

IL BUIO DELL'IMPUNITÀ: SE LA DIAGNOSI DIVENTA UN PRIVILEGIO

di Emanuele Caroppo, Gianluca Monacelli, Jennifer Williams, Giuseppina Gabriele, Massimo Cozza

Cisterna di Latina, spara e uccide la madre e la sorella dell'ex fidanzata, 13 febbraio 2024; Gaza, oltre 200 vittime in 24 ore, 28 dicembre 2023; Missile russo su una veglia funebre a Gorza: più di 50 civili ucraini morti. Ogni famiglia del villaggio colpita dalla tragedia, 6 ottobre 2023...

Quando si esplora la storia della violenza, ci si trova spesso senza parole di fronte alla crudele brutalità che emerge, suscitando un mix di ira, disgusto e tristezza infinita. È naturale che l'immaginazione collettiva cerchi di difendersi da queste emozioni travolgenti, creando una distanza da quella oscurità presente nell'animo umano. Uno dei modi in cui ci si difende è attraverso i meccanismi psicologici di difesa. Di fronte a comportamenti violenti che sconvolgono, come un omicidio atroce senza apparente motivazione, si tende a etichettare i responsabili come "malati di mente", cercando di comprendere e affrontare la situazione nel modo più confortante possibile: è pazzia, è altro da noi "normali", per dirla alla Checco Zalone.

La scienza però non supporta questa illusione e afferma che la semplice presenza di un disturbo mentale, per quanto severo possa essere, non è un indicatore affidabile di comportamento violento. Vari studi, invece, hanno evidenziato che l'uso di sostanze, un basso quoziente intellettivo, una storia criminale e di violenza, un ambiente stressante e difficoltà socio-economico-lavorative svolgono un

ruolo molto più importante e significativo nel determinare comportamenti violenti. Il tasso di omicidi commessi da individui con diagnosi di schizofrenia è sorprendentemente basso, con solo 1 caso su 140.000 individui e coloro che soffrono di disturbi psicotici sono più spesso vittime di violenza piuttosto che suoi autori. I disturbi mentali non sono neanche predittivi, in modo statisticamente significativo, di comportamento aggressivo futuro, come evidenziato dallo studio National Epidemiologic Survey in Alcohol and Related Conditions nel 2008.

L'idea di attribuire automaticamente la responsabilità del comportamento violento alla malattia mentale, la "psichiatria" della violenza, insomma, è un errore che riduce la complessità della comprensione di questo fenomeno e ci riporta indietro nel tempo, a prima dell'azione riformatrice di Franco Basaglia, quando la pericolosità per sé e per gli altri guidava le decisioni di Trattamento Sanitario Obbligatorio in manicomio. Una semplificazione così grossolana manca il bersaglio e ignora completamente l'ampio intreccio dei fattori che influenzano i comportamenti violenti; travisa la scienza e ha anche conseguenze profonde a livello sociale, organizzativo ed economico. Ridurre il ruolo della psichiatria a quello di custodia e controllo anziché di cura è una visione imprudente, antiquata e totalmente errata che mina

il senso stesso di cura e alimenta una pericolosa stigmatizzazione delle persone con disturbi mentali e delle stesse strutture psichiatriche attraverso una loro criminalizzazione, per la presenza sempre maggiore di autori di reato.

Come noto, in Italia, dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nel 2015 sono state create le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), strutture sanitarie di accoglienza dove possono confluire e condividere gli stessi ambienti e procedure, indipendentemente dal tipo ed entità di reato, tanto un autore di un omicidio quanto una persona che ha opposto resistenza a pubblico ufficiale, purché affetti da disturbi mentali e ritenuti socialmente pericolosi.

Alla fine del mese di maggio 2023, la Società Italiana di Psichiatria lanciava un'allerta preoccupante: più di 700 individui ad alto rischio sociale, protagonisti di reati, si muovono liberamente nel nostro tessuto urbano andandosi a sommare agli altri 15 mila soggetti sotto supervisione dei Dipartimenti di Salute Mentale che, già provati da scarse risorse e carenze di personale, si trovano a doversi occupare di un ulteriore strato di complessità sociale e clinica. In altre parole, per entrare in REMS c'è una lunga lista di attesa. Eppure, le linee guida dell'Organizzazione Mondiale di Sanità, oltre a quanto detto precedentemente, sottolineano l'importanza di adottare un

La scienza afferma che la semplice presenza di un disturbo mentale, per quanto severo possa essere, non è un indicatore affidabile di comportamento violento.

La "psichiatrizzazione" della violenza, riduce la complessità della comprensione di questo fenomeno e ci riporta indietro nel tempo, a prima dell'azione riformatrice di Franco Basaglia, quando la pericolosità per sé e per gli altri guidava le decisioni di Trattamento Sanitario.

approccio ecologico per comprendere le cause del comportamento violento, considerando una vasta gamma di fattori che vanno oltre la dimensione psichiatrica, come quelli individuali, relazionali, comunitari e socio-ambientali.

Diversi studiosi concordano sul fatto che le radici della violenza non possano essere attribuite esclusivamente alla patologia psichiatrica, sia nella popolazione generale che tra i pazienti con disturbi mentali. Tuttavia, nonostante queste considerazioni, rimane l'interrogativo su come si giunga, allora, a numeri così impressionanti, mentre la pressione continua a crescere senza una rete di cura e di protezione adeguata. Prima che le conseguenze diventino ingovernabili, è necessario affrontare con urgenza e determinazione un problema che sarebbe illusorio e fallace tentare di risolvere attraverso il semplice aumento del numero dei posti letto in REMS. Suonerebbe come costruire un ospedale a valle di un pericoloso dirupo invece di collocargli una semplice staccionata a monte. Si impone la necessità di attente riflessioni capaci di guardare oltre, in un tempo che non rispecchia la realtà del presente, immaginandone e mostrandone uno diverso. Creando e ricreando il tempo da zero, sempre partendo dalla tutela della persona e della comunità. Non è questa la sede per affrontare in modo esaustivo i singoli argomenti che partecipano a comporre il problema, ma ciò che desideriamo è porre domande.

Non vogliamo proporre soluzioni ma stimolare pensiero e, quindi, azioni.

Uno dei quesiti che il Giudice pone al Consulente Tecnico d'Ufficio, così recita: «In caso di accertato vizio di mente dica altresì il perito se il soggetto sia socialmente pericoloso». La capacità di prevedere il comportamento violento è fondamentale per la valutazione e la gestione di tale comportamento, ma la verità è che rappresenta un'ardua sfida tanto per i professionisti della salute mentale quanto per i ricercatori a causa della diversità delle situazioni cliniche. Il rischio di comportamento violento può cambiare rapidamente nel tempo in quantità e qualità, e attualmente non esistono strumenti clinici o testologici che consentano una previsione certa del comportamento violento per i singoli casi. Le stesse linee guida del NICE¹ indicano che non ci sono strumenti di valutazione affidabili per prevedere il comportamento violento e senza il rischio di falsi positivi (prevedere un comportamento violento che non si verifica) o falsi negativi (non riconoscere un rischio di violenza quando è presente).

E se, invece di cercare risposte che la scienza afferma essere impossibili, si considerasse l'idea di separare il processo per un reato dall'infermità mentale e si indirizzasse il paziente verso un'osservazione clinica approfondita condotta da esperti multidisciplinari in un ambiente idoneo, come accade, ad esempio, nel periodo di "Trial" irlandese? Questo approccio metterebbe in primo piano la valutazione del comportamento violento, tenendo conto degli aspetti individuali e del contesto specifico. Approccio dove la concretezza potrebbe

La capacità di prevedere il comportamento violento è fondamentale ma rappresenta un'ardua sfida tanto per i professionisti della salute mentale quanto per i ricercatori a causa della diversità delle situazioni cliniche.

essere la chiave: non solo aspetti teorico-documentali-anamnestic-testologici, ma anche evidenze reali di probabilità e prevedibilità del rischio valutate attraverso un'osservazione diretta dei comportamenti e delle interazioni al di fuori del *setting* dei singoli colloqui psichiatrici.

In tal modo, potrebbe essere assicurato un percorso di cura più mirato, che vada dai reparti di psichiatria carceraria a livelli di REMS differenziati, seguendo un modello simile a quello adottato nelle strutture anglosassoni e adattato alle esigenze individuali e della comunità? E una simile processualità, potrebbe aiutare anche l'iter diagnostico? Quando, infatti, si tratta di decifrare il puzzle della diagnosi psichiatrica, seguire le categorie del DSM-5² è solo l'inizio di un viaggio. Già nella pratica clinica l'ipersemplificazione dei disturbi mentali è una delle sfide più grandi da affrontare; figuriamoci nel più complicato ambito della psichiatria forense! Non basta elencare i sintomi e fare una *checklist*, serve un'indagine approfondita capace di andare oltre. Ogni paziente è una persona unica e irripetibile. La sua storia clinica, insieme a fattori sociali, psicologici e biologici, dipana un intreccio unico da esplorare. In salute mentale, non esistono confini netti tra la "normalità" e la "patologia", come sottolineato ogni ottobre durante Ro.Mens, il Festival della Salute Mentale organizzato dalla ASL Roma 2 per promuovere l'inclusione sociale e combattere i pregiudizi. È piuttosto un sentiero attraverso un panorama soffuso, dove la linea tra salute e disturbo è un *continuum* di sfumature. È come guardare il cielo al tramonto, dove i colori si mescolano

delicatamente senza un punto di separazione definito e ogni individuo si muove lungo questo percorso in modo unico, con variazioni di gravità che si manifestano come onde nell'oceano della mente.

Certo, nel momento laborioso e delicato della diagnosi psichiatrica sono necessari dei criteri da seguire, altrimenti sarebbe come navigare in acque pericolose senza una bussola. Ma questi criteri, sebbene importanti, sono solo una parte del quadro più ampio e non potranno mai sostituire le storie uniche e complesse delle singole persone. Cosa ben nota anche agli Autori stessi del DSM-5 che nella dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-5 in ambito forense affermano che «[...] coloro che prendono decisioni legali dovrebbero anche essere avvertiti che una diagnosi non implica alcuna connessione necessaria con l'eziologia o le cause del disturbo mentale di un individuo né con il grado di controllo dell'individuo sul comportamento che può essere associato al disturbo. Anche quando la diminuzione del controllo sul proprio comportamento è una caratteristica del disturbo, la diagnosi di per sé non dimostra che un determinato individuo è (o era) incapace di controllare il proprio comportamento in un determinato momento». Imbrigliarsi clinicamente nella vita degli altri attraverso un congruo periodo di osservazione avrebbe inoltre il vantaggio di non trascurare le motivazioni profonde che guidano un comportamento violento. Dietro ogni azione ci sono molteplici strati psicologici, sociali, culturali ed emozionali. Un intricato labirinto dove le radici della violenza si intrecciano con sentimenti di grandiosità,

Dietro ogni azione ci sono molteplici strati psicologici, sociali, culturali ed emozionali. Un intricato labirinto dove le radici della violenza si intrecciano con sentimenti di grandiosità, traumi ripetuti, o persino con la dinamica di gruppi criminali.

traumi ripetuti, o persino con la dinamica di gruppi criminali. In tale complessità, anche emozioni come la rabbia possono fungere da detonatore per gesti estremi. Ma attenzione! Mentre queste emozioni possono alimentare la violenza, non sempre implicano una diagnosi di disturbo mentale, e la psichiatrizzazione di esperienze umane non patologiche sarebbe un grave errore, da molti punti di vista! Un periodo adeguato di osservazione, con un'attenzione costante alla persona, potrebbe favorire la personalizzazione delle cure e la definizione di progetti terapeutici più efficaci ed efficienti? Potrebbe aiutare a identificare meglio eventuali, ma diffusi, disturbi fittizi che, deresponsabilizzando per gli atti commessi, trasformano il diritto alla cura nel privilegio di impunità? Inoltre, potrebbe contribuire a ridurre il numero di persone attualmente in lista d'attesa per accedere alle REMS? E, a proposito delle REMS, potrebbero essere differenziate in base alla capacità di gestire diversi livelli di gravità e pericolosità, allo scopo di evitare che i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura degli Ospedali diventino luoghi di detenzione per casi estremamente aggressivi? Ciò potrebbe ridurre il rischio, il disagio e i potenziali danni per gli altri pazienti e il personale sanitario.

Perché non istituire in ogni Dipartimento di Salute Mentale un'Unità Operativa di Psichiatria Forense e Criminologia Clinica? Quest'unità, formata da team multidisciplinari di esperti del settore adeguatamente addestrati, potrebbe occuparsi della clinica per gli autori di reato, fungendo anche da punto di riferimento peritale

pubblico per i giudici e garantendo un costante coordinamento, raccordo e scambio di idee tra le Istituzioni. Affrontare un problema complesso come quello menzionato richiede coraggio nel cambiamento, anche in modo radicale, mantenendo al centro la persona con tutti i suoi diritti, seguendo la traiettoria individuata da Franco Basaglia. Il suo pensiero, che continua a guidarci anche a cento anni dalla sua nascita, rappresenta una costante bussola morale che ci porta fuori dal pericoloso buio dell'oscurantismo che minaccia di avvolgerci. Specialmente nel campo della salute mentale!

Pisa, psichiatra presa a sprangate fuori dal reparto: è in fin di vita. Aggressore in fuga, 21 aprile 2023. Barbara Capovani, la psichiatra aggredita a Pisa è clinicamente morta. I suoi organi saranno donati, 24 aprile 2023. Gianluca Paul Seung ha padre di origine cinese e madre napoletana. Si è trasferito da giovane in Toscana. Non ha completato gli studi superiori. Ha quattro processi in corso ed è stato accusato di aver molestato una ragazzina di 13 anni. È anche evaso dagli arresti domiciliari. Nessun procedimento è arrivato all'ultimo grado di giudizio. La Cassazione ha recentemente stabilito che i disturbi di personalità, se pervasivi e duraturi nel tempo, possono portare all'impunità. Questo ha fatto crescere, in particolare dopo la giusta chiusura degli ex OPG, in Italia i casi in cui non si può procedere in giudizio. Perché sono stati spostati i confini tra la punibilità e l'impunità dei reati. Anche dei più violenti. Come siamo arrivati a questo punto? I confini tra giustizia e impunità sembrano sfumare, perdendosi nella nebbia di un sistema che vacilla tra il dovere di punire i colpevoli e la cura e la protezione

*Perché non istituire in ogni
Dipartimento di Salute Mentale
un'Unità Operativa di Psichiatria
Forense e Criminologia Clinica?*

dei presunti malati mentali e della comunità. In questo labirinto di dubbi e contraddizioni, chi è veramente responsabile e chi può essere considerato vittima di un disturbo? Le domande sono tante, le risposte poche. Nel frattempo, il dolore delle vittime dirette e indirette rischia di urlare nel silenzio dell'impunità e del mortifero privilegio a cui, in alcuni casi, un'etichetta psichiatrica può fare approdare. Si è tutti dalla stessa parte. Forse, per i vari attori istituzionali coinvolti, è arrivato il momento di sedersi attorno a un tavolo e ridisegnare la sostenibilità di un modello che sia uguale per tutti ma capace di ben discernere le differenze di tutti, per la tutela dei diritti e della salute dei singoli e della comunità.

Riferimenti bibliografici

- Appelbaum PS, *Violence and mental disorders: data and public policy*, «Am J Psychiatry» 2006; 163: 1319-21.
- Elbogen EB, Johnson SC, *The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, «Arch Gen Psychiatry» 2009; 66: 152-61.
- Fazel S., Långström N., Hjern A., Grann M., Lichtenstein P., *Schizophrenia, substance abuse, and violent crime*. «JAMA» 2009; 301: 2016-23.
- Fazel S., Chang Z., Fanshawe T., et al., *Prediction of violent reoffending on release from prison: derivation and external validation of a scalable tool*, «Lancet Psychiatry» 2016; 3: 535-43.
- Filov I., *Antisocial personality traits as a risk factor of violence between individuals with mental disorders*, «Open Access Maced J Med Sci» 2019; 7: 657-62.

Monacelli G., Williams J., Gabriele G., *Nuove riforme, vecchi stereotipi*, 2024, <<https://www.questionegiustizia.it/articolo/nuove-riforme-vecchi-stereotipi>>.

Latalova K., Kamaradova D., Prasko J., *Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review*, «Neuropsychiatr Dis Treat» 2014; 10: 1925-39.

Lega I., Caroppo E., *Ospedali Psichiatrici Giudiziari: chiudere non basta*, «AREL la Rivista», I/2014.

Swanson J.W., Holzer C.E. III, Ganju V.K., Jono R.T. *Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys*, «Hosp Community Psychiatry» 1990; 41: 761-70.

Swanson J.W. *Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach*, in Monahan J, Steadman HJ (eds). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*, Chicago: University of Chicago Press, 1994.

Volavka J., Citrome L., *Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment*, «Int J Clin Pract» 2008; 62: 1237-45.

WHO, *Preventing Violence. A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2004.

Witt K., van Dorn R., Fazel S., *Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies*, «PLoS One» 2013; 8: e55942.

Note

¹ Il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) è un'organizzazione indipendente inglese atta a promuovere a livello nazionale e internazionale le linee guida per una buona pratica clinica in medicina. Si tratta di un organismo non dipartimentale che fa capo al Ministero della Salute nel Regno Unito. È nato come Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica (National Institute for Clinical Excellence) nel 1999 e dal 1° aprile 2005 si è fuso con l'Health Development Agency, prendendo il nome di National Institute for Health and Clinical Excellence. Con la riforma sanitaria del 2012 gli sono state attribuite ulteriori funzioni di carattere assistenziale diventando un Executive Non-Departmental Public Body (ENDPB). L'ente è attualmente utilizzato dal sistema sanitario di Inghilterra e Galles.

² Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), nato nel 1952 ma diffusosi a partire dalla terza edizione nel 1980 (DSM-III), è un progetto ambizioso con il difficile obiettivo di applicare alla psichiatria una metodologia di classificazione il più possibile condivisa per esigenze epidemiologiche, statistiche e cliniche, integrando e uniformando a livello globale quelle conoscenze che prima erano in balia di frammentarie e multiformi scuole di pensiero¹. Il testo, nelle sue successive versioni, è andato incontro a tentativi di miglioramento, sempre in sintonia con la ricerca internazionale, certamente con un'impronta statunitense dettata dall'American Psychiatric Association (APA), ma al tempo stesso con attenzione verso le esigenze e le multiformità culturali di una società aperta e multi-etnica. I diversi cambiamenti e le novità del DSM-5 sono il prodotto di trent'anni di acquisizione di nuovi dati e progressi provenienti dalla ricerca scientifica mondiale.