare suppone la non imputabilità dell'autore malato di mente rispetto al fatto reato. Ma la cosa non è una costante assoluta. Ci può essere una responsabilità dell'autore (cioè, l'accertamento della sua capacità di intendere e di volere), anche se malato. Quanto alla copertura del danno alla vittima, ma, anche questo, è un altro discorso da fare. Però, su questo ultimo tema, si potrebbe supporre che la responsabilità civile possa anche essere separata da quella penale.

Credo di potere arrivare ad una morale, che è la seguente. Nel paese in cui tutti si dichiarano riformisti (senza precisare quali riforme vogliano) c'è una grande ostilità alle riforme vere. D'altronde, per la cura e l'assistenza psichiatrica, ogni tanto si manifestano e si rimanifestano progetti di ritorno all'antico, che, ovviamente e ingiustificatamente, si arrogano il nome di riforme. E ancora: che cosa dire, su materia confinante con quella discussa, della mancata riforma degli OPG e del lentissimo percorso del passaggio degli stessi da una gestione carceraria ad una sanitaria, nel quadro del passaggio, per legge, del servizio sanitario penitenziario al servizio sanitario nazionale? Che cosa dire anche del percorso travagliatissimo della Riforma penitenziaria (oggi quasi spenta proprio per quel travaglio), per la quale gli "incidenti" di cui parlava Basaglia, ogni volta che si sono verificati, comportavano severi interventi istituzionali, arrivati anche alla affermazione della responsabilità (quantomeno disciplinare, ma, in qualche ipotesi, anche penale) dei giudici che avevano fatto concessioni di uscita dal carcere ad una persona, resasi responsabile di fatti di reato? Torniamo a noi. Là dove si parla di liberazione umana, come con quella della riforma psichiatrica, nonché di quella degli OPG e di quella penitenziaria, il sistema giuridico rivela tutta la sua rigidità, la resistenza all'intervento riformatore. Come si dice che la guerra è una cosa troppo seria per farla fare ai generali, si può dire che la valutazione delle responsabilità è una cosa troppo seria per farla fare ai dottori della legge, giuristi e giudici. L'intervento riformatore deve passare attraverso le caselle giuridiche della colpa professionale, della responsabilità penale, che operano da filtro rispetto alla qualità riformatrice dell'intervento, che resta, così, impedito a portare quella liberazione umana, che ne è il cuore.

Bibliografia

Bibliografia generale

- Aa.Vv. (2003), "Che cos'è oggi la psichiatria?", *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. CXXVII, n. 3.
- Aa.Vv. (2007), "Errore umano, professione medica, responsabilità. Quando la sanità fa notizia. Atti del Convegno Fnomceo", *La professione*, Trimestrale Fnomceo, Anno IX, n. 1/2.
- American Psychiatric Association (1996), *DSM-IV. Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali. Quarta edizione italiana*, Masson, Milano.
- Andreoli V. (1996), *Voglia di ammazzare: analisi di un desiderio*, Rizzoli, Milano.
- Attenasio L. et al. (2003), *Dialogo con la follia*, Armando, Roma.
- Basaglia F. (1968), a cura di, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino.
- Basaglia F. (1981), *Scritti*, Einaudi, Torino.
- Basaglia Ongaro F. (1982), *Salute/malattia*, Piccola Bibl., Einaudi, Torino.
- Bauman Z. (2001), *Community: Seeking Safety in an Insecure World*, Cambridge.
- Bauman Z. (2005), *Vite di scarto*, Laterza, Bari.
- Bizzarri C. (2010), *Criminali o folli. Nel labirinto della perizia psichiatrica*, Rizzoli, et al/Edizioni.
- Carofiglio G. (2007), *L'arte del dubbio*, Sellerio, Palermo.
- Cavalla F. (1984), "A proposito della ricerca della verità nel processo", *Verifiche*, 4: 469-514.
- Civita A. (1996), *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*, Guerini, Milano.
- Di Paola F. (2000), *L'istituzione del male mentale. Critica ai fondamenti scientifici della psichiatria biologica*, Le Esche, Manifesto libri, Roma.
- Di Ronza P. (2000), *Manuale di diritto dell'esecuzione penale*, CEDAM, Padova.
- Dowbiggin I. (2000), "Delusional Diagnosis? The History of Paranoia as a Disease in the Modern Era", *Hist Psychiatry*, XI: 37-69.
- Fanon F. (1973), *Scritti scelti*, Einaudi, Torino.
- Foucault M. (1976), *Io, Pierre Riviere*, Nuovo Politecnico, Einaudi.

- Foucault M. (1999), *Les Anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Seuil/Gallimard, Paris (trad. it.: *Gli anormali. Corso al Collège de France. 1974-75*, Feltrinelli, Milano, 2000).
- Giacanelli F. (1975), *Introduzione*, in Colombo G., *La scienza infelice*, Boringhieri, Torino.
- Ginzburg C. (1986), *Miti Emblemici*, Einaudi, Torino.
- Goffman E. (1968), *Asylums*, Nuovo Politecnico, Einaudi, Torino.
- Grassi L. e Nunziata C. (2003), *Infermità di mente e disagio psichico nel sistema penale*, CEDAM, Padova.
- Jannucci M. (1999), "La consulenza psichiatrica in carcere", *Il Reo e il Folle*, vol.12-13: 13-45.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. e Oreb J.A. (1996), *Psichiatria: manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. 7a ed.*, Centro Scientifico Internazionale, Torino.
- Keilitz I, Farthing-Capowich D, Mc Graw B.D. and Adams N. (1984), *The Guilty but Mentally Ill Verdict: an Empirical Study*, National Center of the State Courts, Washington DC.
- Koshland Jr. (1992), "Elephants, Monstrosities, and the Law", *Science*, 255 (5046): 777.
- Lallo A. e Toresini L. (2000), *Psichiatria e Nazismo*, ed. Nuova Dimensione, Portogruaro.
- Longhin L. (2008), *La qualità della mente*, Florence Art.Edizioni, Firenze.
- Maisto F. (1994), *Marginalità e società*, Angeli, Milano.
- Maisto F. e Daniele M. (1989), *Codice di diritto penitenziario*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- Manacorda A. (1989), a cura di, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Centro studi e Politici della Regione Umbria, Perugia.
- Marcetti C. e Solimano N. (1997), a cura di, *Carcere di tanti carceri. Per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*, Architettura vissuta, Quaderni della Fondazione G. Michelucci, Regione Toscana.
- Margara A. (1995), "Memoria di trenta anni di galera: un dibattito spento, un dibattito acceso", *Il Ponte*, n. 7/9.
- Margara A. (1997), *Le parole, le cose e le pietose bugie*, in Palma M., a cura di, *Il vaso di Pandora: carcere e pena dopo le riforme*, Ass. Antigone, coll. "Diritto e diritti", Biblioteca Enciclopedia Treccani, p.155.
- Margara A. (2005), "Una proposta per un nuovo ordinamento – Il testo di legge", in *Ripensare l'ordinamento penitenziario*, La Nuova Città, n.8-9-10/VIII.
- Margara A. (2007), "Il destino del carcere", in *Fondazione Michelucci e Regione Toscana*, a cura di, *Ordine&Disordine*, Firenze.
- Martini C. M. (1999), *Sulla giustizia*, Mondadori, Milano.
- Marzi A. (1992), *Deontologia e psichiatria*, Giuffrè, Milano.
- Miller R.D. (1999), "Coerced Treatment in the Community", *Psychiat. Clin. North Amer.*, 22:183-96.
- Millon T. and Klerman G. L. (1986), *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*, The Guilford Press, New York.
- Ministero della Salute (2008), a cura di, *Sicurezza dei pazienti e gestione del ri-*

- schio clinico. *Manuale per la formazione degli operatori*, in *La professione Trimestrale Fnomceo*, Anno X, 2008.
- Nathan T. e Stengers I. (2000), *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Norcio B. e Toresini L. (1994), a cura di, *Psichiatria e Nazismo*, Collana Fogli di Informazione, Centro di Documentazione, Pistoia.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992), *ICD-10. Decima revisione della Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Masson, Milano.
- Palmer C.A. and Hazelrigg M. (2000), "The Guilty but Mentally Ill Verdict: A Review and Conceptual Analysis of Intent and Impact", *J. Am. Acad. Psychiatry Law*, 28: 47-54.
- Piccione R. (1995), *Manuale di psichiatria, teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico*, Bulzoni, Roma.
- Piro S. (2002), *Esclusione, sofferenza, guerra*, La città del Sole, Napoli.
- Pitch T. (1989), *Responsabilità limitate*, Feltrinelli, Milano.
- Ponti G. e Marzagora I. (1993), *Psichiatria e giustizia*, Cortina, Milano.
- Reznek L. (1997), *Evil or Ill?*, Routledge, London.
- Rotelli F. (1994), *Per la normalità*, Ed e, Trieste.
- Satta S. (1994), *Il mistero del processo*, Adelphi, Milano.
- Scott J. and Miller N. (1980), a cura di, *Crime and the Responsible Community: A Christian Contribution to the Debate about Criminal Justice*, London.
- Sen A. (2009), *The Idea of Justice*, Penguins Books Ltd, United Kingdom (trad. it.: *L'idea di Giustizia*, Mondadori, Milano, 2000).
- Sennet R. (2003), *Rispetto*, Il Mulino, Bologna.
- Shorter E. (2000), *Storia della psichiatria*, Masson, Milano.
- Steadman H.J. et al. (1993), *Before and After Hinckley*, The Guilford Press, New York.
- Szasz T.S. (1965), *Psychiatric Justice*, Macmillan Company, New York.
- Toresini L. (1996), *La testa tagliata: Figlicidio e leucotomia: un processo storico a due psichiatri riformatori*, Gutenberg, Roma.
- Toresini L. (2005), *L'eterna guerra contro i malati di Mente*, in *Verso un nuovo ordine nazista: l'odio razziale e la violenza contro i malati di mente*, Eugenetica, Mantova ebraica.
- Traverso G.B. (1977), "Relazioni tra malattia mentale e delinquenza. Risultati di una ricerca su 325 ex-degenti", *Neuropsichiatria*, 33: 127.
- Velo Dalbrenta D. (2004), *La scienza inquieta. Saggio sull'antropologia criminale di Cesare Lombroso*, Padova.
- Valenstein E. S. (1986), *Great and Desperate Cures. The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*, Basic Books Inc. Publ., New York, (trad. it.: *Cure disperate. Illusioni e abusi delle malattie mentali*, Giunti, Firenze, 1993).
- Venturini E. (1987), "Il caso Imola: la forma e la sostanza del diritto e della cura" in *Infermità di mente e diritti civili*, Atti del Convegno, Bologna.
- Venturini E. (1999), "Rehabilitar la ciudad", *Psiquiatria publica*, vol. 11, n. 5-6, Madrid.

- Venturini E. (1999), "Uma sociedade sem manicômio", *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Ano 94, n. 71, Rio de Janeiro.
- Venturini E. (2000), "La qualità del gesto folle nella epoca della appropriatezza e della globalizzazione", *Fogli di Informazione*, 184, anno XXVIII.
- Venturini E. (2009), "Prendersi cura della cura", *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIII, 3: 381-398.
- Venturini E., Degano L. e Gramantieri N. (1995), *La malattia del vento, Uno sbocco possibile al dramma della cronicità*, Guaraldi, Rimini.
- Wakefield J.C. (1992), "The Concept of Mental Disorder", *Am. Psychol.*, 373-88.
- Wakefield J. C. (1992), "Disorder as Harmful Dysfunction: A conceptual Critique of DSM-III-R Definition of Mental Disorder", *Psychol. Rev.*, 99: 232-47.
- Zatti P. (1986), "Infermità di mente e diritti fondamentali della persona", *Politica del diritto*, a. XVII, n. 3.

Bibliografia di psichiatria forense

- Beck J.C. and Wenzel H. (1998), *Violent Crime and Axis I psychopathology*, in Skodol A.E., *Psychopathology and violent crime*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Benedetti E. (1999), "L'imputabilità nei casi di omicidio giudicati dalla Corte di Assise di Appello di Venezia (1981-1995)", *Rass. Ital. Criminol.*, 10: 229-56.
- Bertolino M. (1990), *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*, Giuffrè, Milano.
- Brooks A.D. (1985), "The merits of abolishing the insanity defense", *The Annals of the American Academy of Political-Social Science*, 477:125-36.
- Delacroix J.M. (1978), "Le contretransfert avec des patients borderline en institution psychiatrique", *L'information psychiatrique*, 54 (10): 1085-87.
- Della Noce P. (2004), "Le sezioni unite voltano pagina in tema di imputabilità", *Psicologia e Giustizia*, Anno V, n. 2.
- Ferracuti F. (1990), a cura di, *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, Giuffrè, Milano.
- Ferracuti S. (2000), *Malvagità ed imputabilità*, in Aa.Vv., *Il Male*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 217-38.
- Ferrio C. (1959), *Trattato di psichiatria clinica e forense*, Unione Tipografico, E. Torinese, Torino.
- Fornari U. e Ferracuti S. (1995), "Special Judicial Hospitals in Italy and the Shortcomings of the Mental Health Law", *J. For. Psychiatry*, 6: 381-92.
- Fornari U. (1997), *Trattato di psicopatologia forense*, UTET, Torino, pp. 128-38.
- Fornari U. (1997), *Monomania omicida. Origini ed evoluzione storica del reato d'impeto*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Fornari U. (2004), *Trattato di psichiatria forense*, UTET, Torino.
- Giusti G. (1999), a cura di, *trattato di medicina legale e scienze affini*, vol. IV, CEDAM, Padova.

- Giusti G. e Ferracuti F. (1990), *Il nesso di causalità in psichiatria forense*, in *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, vol. 13, Giuffrè, Milano.
- Gutheil T.G. (1999), *Etica e psichiatria forense*, in Bloch S. et al., a cura di, *Etica e Psichiatria*, Percorsi Editoriali, Roma.
- Harding T. (1993), *A Comparative Survey of Medico-Legal Systems*, in Gunn J. and Taylor P.J., *Forensic Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues*, pp. 118-166, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Hodgins S. (1993), *The Criminality of Mentally Disordered Persons*, in Hodgings S., *Mental Disorder and Crime*, pp. 3-22, Sage, London.
- Lamothe P. e Gravier B. (1990), *La psichiatria forense francese*, in Ferracuti F., a cura di, *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, vol. 13, pp. 179-90, Giuffrè, Milano.
- Lion J.R. e Pasternak S. (1973), "Countertransference Reactions to Violent Patients", *Am. J. Psychiatry*, 130: 2.
- Loretto L. (2000), *Le reazioni emotive al paziente violento. Implicazioni diagnostiche e terapeutiche*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Luberto S. (2007), *Problematiche metodologiche delle perizie e delle consulenze psichiatriche nei procedimenti penali*, in De Cataldo L., a cura di, *La prova scientifica nel processo penale*, CEDAM, Padova.
- Luberto S. e De Fazio F. (1988), "La prassi della perizia psichiatrica", *Riv. Sper. di Freniatria*, CXII.
- Luberto S., Zavatti P. e Gualandri G. (1993), "Tipologia di reato e malattia mentale. Indagine campionaria su pazienti in trattamento psichiatrico", *Quad. Psichiatr. For.*, 2: 73-103.
- Luberto S., Zavatti P., Maranghi M.G. e Gualandri G. (1994), "Fattori criminogeni ed infermità mentale", *Quad. Psichiatr. For.*, 3: 58-72.
- Manna A. (1997), *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione. Dalle "sanzioni giuridiche" alla "terapia sociale"*, Giappichelli, Torino.
- Marzagora Betsos I. (1999), *L'imputabilità e Nuove idee in tema di imputabilità*, in Giusti G.V., a cura di, *Trattato di medicina legale e scienze affini*, vol. IV, CEDAM, Padova.
- Monahan J. (1995), *The Clinical Prediction of Violent Behaviour*, Jason Aronson, London.
- Morselli E. (1998), "Il problema della causalità nel diritto penale", *L'Indice penale, Nuova serie*, 1, 879.
- Mulvey E.P., Geller J.L. and Roth L.H. (1987), "The Promise and Peril of Involuntary Outpatient Commitment", *Am. Psychol.*, 42: 571-84.
- Nivoli G. C., Loretto L. e Sanna M.N., *Simulazione e malattia mentale*, in Cassano G.B. et al., *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- Rallo G., Fredduzzi L. e Angioni C. (1997), "Imputabilità e capacità processuale nel nuovo codice di procedura penale", *La Medicina contemporanea*, Anno IV, n. 3.
- Russo G. (1993), "L'accertamento dell'imputabilità e della pericolosità sociale presso il Tribunale di Messina. Studio su 93 perizie psichiatriche", *Quaderni di Psichiatria Forense*, 2: 73-305.

- Slovenko R. (1985), *Psychiatry and criminal culpability*, J. Wiley & Sons, New York.
- Traverso G., Manna P. e Marzi A. (1988), "La perizia psichiatrica nei processi per omicidio", *Rass. Criminol.*, 1: 309-16.
- Venturini E. (1988), *Quale diritto per il malato di mente in condizioni di emergenza psichiatrica?*, in Cendon P., a cura di, *Atti del convegno "Un altro diritto per il malato di mente"*, ESI, Trieste.
- Venturini E. (1993), *La question du consentement et du droit au refus du traitement*, in *Santé Mentale: Realités Européennes*, Érès, Toulouse.
- Volterra V. (2006), a cura di, *Psichiatria forense*, in *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- Wotton B. (1981), *Crime and Criminal Law*, Macmillan, London.

Bibliografia sulla responsabilità penale dello psichiatra

- Aa.Vv. (1989), *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici, Stabilimento Tipografico Pliniana, Perugia.
- Bilancetti M. (2006), *La responsabilità penale e civile del medico. Parte I: Il rapporto causale nei reati di omissione. La problematica specifica nella psichiatria. Il trattamento sanitario obbligatorio*, CEDAM, Padova.
- Bricola F. (1989), *La responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: profili penalistici generali*, in Manacorda A., a cura di, *La tutela della salute mentale e responsabilità degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici, Perugia.
- Canepa G. (1983), "Note introduttive allo studio della responsabilità professionale dello psichiatra in ambito ospedaliero", *Riv. It. Med. Leg.*, 5, 19, 1983.
- Catanesi R. e Greco O. (1999), *Responsabilità professionale dello psichiatra*, in Pancheri P. e Cassano G.B., a cura di, *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- De Fazio F. (1987), "La responsabilità professionale dello psichiatra", *Riv. Sper. Psych. Med. Leg.*, 1218.
- Fiandaca G. (1988), "Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra", *Foro It.*, II/107 ss.
- Fiandaca G. (1989), *La responsabilità dell'operatore di salute mentale: i reati omissivi*, in Manacorda A., a cura di, *La tutela della salute mentale e responsabilità degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici, Perugia.
- Fineschi V., Marzi A. e Centini F. (1994), "Morte improvvisa del paziente psichiatrico (S.D.P.P.) in trattamento psicofarmacologico", *Biv. It. Med. Leg.*, 16, 95.
- Fiori A. (1982), "La riforma (della riforma) psichiatrica e la responsabilità professionale dello psichiatra", *Riv. It. Med. Leg.*, 4, 536.
- Fiori A. (1983), "La responsabilità professionale del medico e dello psichiatra nella tutela della salute mentale", *Med. Mor.*, 33, 223.
- Fiori A. (1989) *La responsabilità professionale dello psichiatra*, in Ferracuti F., a cura di, *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, vol. 14, Giuffrè, Milano.

- Fiori A., Bottone E. e D'Alessandro E. (2000), *Quarant'anni di giurisprudenza della Cassazione nella responsabilità medica*, Giuffrè, Milano.
- Fiori A. e Buzzi F. (2008), "Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medico-legali alla luce della sentenza della Cass. Pen N. 10795 2008", *Rivista Italiana di Medicina Legale*, n. 6, pp.1438-1455.
- Galliani I. (2003), *Responsabilità professionale medica in ambito ospedaliero, in riferimento al rischio suicidiario del paziente*, in Fornari U., Coda S. e Iorio M., *La valutazione della capacità decisionale in psichiatria di consultazione*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Giusti G. (1989), *La responsabilità civile e penale dello psichiatra*, in Ferracuti F., a cura di, *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, vol. 14, Giuffrè, Milano.
- Greco O. e Catanesi R. (1990), *La responsabilità professionale dello psichiatra*, Piccin, Padova.
- Introna F. (1980), "Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori", *Riv. It. Med. Leg.*, 3, 15.
- Manacorda A. (1998), "Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente", *Foro It.*, II/122 ss.
- Marra G. e Pezzetto S. (2006), *La responsabilità dello psichiatra nella giurisprudenza successiva alla legge 180 del 1978*, Cass. Pen. 3429 ss.
- Maspero M. (2004), "Mancata previsione di un evento suicidiario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set, o rilevazione di un ossimoro?", *Riv. It. Med. Leg.*, 5, 923.
- Norelli G.A., Magliona B. e Bonelli A. (1999) "La contenzione dell'anziano tra pratica clinica e violenza: aspetti medico-legali", *Riv. It. Med. Leg.* 21, 1063.
- Pazzagli A. (2006), *Responsabilità professionale*, in *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- Pellegrini P. (2008), "Sulla responsabilità in psichiatria", *Psicoterapia e scienze umane*, n. 3, p. 296.
- Pellegrini P. (2010), "Ancora sulla responsabilità in psichiatria", *Psicoterapia e Scienze umane*, XLIV,2: 207-228.
- Portigliatti-Barbos M. (1983), "La responsabilità professionale dell'operatore di salute mentale: profili medico-legali", *Riv. It. Med. Leg.*, 5, 19.
- Portigliatti Barbos M. (1989), *La responsabilità professionale dell'operatore di salute Mentale* in Manacorda A., a cura di, *La tutela della salute mentale e responsabilità degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici, Perugia.
- Pozzi E. (2008), "Responsabilità in psichiatria: una nota", *Psicoterapia e scienze umane*, n. 2, p. 220.
- Pozzi E. (2008), "Microfisica dell'insicurezza", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 132 (3).
- Pozzi E. (2008), "Il fatto e le sue conseguenze, posizione di garanzia e legge 180", *Psichiatria di Comunità*, 7 (4), pp. 217-221.
- Zannotti R. (2008), *La responsabilità penale dello psichiatra*, in Giusti G., a cura di, *Trattato di medicina legale e scienze affini*, vol. 9, CEDAM, Padova.

Bibliografia sulla pericolosità del paziente psichiatrico

- Arata A. e Traverso G. B. (1978), "Devianza, ideologia del trattamento criminologico, limiti della programmazione socio-sanitaria", *Neuropsichiatria*, 34, 259.
- Ashley M. C. (1922), "Outcome of 1.000 Cases Paroled from the Middle Town State Hospital", *New York States Hospital Quarterly*, 8, 64.
- Bandini T., Gatti U. e Traverso G. B. (1983), *Omicidio e controllo sociale. I risultati di una ricerca*, Angeli, Milano.
- Cohen L. H. and Freeman H. (1945), "How dangerous to the Community are State Hospital Patients?", *Conn. Med.*, 9, 697.
- Crepet P. e Prosperi L. (1982), *Ipotesi di pericolosità. Ricerca sulla coazione nella esperienza di superamento del manicomio di Arezzo*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Debuyst, C. (1981), *Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique*, Masson, Genève.
- Debuyst Ch. (1984), "La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie", *Criminologie*, 17, 7.
- Dozols J., Lalonde M. e, Poupard J. (1984), "Dangerosité et pratique criminologique en milieu adulte", *Criminologie*, 17, 25.
- Elbogen E. B. e Johnson S. C. (2009), "The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder", *Arch Gen Psychiatry*, vol. 66, n. 2.
- Foucault M. (1981), "L'évolution de la notion d'«individu dangereux» dans la psychiatrie légale", *Déviance et société*, 5, 403.
- Gatti U. e Traverso G. B. (1979), "Malattia mentale e omicidio. Realtà e pregiudizi sulla pericolosità del malato di mente", *Rass. Criminol.*, 10, 77.
- Girolami P. e Jourdan S. (2001), "Lo psichiatra e il suicidio del paziente. Viaggio attraverso le categorie giuridiche delle "obligations de sécurité" e degli "obblighi di protezione", *Riv. It. Med. Leg.*, 1, 53.
- Guze S. B., Woonxuff R. A. and Clayton P. J. (1974), "Psychiatric Disorders and Criminality", *J.A.M.A.*, 227, 641.
- Hafner H., Bóker W. (1973), *Gewalttaten Geistesgestörter. Eine Psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*, Springer Verlag, Berlin.
- Krafft-Ebino, R. (1931), *Psychopathia sexualis*, Ed. Schor, Milano.
- Luberto S., De Fazio F. e Galliani I. (1981), "Criminological expertise and evaluation of dangerousity: the medico-legal approach", *Annales Internationales de Criminologie*, vol. 19, n. 1.
- Luberto S. e De Fazio (1986), *La nozione di pericolosità dalla psichiatria alla criminologia*, Relaz. Congresso Naz. S.I.P., Milano.
- Pfoxl S. (1978), *Predicting Dangerousness. The Social Construction of Psychiatric Reality*, Lexington Books, Toronto.
- Pollock L. H. (1938), "Is it Paroled Patient a Menace to the Community? ", *Psychiatric. Quarterly*, 12, 236.
- Ponti G. L. e Gallina Fiorentini P. (1985), *La recidiva nell'omicidio*, in G. Canepa, a cura di, *Fenomenologia dell'omicidio*, Giuffrè, Milano.

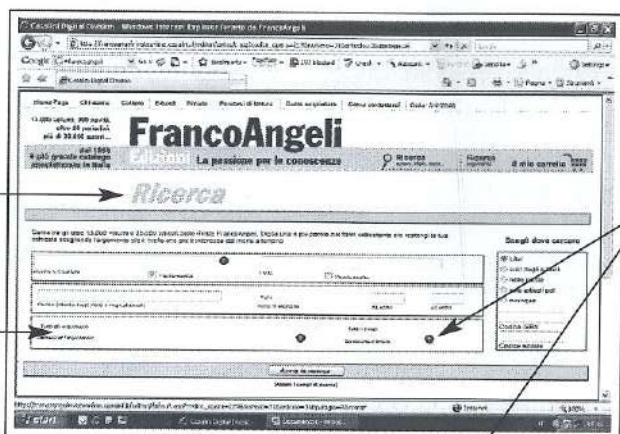
- Portigliatti-Barbos M. (1995), *La "pericolosità psichiatrica" e il "duty to warn"*, in *Scritti in onore di Vittorio Chiodi*, Ed. DEG, Firenze.
- Robert P. (1982), *La crise de la notion de dangerosité*, in Canepa G. e Bandini T. a cura di, *Orientations critiques dans le domaine de la dangerosité*, Bulletin du Centre International de Criminologie Clinique, 9.
- Rollins C. (1973), "Crime and Mental Illness Viewed as Deviant Behaviour", *N.C.J. Mental Health*, 8, 18.
- Sirotych F. (2008), "Correlates of Crime and Violence among persons with Mental Disorder: An Evidence-Based Review", *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8 (2):171-94.
- Solomon P.L., Cavanaugh M.M. and Gelles R.J. (2005), "Family Violence among Adults with Severe Mental Illness: a Neglected Area of Research", *Trauma Violence Abuse*, 6 (1): 40-54.
- Steadman H.J. *et al.* (1998), "Violence by People Discharged from Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods", *Arch. Gen. Psychiatry*, 55 (5): 393-401.
- Stone M.H. (1998), *The Personalities of the Murderers: The Importance of Psychopathy and Sadism*, in Skodol A.E., *Psychopathology and Violent Crime*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Stuart H. (2003), "Violence and mental illness: an overview", *World Psychiatry*, 2 (2): 121-4.
- Traverso G.B. e Verde A. (1981), "Pericolosità e trattamento in criminologia", *La questione criminale*, Settembre-Dicembre, 503.
- Taylor P.J. and Gunn J. (1999), "Homicides by People with Mental Illness: Myth and Reality", *Br. J. Psychiatry*, 174: 9-14.

www.francoangeli.it

Un patrimonio sempre aggiornato di conoscenze e nuovi servizi.
Facile e intuitivo nelle ricerche. Veloce da interrogare.
Modalità intelligenti di selezione e di fruizione.
A servizio di docenti, studenti, professionisti.

Ricerche
semplici
e complete

Filtri
semantici



Possibilità
di scegliere
il "livello"
(textbook,
ricerca,
guida per
professional...)

Argomenti
chiave

Sintesi
veloci



Suggerimenti
ragionati
e pertinenti

Acquisti
sicuri

Descrizioni
approfondite

FrancoAngeli
La passione per le conoscenze

Un anno di e-book

Una biblioteca ricca di centinaia di titoli in tutte le discipline: economia, psicologia, sociologia, didattica, storia, filosofia ...

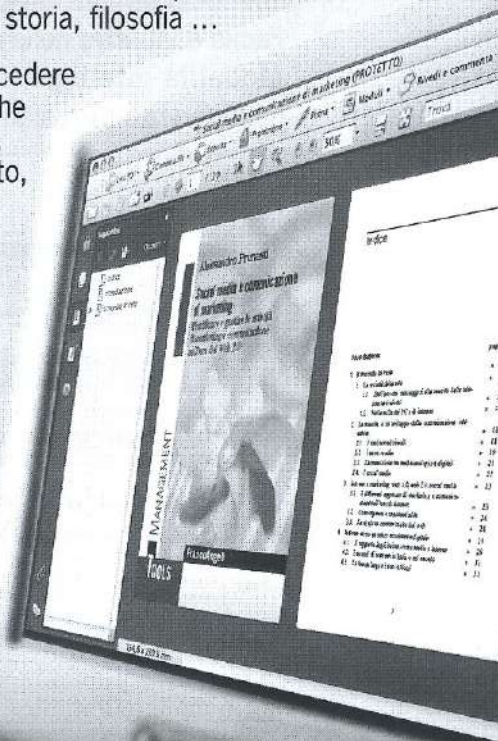
Una modalità flessibile ed efficace per accedere subito ai contenuti, per effettuare ricerche mirate, per scorrere rapidamente i testi, per individuare con immediatezza un dato, una citazione, un nome...

Per la comunicazione scientifica gli e-book presentano ampi vantaggi, facilitandone la diffusione e l'accessibilità.

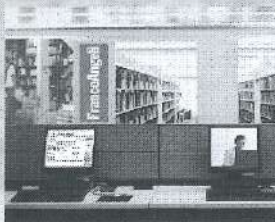
I lettori possono trovare nelle modalità di scorrimento e di ricerca nel testo delle opportunità per la lettura veloce assolutamente superiori a quelle rinvenibili nel libro a stampa.

Gli e-book non ingombrano, si archiviano facilmente, sono sempre e subito disponibili.

Gli e-book in formato pdf sono la copia esatta del libro in formato cartaceo.



Per saperne di più sull'utilizzo e le forme di acquisto: www.francoangeli.it



FrancoAngeli e-book

**Una nuova dimensione per condividere le conoscenze.
Per l'università e per la professione.**

PSICOLOGIA

Il paziente psichiatrico è pericoloso? Coloro che lo assistono e lo curano sono responsabili dei suoi atti? In quale misura si possono ritenere prevedibili i comportamenti umani? Quale è il giusto equilibrio tra esigenze di custodia e bisogni di cura? La non imputabilità garantisce il diritto alla salute del paziente? Come si costruisce la verità processuale?

A queste domande cerca di rispondere Ernesto Venturini, prendendo spunto da uno scritto di Franco e Franca Basaglia – *Il problema dell'incidente* – e confrontando, poi, le sentenze e le perizie di alcuni casi delittuosi nei quali il medico è stato imputato di omicidio colposo, per il crimine commesso dal proprio paziente. Lo affiancano due colleghi psichiatri, Domenico Casagrande e Lorenzo Toresini, che si avvalgono di un lavoro di documentazione, ragguardevole e inedito, come nel caso dei processi riguardanti Franco Basaglia. Contribuiscono infine allo sviluppo dell'argomento due autorevoli magistrati, Alessandro Margara e Francesco Maisto.

Il libro, per la ricca documentazione, per l'integrale riproduzione delle sentenze, per l'ampia bibliografia, costituisce un prezioso riferimento per tutti coloro che lavorano in ambito giuridico e psichiatrico, ma può riguardare anche chi è interessato al tema generale della conoscenza. Indagando infatti sulle modalità con le quali viene strutturandosi una "verità", quella processuale, si rende evidente come ogni conoscenza sia relativa e come ogni verità contenga al suo interno, come in un gioco di scatole cinesi, altre, infinite "verità".

Ernesto Venturini, esperto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha al suo attivo una ricca produzione internazionale, ha lavorato con Franco Basaglia a Gorizia e a Trieste. È stato direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Imola.

Domenico Casagrande, collaboratore di Basaglia dal 1965, è stato tra i fondatori di Psichiatria Democratica. Ha svolto importanti compiti direttivi in psichiatria e in sanità a Gorizia, a Trieste e a Venezia.

Lorenzo Toresini è stato tra i protagonisti del processo che a Trieste ha portato al superamento dell'ospedale psichiatrico. È primario del Servizio di Salute Mentale di Merano e presidente della Società Italo-Tedesca per la Salute Mentale.

ISBN 978-88-568-3282-2



9 788856 832822

€ 32,00 (U)