

Associazione Italiana di Psicologia Giuridica

AIPG Newsletter

n° 54

Novembre – Marzo 2015

Consiglio Direttivo

Presidente: *Paolo Capri*

Vice Presidente: *Maddalena Zucconi Galli Fonseca*

Tesoreria: *Anita Lanotte*

Segreteria: *Rocco Emanuele Cenci*

Consiglieri: *Maria Armezzani, Lucia Chiappinelli,*

Anna Maria Giannini, Fiorella Giusberti, Stefano Mariani, Massimo Saccà, Tommaso Sciascia

IDEE A CONFRONTO

Ragionamenti sul metodo scientifico in psicologia clinica e giuridica

Editoriale di
Paolo Capri

1

PARERE

DELL'ESPERTO

I bambini allontanati: le verità non dette

di Assunta Basentini

5

Danno e Disturbo Post Traumatico da Stress

di Serena Benini

6

Dolo, colpa e preterintenzione: gli elementi psicologici del reato

di Stefania Concetta Maria di Gregorio

8

Violenza ostetrica:

Aspetti normativi, modalità di assistenza perinatale, ipotesi di danno

di Carmen Rizzelli

13

Trauma cranico frontale ed imputabilità

di Rachele Recanatini

17

RAGIONAMENTI SUL METODO SCIENTIFICO IN PSICOLOGIA CLINICA E GIURIDICA

di

Paolo Capri

Presidente AIPG

“Psichiatria e psicologia clinica, nei loro aspetti pragmatici, sono discipline che appartengono fondamentalmente alle cosiddette “scienze umane”, nel senso che partono dalla persona e a lei ritornano attraverso un osservatore che elabora con la mente le informazioni che riceve, ascolta la sofferenza umana con partecipazione e interagisce con un altro da sé, il suo ambiente di appartenenza e il sistema socio-culturale che sempre fanno da sfondo alla scena sulla quale accadono eventi “patologici” e/o “delinquenziali”. Non ha pertanto senso alcuno inseguire l'impossibile progetto di una obiettività asettica e imparziale...”.

Ugo Fornari

SCIENZA ESATTA?

Il confronto sulla scientificità del metodo in psicologia clinica è mol-

to antico, ne furono coinvolti anche Freud e Jung, in un dissidio che determinò poi la famosa separazione; separazione teorica e concettuale non tanto a causa del ruolo da attribuire alla sessualità nell'etiologia dei disturbi psicopatologici, quanto, invece, al concetto di scientificità dei costrutti psicologici.

Infatti, Freud, secondo la visione di Jung, collocava la nascente “scienza psicologica” e l’analisi della psiche” all’interno dei rigori dell’oggettività, anche se in modo paradossale in quanto con l’introduzione dell’interpretazione dell’inconscio a sua volta prendeva le distanze in modo rivoluzionario dalle teorie statiche dell’oggettivismo. Ciò, comunque, accadeva proprio in un momento storico dove la scienza di fine/inizio secolo scorso si aggrappava sempre di più alla ricerca di dati obiettivi e oggettivi, anche di tipo classificatorio; basti pensare agli studi di Lombroso e al dominio nel Diritto della Scuola Positiva. Jung si distanziò in modo significativo da queste visioni e da questa prospettiva, abbracciando e inventando teorie (Inconscio Collettivo, gli Archetipi, ecc.) dove la

persona e la relazione tra paziente e terapeuta avevano un peso fondamentale, erano al centro del progetto, in cui andava riconosciuto che "l'equazione personale" dello sperimentatore era inscindibile dall'oggetto della conoscenza" (Giordano G.: *La psicoterapia come atto etico in una dimensione transcontestuale. Note per una messa in scena costruttivista*. Psychomedia).

Da queste basi, nasce nel 1946 l'affermazione, forse provocatoria, di Jung, ovvero che "La psicologia deve abolirsi come scienza, e proprio abolendosi come scienza raggiunge il suo fine scientifico" (Jung C.G., 1976). Dunque, l'affermazione dello psicologo-analista svizzero si inquadra in un periodo in cui si cercava un incoraggiamento "scientifico" alle nascenti nuove teorie psicoanalitiche, così come oggi si cerca, attraverso l'obiettività del metodo, di garantire risultati oggettivi.

Purtroppo, però, la scienza ha altre regole, le scienze umane, a cui la psicologia appartiene, non è una "scienza dura", come lo sono la fisica o la chimica, è invece una "scienza molle", dunque non può dotarsi di elementi che la possano ricondurre alle cosiddette scienze esatte.

Come scrive Giordano, "Da questo punto di vista, attraverso Freud e Jung si scontrarono dunque non due differenti ipotesi sull'etiologia della malattia mentale e sul concetto di libido, ma due diverse epoche: il grande razionalismo di fine '800, che sperava di spiegare il mondo con la ragione, la scienza, l'energia; e un tempo ancora da venire, che dava all'osservatore e al concetto di informazione un ruolo centrale, fondamentale e unico, nella definizione della conoscenza.

Ciò che resta incredibile di Jung, letto in questo senso e da questo versante, è il suo aver anticipato - quasi in silenzio - l'epistemologia di fine millennio" (Giordano G.: op. cit.).

Sull'importanza del considerare altro rispetto i concetti statici dell'oggettivismo, Armezzani (Armezzani M. e coll.: *Tecniche costruttiviste per la diagnosi psicologica*. McGraw-Hill, Milano, 2003) sottolinea che "Il mondo in cui viviamo è un mondo che sappiamo condiviso: a partire dalla nostra prospettiva, incontriamo altri sguardi (presenti e possibili) su un orizzonte comune e dallo scambio dialogico delle prospettive prende forma la "nostra" realtà". Aggiunge l'autrice in riferimento al costruttivismo: "La scienza che studia questa realtà dovrà quindi tener conto, autoriflessivamente, del suo essere espressione di un incontro concordato di prospettive, di significati che non possono essere assunti come verità neutrali e immobili. Non potrà più porsi come giudice assoluto di ciò che è, ma come interpretazione situata di ciò che tuttora sta accadendo". Pertanto, sempre secondo Armezzani, "La conoscenza scientifica non può porsi "fuori" dai limiti propri dell'umano; essa è un'attività che, come tutte le altre, si svolge nel dominio delle relazioni intersoggettive, e che può avere validità e significato solo nel contesto della coesistenza".

Sulla centralità della relazione e della persona nella relazione, piuttosto che far ruotare il mondo intorno all'asse dell'oggettività del metodo, riprendendo spunto dal pensiero di Jung appare molto interessante quanto Hillman scriveva 30 anni fa: "Nonostante l'imbarazzo, è dunque meglio mettere in

evidenza la soggettività della psicologia, anziché ricoprirla con quella fantasia di oggettività che tanto infetta il nostro campo. Quindi non faremo finta che l'analista sia oggettivo (Freud dietro il lettino, Jung e le sue conoscenze amplificate), e neppure ci intratterremo sulle nozioni di una psiche oggettiva, sul livello oggettivo dei sogni, e sul significato degli eventi psichici, che possono essere analizzati imparzialmente dallo psicologo impegnato in ricerche scientifiche o culturali sul materiale oggettivo: casi, sindromi, associazioni. Niente di questo materiale esiste indipendentemente dalle persone e dalla psiche. Questo cosiddetto materiale oggettivo è la materia più soggettiva della vita: riguarda ciò che le persone ricordano, come fantasticano, il luogo in cui amano" (Hillman J., *Le storie che curano*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1984).

Quest'ultimo pensiero chiude, quindi, in modo estremamente sintetico ma netto, questa prima fase di riflessioni critiche su alcuni concetti di scienza, di oggettività e ricerca di certezze obiettive in riferimento al nostro sapere.

SU LA PROVA SCIENTIFICA

La prova scientifica, che nel Diritto può essere assimilata al concetto di scientificità del metodo, è ormai al centro di molti confronti, soprattutto in riferimento al dibattito tra psicologia e diritto, in quanto si vorrebbe cercare in ogni modo di rendere obiettive e oggettive le valutazioni cliniche tradotte poi nell'ambito giudiziario.

Fornari (Fornari U.: *Brainfactor Cervello e Neuroscienze*, marzo-aprile 2011) fornisce un contributo importante a questo riguardo, esaminando in modo dettagliato il

contesto a cui facciamo riferimento.

Secondo lo studioso *“Qualsiasi tipo di scienza, e la nostra in particolare, in generale e nelle sue diverse articolazioni, è tutt’altro che neutrale e certa. E’ un modello di approssimazione alla realtà, di avvicinamento a verità umane che, come tali, rimangono sconosciute nella loro intima essenza. Di per sé, essa è fatta di incertezze, è provvisoria e mutevole. Le ipotesi scientifiche sono assunte come se fossero vere o false, dal momento che nulla dice che siano tali (o vere o false). Le leggi scientifiche sono pure ipotesi, sono fallibili, devono essere continuamente falsificate; l’errore nella ricerca è un male di per se stesso necessario e inevitabile (“sbagliando si impara”); il suo margine può essere ridotto al minimo, ma non può (e non deve) essere eliminato”*. Aggiunge l’autore: *“La scienza è conoscenza parziale e incompleta della realtà che ci circonda e in cui viviamo immersi”*.

Per chiudere questo pensiero, in modo ancora più chiaro Fornari specifica che *“Nel settore specifico qui in discussione, possiamo dire che la scienza della psiche è quel corpus di assunti teorici e di applicazioni pratiche ricavate attraverso il metodo induttivo da osservazioni cliniche, sperimentali, strumentali e di laboratorio accettate e condivise dalla comunità scientifica in quel momento e in quel contesto storico-culturale. Il relativismo scientifico costituisce un aspetto fondamentale cui si deve fare costante e preliminare riferimento per articolare la successiva discussione”*.

Dunque, già da queste considerazioni si deduce la difficoltà di considerare la *Prova Scientifica* come un qualcosa che possa garantire li-

velli di obiettività nel raggiungimento di un obiettivo. Non solo, in riferimento all’ambito clinico-peritale Fornari mette in discussione anche l’uso che si può fare dei dati della ricerca scientifica: [Il perito/clinico] *“...li può ignorare, citare solo parzialmente, citare nelle parti che interessano la tesi da lui proposta; travisare con forzature interpretative; nascondere, enfatizzare, minimizzare l’eventuale tasso di errore”*, sottolineando la centralità dell’esaminatore e dunque la debolezza della prova scientifica.

Se si pensa, ad esempio, al test di Rorschach e alle inutili diatribe sui vari sistemi di siglatura, quanto afferma Fornari appare estremamente calzante, laddove la ricerca dell’assoluta scientificità del metodo si scontra con l’inutilità di tale ricerca proprio a causa della soggettività umana che può deformare ogni risultato, soprattutto se ammantato di un dogmatismo pseudoscientifico.

Sempre in riferimento al concetto di oggettività in relazione a teorie e valutazioni scientifiche, Fornari aggiunge che *“...non esistono teorie e valutazioni scientifiche oggettive ed è un’illusione pensare che gli esperti giungano ad esse in maniera universalmente valida e secondo metodi obiettivi. Di contro al preteso assolutismo della scienza, si colloca pertanto il relativismo della stessa, per cui la validità e la correttezza delle ricerche e delle teorie scientifiche è da rapportare non a un modello assoluto di conoscenza della realtà, bensì alle conoscenze scientifiche condivise in quel determinato momento storico e in quel contesto culturale e accreditate e depositate nella produzione scientifica del momento”*.

Aggiunge l’autore che *“Scientifico è ricordare che la prova di natura scientifica è affidabile, se basata su criteri accettati e condivisi dalla comunità scientifica che l’accredita sulla scorta delle conoscenze e dei progressi raggiunti in quel momento storico-culturale; scientifico è utilizzare tecniche e metodologie a riconosciuta validità clinica, intanto in quanto applicate nella maggioranza dei casi e dalla maggioranza dei periti; scientifico è non esprimere opinioni che derivano dalla sola esperienza di quel perito; scientifico è poter fornire un parere motivato e valido che tenga conto di tutto quello che - allo stato - costituisce patrimonio comune e condiviso della nostra conoscenza e del nostro operare come periti e/o consulenti”*, soffermandosi poi sul concetto di diagnosi clinica come elemento dominante: *“La diagnosi clinica è il risultato di un processo costruttivo che prevede l’integrazione di tutti o parte dei modelli nosografico, psicopatologico, psicodinamico e funzionale, con ricorso o meno a indagini psicodiagnostiche o ad altri tipi di valutazione. Essa si articola attraverso diversi passaggi che includono strategie relazionali, tecniche di intervista, raccolta di dati anamnestici, ricorso a test mentali e ad altri mezzi di indagine, individuazione di criteri diagnostici specifici e differenziali. Non esiste un approccio diagnostico unico, ottimale, codificabile e codificato, ma è sempre indispensabile che sia stata prioritariamente costruita una relazione significativa in cui collocare i dati clinici e quelli ricavati dai protocolli o dalle indagini strumentali (interviste, questionari, test mentali e di valutazione neuropsicologica e quant’altro l’intervistatore voglia*

utilizzare), confermandone o disconfermandone validità e significato in una dimensione clinica individualizzata”.

In riferimento all'**ambito peritale**, Fornari chiarisce che “...nel gioco delle parti in cui ognuno tutela le proprie convinzioni e le proprie valutazioni senza stravolgere i dati obiettivi, possono conferire valore di prova all'elaborato peritale il rispetto della verità scientifica accreditata in quel momento storico, il rigore metodologico e il rispetto dei criteri seguiti per giungere a determinate valutazioni: non certo le inesistenti e improponibili imparzialità, obiettività e scientificità delle stesse.

La “prova scientifica” che psicologi e psichiatri forensi possono fornire agli operatori del giudiziario, pertanto non è rappresentata dall'uso di strumenti diagnostici (in senso lato intesi) più o meno raffinati e in grado di “misurare” le funzioni mentali di un soggetto, bensì dal rigore con cui essi, nell'assoluto rispetto della deontologia professionale, applicano la criteriologia e la metodologia peritali e osservano regole minime nella compilazione dei loro elaborati”.

SUL TEST DI RORSCHACH

Una riflessione a parte merita il dibattito che è stato aperto sul **test di Rorschach**, ovvero sul metodo scientifico da applicare. E' evidente che, alla luce delle precedenti considerazioni, ogni tentativo di coinvolgere il Rorschach all'interno di una battaglia su quale metodo sia migliore e più scientifico appare quantomeno velleitario e non utile.

Il metodo Rorschach, creato, elaborato e costruito dal suo autore, Hermann Rorschach, e pubblicato

nel 1921, è passato indenne in quasi cento anni di storia dai molti attacchi provenienti dalla psicomètria e dalla ricerca, in alcuni casi, di eccessiva oggettivazione.

L'International Rorschach Society (IRS), la Società Internazionale Rorschach, a cui fanno riferimento associazioni, istituti e scuole di gran parte del mondo, con orientamenti teorici differenti tra di loro, riconosce la pluralità dei sistemi di siglatura e codifica dei dati, ponendo come confini quelli legittimi del riconoscimento scientifico del modello teorico di riferimento. Non riteniamo di doverci soffermare ancora sul concetto di scientificità, ricordiamo, però, che nel caso specifico del Rorschach, naturalmente si fa riferimento ai costrutti teorici di un modello, alla storia di quel modello, alla letteratura specifica.

Il tentativo, soprattutto all'interno della psicologia giuridica, di applicare al Rorschach i criteri Daubert sulla prova scientifica, così come quelli enunciati dalla Corte Suprema statunitense nel caso Daubert nel 1993, in riferimento agli indici in base ai quali si doveva stabilire se un certo metodo costituiva o meno una conoscenza scientifica, non può essere accettato in quanto il concetto di scientificità ha avuto, come abbiamo visto precedentemente, critiche molto articolate e importanti ripensamenti. Peraltro, in quel caso la Corte Suprema USA non fece riferimento al Rorschach, ma fornì una indicazione generale rispetto la prova scientifica.

In questo caso, seguendo l'orientamento dell'*unico pensiero*, si tratterebbe di uniformare fra tutti i consulenti l'approccio e il metodo, ovvero annullando le varie specificità, storicamente valide, per attestarsi ad un sistema di siglatura

e interpretazione unico. E' bene chiarire, anche in questo caso, che il test è valido proprio perché anche attraverso diversi metodi di siglatura si può giungere ad un profilo di personalità e a una diagnosi condivisa, così come, ad esempio, diversi orientamenti teorici nell'ambito delle psicoterapie possono giungere a valutazioni cliniche sovrapponibili. Il Rorschach ha una lunga storia, costruita anche e soprattutto grazie a studiosi di diverse culture scientifiche che vi hanno trasmesso saperi diversi, da quello psicoanalitico, a quello fenomenologico, fino a quello cognitivo-comportamentale.

Dunque, anche a livello scientifico sarebbe impossibile incapsulare uno strumento come il Rorschach all'interno di un unico sistema. Ma ancora di più, quello stesso orientamento vorrebbe far credere, ai magistrati che non sono tenuti a conoscere nel merito uno strumento psicologico così complesso come il Rorschach, che in Italia un solo sistema di siglatura e codifica è ammesso e accolto per applicare il test all'interno delle perizie e delle consulenze, falsando una realtà “scientifica” radicata da oltre sessanta anni. Come abbiamo già detto, in Italia i sistemi utilizzati per la codifica delle risposte al Rorschach sono vari e, soprattutto, non vi è nessun riferimento ad una sorta di criteri Daubert per il Rorschach, nel senso che ciascun consulente, perito o ausiliario può scegliere quale sistema di siglatura può utilizzare, ovviamente facendo riferimento a quelli riconosciuti dalla comunità di appartenenza.

Sempre in riferimento al Rorschach e alla scientificità del metodo, molto interessante è la presa di posizione ufficiale della la Society for Personality Assessment che in un suo contributo (Journal of Perso-

nalità Assessment, 2005) sull'utilizzo del test in ambito forense lo definisce utile e valido come metodologia d'indagine della personalità. Il documento - una vera e propria presa di posizione - chiarisce che "Il Rorschach è uno strumento appropriato per uso clinico e forense". Continua il documento fornendo i principi su cui basarsi riguardo l'uso del test, nonché la sottolineatura della necessità di speciale competenza ed esperienza per l'utilizzazione del test all'interno delle perizie, auspicando nelle conclusioni ricerche sempre più approfondite e chiarendo, nel finale, che "Non siamo comunque d'accordo con l'ampio rifiuto o la riduzione di ogni particolare tecnica dove i dati scientifici non la garantiscano".

Quindi, prendono le distanze da quelle correnti di pensiero che demandano a tecniche e test psicologici solo se garantiti in modo assoluto ed esclusivo dai dati cosiddetti scientifici.

Per chiarire ancora meglio la questione, non si tratta di difendere un modello interpretativo piuttosto che un altro, si tratta, invece, di evitare a monte di incamminarsi su una strada cieca, senza uscita, ovvero cercando di chiarire come non sia possibile cercare di fondere la scientificità del metodo con il Rorschach. In altre parole, non è possibile confrontare modelli, di scuole diverse, ricercando la maggiore scientificità di uno sull'altro, è necessario invece rivisitare il concetto di scientificità, in questo caso applicato al Rorschach, in quanto se per scientifico intendiamo quanto finora asserito, allora tutti i modelli storici applicati al test sono scientifici.

Per concludere, parafrasando Jung attraverso paradossi e provocazioni "scientifiche", potremmo affer-

mare che *il Rorschach deve abolirsi come scientifico, e proprio abolendosi come scientifico raggiunge il suo fine scientifico.*

PARERE DELL'ESPERTO

I bambini allontanati.

Le verità non dette

di

Assunta Basentini
Psicologa Forense

E' di questi giorni l'ultima campagna di informazione dei media sui bambini e i ragazzi allontanati dalle famiglie e collocati presso strutture d'accoglienza. Se ne parla come di un fenomeno di sopraffazione istituzionale, in un paese, il nostro, che vanta, in materia di diritto di famiglia e minorile, un sistema di garanzie e di protezione, certamente discutibile e imperfetto ma comunque rigoroso e rispettoso dei legami familiari.

Sembrerebbe, dalle storie raccontate nel corso di importanti programmi televisivi, Presa Diretta e Chi l'ha visto, che, tra le emergenze da sanare e riformare, i Servizi sociali e i Tribunali per i Minorenni, detengano un alto indice di pericolosità sociale per gli interventi adottati.

Bisognerebbe, forse, analizzare, interpretare e riportare il disagio infantile e familiare, con una attenzione emotiva e giornalistica incontaminata da luoghi comuni e stereotipi sociali, per i quali, assistenti sociali, psicologi e giudici, nel ruolo del "lupo cattivo", intervengono con decisioni che aggiungono dolore al dolore.

La realtà che fa da sfondo alle storie di bambini e ragazzi allontanati dalla famiglia è molto di più di ciò che arriva all'informazione e alla

cronaca. E' spesso una realtà invisibile, portata a spalla come uno zaino colmo di assenze, di vuoti, di grave trascuratezza e disattenzione, di amore genitoriale malato, di ferite dell'anima e del corpo, magari nascoste da carezze finte e insicure, da atteggiamenti plateali e di rivendicazione, che non coincidono mai con un legame sufficientemente adeguato e significativo, a livello affettivo, per il bambino.

L' allontanamento di un minore dalla famiglia d'origine, la più problematica e patologica, non è mai un intervento improvviso, deciso sulla valutazione bizzarra e umorale dell'assistente sociale o dello psicologo di turno e disposto con un provvedimento dei giudici minorili.

La percezione del sistema di protezione dei bambini e dei ragazzi in difficoltà, che troppo spesso propongono i media, svisisce e offende la dignità degli stessi minori, restituendo l'immagine di una società malvagia e di una giustizia salomonica, capace di recidere il legame tra genitori e figli. Quando poi, a raccontare queste storie di dolore, è il famoso giornalista del programma televisivo molto seguito, che prova ad addolcire la notizia dell'allontanamento con un ambiguo sorriso e messaggio di circostanza tipo "ci saranno dei motivi per cui i giudici hanno deciso questo..." allora allo sgomento si aggiunge la rabbia, non tanto per il discredito sui giudici e gli operatori dei servizi quanto per la mancanza di attenzione emotiva verso i bambini, vittime anche del fuoco amico della stampa.

Il Cismai (Coordinamento Italiano Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia), ha presentato, il 29 gennaio, in diverse città italiane, il manifesto **#5buoneragioni per accoglierei**

bambini e i ragazzi che vanno protetti. L'obiettivo dell'iniziativa è quello di dare una giusta informazione rispetto ai percorsi di tutela ed in particolare agli interventi di protezione fuori della famiglia. Certe campagne di informazione non sono a favore dei diritti dei bambini, ma piuttosto sostengono il progetto politico di smantellare i Tribunali per I Minorenni., in una logica riformista in cui le politiche sociali, la tutela e la protezione delle fasce deboli, minori compresi, sono poca cosa rispetto ai conti e ai bilanci da mettere in ordine. I bambini e i ragazzi in difficoltà, per quella che è la mia esperienza, non bussano alla porta delle redazioni e degli studi televisivi per chiedere aiuto e raccontare il proprio dolore. I bambini sono più seri di noi adulti ma ringraziano comunque per l'attenzione.

DANNO E DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

di
Serena Benini
Psicologa Forense

Scoprire il legame tra il Disturbo Post-Traumatico da Stress e il concetto giuridico di danno si configura come un compito fortemente delicato, in quanto, molto spesso, l'evento traumatico e il fatto illecito coincidono. Per di più è assai importante, per chi si occupa di psicologia giuridica, conoscere ogni aspetto di questi due argomenti, visto l'aumento di casi di persone vittime di abusi, aggressioni, mobbing, incidenti e stalking. Sia la categoria nosografica del DPTS che il concetto giuridico di danno, e per questa tipologia di ca-

si ci riferiamo specificamente al danno biologico di natura psichica, sono in continua evoluzione e ricchi di sfumature, cosicché il compito del Consulente Tecnico di Ufficio diventa assai complesso. Il Disturbo Post-Traumatico da Stress si configura nel DSM-IV1 come un quadro psicopatologico conseguente ad un evento traumatico, il quale ha comportato una grave minaccia per la propria vita o di altri, senso di impotenza ed orrore. La sintomatologia che si sviluppa può essere raggruppata in sintomi intrusivi, di evitamento e di attivazione. Un aspetto che ha subito una forte evoluzione nel tempo è stato il criterio di evento stressante: infatti nel DSM-III2 si riteneva che questo doveva essere al di fuori del comune, ma in questa maniera si escludevano tutti quei soggetti che, pur presentando una chiara sintomatologia post-traumatica, non corrispondevano nella natura dell'evento. Studi successivi³ hanno dimostrato l'inesattezza di questo criterio di stressor, mettendo in evidenza l'importanza dei fattori soggettivi nella percezione dell'evento. Così, solo con la stesura del DSM-IV1 si riconosce il ruolo di questi ultimi e del significato che l'individuo assegna all'evento, tenendo conto della sua personalità e dei fattori ambientali precipitanti⁴.

Il danno psichico, invece, è una figura di danno ancora in corso di definizione e si differenzia dal danno fisico poiché non ha una manifestazione esteriore tangibile. La menomazione psichica consiste nella riduzione, durevole e obiettiva, di una o più funzioni della psiche della persona al punto di impedire al danneggiato di attendere del tutto, o in parte, alle sue occupazioni ordinarie di vita. Esso si manifesta in un'alterazione dell'integrità

psichica, ovvero una modificazione qualitativa delle componenti primarie psichiche, come le funzioni mentali primarie, l'affettività, il tono dell'umore, le pulsioni⁵. Esso va distinto dal danno morale, il turbamento psichico soggettivo e transeunte causato dall'illecito^{6,7} e il danno esistenziale, un cambiamento negativo dell'equilibrio psicologico e dello stile di vita nell'ambito dei rapporti sociali che condiziona la qualità della vita, la sua progettualità e le aspettative⁷. Il danno psichico può essere letto come "danno emozionale"⁸, ovvero, a differenza di quanto avviene per il danno somatico che è il risultato di una lesione che colpisce direttamente il corpo, l'evento all'origine del trauma esplica la sua azione lesiva in modo indiretto, tramite il sistema emozionale di colui che subisce l'evento. È un danno che la vittima non solo subisce, ma a cui attivamente contribuisce. Il sistema emozionale umano è un sistema molto complesso, filogeneticamente molto antico e presiede alla formazione di rappresentazioni ed equivalenti simbolici che nel loro insieme costituiscono il correlato mentale degli eventi emozionalmente rilevanti⁹. Il substrato neurale del sistema emozionale è del tutto specifico ed in gran parte noto. La risposta dell'organismo esposto ad eventi dotati di forte impatto traumatico tende ad essere uguale per tutti ed è nella maggioranza dei casi del tutto reversibile. In questi casi il contributo dei fenomeni biologici tende a scemare a favore di componenti prettamente soggettive. Si può così affermare che il danno psichico emerge dal danno biologico, cioè che normalmente precede da un evento stressante capace di produrre modificazioni biologiche a carico dell'organismo, ma lo ec-

cede largamente, nel senso che alla sua genesi e mantenimento concorrono in maniera rilevante componenti di natura psicologica e sociale⁹.

Questi aspetti rimandano ad una delle principali problematiche cui si deve rapportare il CTU: il nesso causale e la multifattorialità dei disturbi mentali. Infatti, proprio come già riportato, “il trauma si inserisce su un preesistente substrato psichico e c’è la concorrenza in varia e pressoché indeterminabile proporzione di influenze biologiche, psicologiche, familiari e ambientali”¹⁰.

Il problema del nesso causale tra un trauma e il danno psichico è stato a livello medico-legale risolto in due modi opposti. Il primo valorizza la “preesistenza” e ricorre al concetto di “causa occasionale” o “occasione”, che rappresenta il complesso delle circostanze che hanno favorito l’entrata in azione delle cause, in modo che essa compartecipi a promuovere il trauma¹¹. Il secondo modo di risoluzione, assai più attendibile, pur considerando il substrato preesistente, rifiuta il concetto di causa occasionale che frequentemente ha portato ad escludere il risarcimento¹². Ogni condizione, che contribuisce a determinare l’evento seppur in minima misura, assume ruolo causale ed è definibile come concausa. Ogni evento traumatico è potenzialmente idoneo ad innescare dinamiche intrapsichiche atte a dare corpo ad un quadro psicopatologico^{13,10}.

Altre difficoltà che il CTU deve fronteggiare sono la difficoltà di una precisa quantificazione del danno psichico data dall’assenza di tabelle e esperienza sufficientemente consolidate, ed il rischio di simulazione. Per quanto riguarda quest’ultima, nei contesti giuridi-

camente rilevanti, la falsificazione intenzionale deve essere considerata come una delle più probabili ipotesi esplicative dei disturbi riferiti. Nel tempo si è cercato di individuare degli escamotage per smascherare i simulatori. Ad esempio, i test proiettivi hanno avuto in passato molto successo, perché si riteneva che grazie al meccanismo della proiezione era possibile rilevare gli aspetti nascosti della personalità. Altri approcci, che utilizzano la fMRI, cercano di isolare i correlati neurobiologici dei comportamenti di menzogna, esplorando il qualche modo la “verità neurale”¹⁴. Un’ultima strada, invece, utilizza normali strumenti di indagine psicometrica self-report-based, ma corredati di una quantità di strumenti di controllo della credibilità chiamati “indicatori di validità”, come accade nell’MMPI-2.

Per il futuro, oltre all’affinamento dei già comunemente utilizzati strumenti psicodiagnostici, è auspicabile un maggiore contributo scientifico della neuropsicologia, infatti, tutto il quadro del DPTS può essere letto in chiave neuropsicologica facendo riferimento alle anomalie nei meccanismi di fissazione della memoria quando l’oggetto è l’evento traumatico. Il ricordo dell’evento e le risposte cognitive, emotive e fisiologiche ad esso, vengo vissuti come se l’evento continuasse ad accadere attraverso flashback, incubi, ricordi che a loro volta possono diventare fonte di ansia, tale da indurre condotte di evitamento. È come se il soggetto fosse rimasto bloccato al momento dell’evento in termini sia neuropsicologici che clinici: gli stessi sintomi che sono presenti in qualsiasi situazione di pericolo, permangono nel soggetto che ha sviluppato il DPTS indipendente-

mente dal tempo trascorso dall’evento.

In questi pazienti la memoria dichiarativa sembra essere deficitaria, manifestando enormi difficoltà di verbalizzazione relativamente al trauma. Appare, invece, particolarmente attiva la componente implicita della memoria: infatti la reazione emotiva al trauma viene codificata da strutture sottocorticali che sfuggono all’inibizione corticale. La memoria non dichiarativa è correlata così ad apprendimenti motori ed emotivi automatici e non necessita di un richiamo cosciente per essere espressa.

In contrasto con la sensazione di non riuscire a togliersi dalla mente l’evento, i pazienti con PTSD spesso riferiscono soggettivi deficit mnesici. Da qui, l’importanza dell’attenta valutazione dei meccanismi della memoria mediante test neuropsicologici standardizzati.

Questi meccanismi deficitari possono, inoltre, essere indagati attraverso tecniche di brain imaging, le quali augurabilmente potrebbero divenire un ulteriore supporto all’indagine clinica e giuridica. Infatti, l’evento traumatico correlato al PTSD può indurre modificazioni funzionali, neurotrasmettitoriali e neuroanatomiche. I vari studi hanno evidenziato, in generale, una preponderanza dell’attivazione dell’emisfero destro, coinvolto negli stati d’ansia e negli stati emozionali avversi, l’attivazione dell’amigdala, la struttura preposta all’acquisizione delle memorie traumatiche, una ridotta attivazione dell’area di Broca, essenziale nell’elaborazione linguistica delle informazioni da memorizzare ed, infine, un aumentato flusso ematico a livello della corteccia visiva secondaria, alla base dei fenomeni di “re-experiencing” propri del disturbo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION "Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed", 1994.
- 2 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION "Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd ed", 1980.
- 3 BRESLAU U N, DAVIS G, ANDRESKI P "Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults" Archives of General Psychiatry, 1991; 48:216-222.
- 4 URSANO R J "Post-traumatic Stress Disorder: the stress criterion" The Journal of Nervous and Mental Disease, 1987; 175:430-450.
- 5 CAPRI P "La valutazione del danno psichico" Convegno Nazionale Lega Italiana dei Diritti dell'Uomo, Roma 16 maggio 2005.
- 6 DOMINICI R "Il danno psichico ed esistenziale" Milano, Giuffrè editore, 2006.
- 7 TOPPETTI F "Il danno psichico" Maggioli Editore, Dogana RSM, 2005.
- 8 D'AMICO P "Il danno da emozioni" Milano, 1992
- 9 MAGLIONA B, BIANCHI A, VOLTERRA V "Sulla materia del danno psichico" Responsabilità civile e previdenza, AIAF 2/2009, Giuffrè Editore, 11, pp 2394-2406.
- 10 CASTIGLIONI R "Danno psichico: diagnosi, nesso causale, transitorietà e permanenza, quantificazione", 2004.
- 11 ZANGANI L, PALMIERI V M "Medicina legale e delle assicurazioni" Ed Morano, Napoli, 1990.
- 12 PONTI G "Danno psichico e attuale percezione psichiatrica del disturbo mentale", Rivista Italiana

di Medicina Legale, XIV, N3, 1992.

13 CASTIGLIONI R "Eventi traumatici modesti e sequele psichiche: il problema del nesso di causalità materiale" in Dir. Ec. Ass. 441, 1992.

14 BIANCHI A, GULOTTA G, SARTORI G "Manuale di neuroscienze forensi" Milano, 2009.

DOLO, COLPA E PRETERINTENZIONE: GLI ELEMENTI PSICOLOGICI DEL REATO

di

Stefania Concetta Maria Di Gregorio
Psicologa Forense

PREMESSA

Dolo, colpa e preterintenzione sono gli elementi psicologici del reato, che equivale a dire elementi soggettivi del reato; esprimono il legame di tipo psicologico tra il soggetto e il fatto che ha realizzato.

Il nostro ordinamento si occupa di dolo, colpa e preterintenzione negli art.42 e 43 del codice penale:

- Articolo 42 codice penale:

Responsabilità per dolo o per colpa o per delitto preterintenzionale. Responsabilità obiettiva.
Nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà. Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo, salvi i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente

preveduti dalla legge. La legge determina i casi nei quali l'evento è posto a carico dell'agente, come conseguenza della sua azione od omissione. Nelle contravvenzioni ciascuno risponde della propria azione od omissione cosciente e volontaria sia essa dolosa o colposa.

- Articolo 43 codice penale:

Elemento psicologico del reato. *Il delitto: è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione; è preterintenzionale, o oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente; è colposo, o contro l'intenzione quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. La distinzione tra reato doloso e reato colposo, stabilita da questo articolo per i delitti, si applica altresì alle contravvenzioni, ogni qualvolta per queste la legge penale faccia dipendere da tale distinzione un qualsiasi effetto giuridico.*

IL DOLO

“Il delitto è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione” (art 43 c.p).

Il dolo è la forma fondamentale, generale ed originaria di colpevolezza. Esso rappresenta il normale criterio dell'imputazione soggettiva.

Secondo l'impostazione tradizionale si distinguono due componenti psicologiche del dolo: **rappresentazione e volontà**.

La rappresentazione o previsione è una fase necessariamente intellettuale nella quale l'agente si deve configurare correttamente tutti gli elementi di fatto dell'azione che vuole compiere.

L'elemento volitivo è costituito dalla volontà consapevole di realizzare il fatto tipico. Non è infatti sufficiente la previsione dell'evento occorrendo anche la volontà del soggetto diretta a realizzarlo. Se manca tale volontà di commettere il reato, di produrre l'evento, il dolo non sarà integrato.

Si distinguono diverse forme di dolo:

In base al **contenuto** del dolo abbiamo il DOLO GENERICO che è la forma di dolo tipico e si ha quando il soggetto vuole realizzare la condotta tipica incriminata dalla norma (ad esempio l'omicidio); il DOLO SPECIFICO dove la finalità che il soggetto persegue non è irrilevante ai fini della realizzazione del reato, ma è decisiva, è uno degli elementi costitutivi del fatto tipico (ad esempio il sequestro di persona allo scopo di conseguire un profitto economico).

In base all'**intensità** della volizione del dolo abbiamo il DOLO INTENZIONALE che è una forma di dolo particolarmente intensa nella quale il soggetto non soltanto si rappresenta e vuole il fatto tipico del reato, ma la realizzazione di questo fatto costituisce proprio l'obiettivo della sua azione (Tizio spara a Caio perché vuole ucciderlo); il DOLO DIRETTO che si configura quando l'evento, che poi si verifica, non costituisce l'obiettivo della condotta, ma l'agente l'ha previsto e l'ha accettato come risultato certo o altamente probabile della sua condotta (un classico esempio è quello di chi per ottenere il premio assicurativo faccia esplodere la propria abitazione, pur sapendo che c'è un'altissima probabilità che possa morire qualche vicino); il DOLO EVENTUALE si ha quando l'agente, ponendo in essere una condotta diretta ad altri scopi, si rappresenta la concreta possibilità del verificarsi di ulteriori conseguenze della propria azione e, nonostante ciò, agisce accettando il rischio di cagionarle (ad esempio chi infastidito dai rumori dei bambini che giocano in cortile, decide di lanciare un oggetto dalla finestra per farli smettere. Il fine perseguito dall'agente è quello d'ottenere la cessazione dei rumori, ma sa che lanciando l'oggetto dalla finestra potrebbe ferire qualcuno, anche se questa ipotesi non deve avere probabilità pressoché certa, come invece accade nel dolo diretto). Secondo la dottrina il dolo è un elemento difficile da sondare, poiché è impossibile “entrare nella mente del reo”. Di conseguenza, pur essendo un elemento descrittivo di tipo soggettivo, necessita di essere verificato alla stregua di parametri oggettivi, e quindi secondo massime di esperienza che lasciano

intendere che determinati comportamenti, atteggiamenti e situazioni non possono essere correlate se non alla volontà di causare l'evento lesivo o pericoloso.

L'indagine del giudice deve tener conto di tutte le circostanze che possono assumere un valore preciso ai fini dell'esistenza della volontà colpevole. Così, secondo l'insegnamento della giurisprudenza, la prova dell'esistenza del dolo può essere desunta da tutte le modalità estrinseche della condotta, dallo scopo perseguito dall'agente, nonché dal comportamento tenuto dal colpevole successivamente alla commissione del fatto. Nella valutazione di tutte le circostanze potenzialmente significative, soccorrerà il ricorso quindi ad apposite regole di esperienza, la conformità alle quali è sufficiente a far ritenere dimostrato il fatto psicologico da provare.

LA COLPA

“Il delitto è colposo, o contro l'intenzione quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline” (art 43 c.p).

La colpa, considerata una forma meno grave di colpevolezza rispetto al dolo, rappresenta comunque un atteggiamento antidoveroso della volontà e quindi riprovevole. Previsione e volizione sono i due pilastri su cui si fonda il dolo; la previsione può esserci anche nella colpa, ma la volizione no. I fatti colposi per definizione sono non voluti.

Il soggetto cioè aveva il dovere e il potere di comportarsi con cautela ed attenzione mentre ha agito con leggerezza, senza cioè adottare quelle misure e quelle precauzioni

che avrebbero impedito il verificarsi dell'evento. Ora, visto che gli interessi protetti possono essere pregiudicati non solo dalla volontà di lederli, ma anche da un comportamento incauto che esprime scarsa considerazione degli stessi, l'agente è meritevole di sanzione punitiva.

Il reato colposo non si differenzia da quello doloso rispetto unicamente all'elemento soggettivo, ma è un reato che presenta caratteristiche strutturali proprie che emergono già sul piano dell'elemento oggettivo (condotta, evento e nesso di causalità) cioè della tipicità per riflettersi poi sul piano della colpevolezza.

Sono tre gli elementi che caratterizzano la colpa, ovvero la mancanza della volontà del fatto materiale tipico; l'inosservanza per negligenze, imprudenze e imperizia delle regole di condotta dirette a prevenire danni a beni giuridicamente protetti; l'attribuibilità di tale inosservanza al soggetto agente, dovendo avere egli la capacità di adeguarsi a tali regole e potendosi, pertanto, pretendere da lui l'osservanza delle stesse.

La regola cautelare può avere diversi contenuti: a volte può imporre di desistere dall'azione che presenta un rischio troppo elevato (per esempio chi è stanco deve astenersi dal porsi alla guida di un'automobile), altre volte impone di compiere l'azione solo adottando determinate cautele.

Per quanto riguarda le fonti delle regole cautelari, queste possono avere una fonte sociale o giuridica. Le prime derivano da massime di esperienza attraverso un giudizio prognostico sulla pericolosità delle attività e sui mezzi necessari per evitare i danni. La loro violazione dà luogo ad imprudenza, negligenza o imperizia cioè a colpa generi-

ca.

Alle regole cautelari aventi fonti giuridiche si riferisce l'art. 43 c.p. quando parla di inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline, e in questo caso di parla di colpa specifica.

Nella prassi giudiziaria costituiscono ipotesi tipiche di reato colposo non solo comportamenti coscienti e volontari, ma anche comportamenti privi di coscienza e volontà quali coefficienti psicologici reali, ovvero atti riflessi, automatici, istintivi, abituali.

Assumono quindi importanza i concetti di coscienza e volontà, che come espresso anche dall'articolo 42 del c.p. rappresentano i criteri obiettivi per l'imputazione.

Nei reati colposi, l'azione si considera cosciente e volontaria se era dominabile dal volere: è tale allora l'atto che poteva essere impedito attraverso l'attivazione dei poteri di arresto, impulso o inibizione. All'agente, cui si imputa il fatto, si rimprovera, dunque, di non aver attivato quei poteri di controllo che doveva e poteva attivare per scongiurare l'evento lesivo.

Per integrare la fattispecie del reato colposo, è necessaria una doppia misura della colpa: non solo che sia posta in essere una condotta oggettivamente contraria alle regole di diligenza previste (misura oggettiva della colpa), ma è anche necessario che tale condotta sia attribuibile dal punto di vista psicologico all'agente, sotto forma di un'omissione da parte sua dell'esercizio dei poteri di controllo sul decorso causale del fatto (misura soggettiva della colpa).

Per quanto riguarda la classificazione della colpa, oltre alla distinzione della colpa generica e della colpa specifica che si differenziano in base alla tipologia di regola cau-

telare violata dal soggetto, abbiamo anche la COLPA INCOSCIENTE quando il soggetto realizza un fatto senza neanche rappresentarsi quell'evento come possibile conseguenza della sua azione od omissione; la COLPA COSCIENTE quando il soggetto agisce rappresentandosi la possibilità che si verifichi un evento lesivo a seguito della sua condotta, però non lo vuole altrimenti sarebbe dolo.

LA PRETERINTENZIONE

“Il delitto è preterintenzionale, o oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente” (art 43 c.p).

La terza forma di elemento psicologico del reato è la preterintenzione, che si verifica nel caso in cui dall'azione o dall'omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente.

Nel codice penale in vigore è formalmente tipizzato un solo tipo di delitto preterintenzionale, ovvero l'omicidio preterintenzionale a cui poi si è aggiunta la fattispecie dell'aborto preterintenzionale.

Gli elementi strutturali del delitto preterintenzionale sono costituiti: dalla volontà dell'evento minore (percosse o lesioni); dalla non volontà dell'evento più grave (morte); dal nesso di causalità tra l'azione diretta a cagionare il primo evento e quello più grave in concreto verificatosi.

Con riferimento al risultato offensivo minore ed in relazione all'omicidio preterintenzionale, si è discusso in dottrina se il coefficiente psicologico richiesto dalla norma sia quello del dolo diretto o se sia sufficiente il dolo eventuale.

La tesi più accreditata è quella che

esclude la sufficienza del dolo eventuale del reato minore ad integrare il presupposto psicologico richiesto per l'attribuzione, a titolo di preterintenzione, dell'omicidio.

Per altro verso, si è osservato, che, hai fini dell'integrazione della fattispecie dell'omicidio preterintenzionale, gli atti diretti a percuotere o ledere non debbono aver effettivamente prodotto il risultato offensivo minore potendosi essere fermati alla soglia del tentativo punibile o, secondo altra tesi, non essendo neppure necessario tale livello minimo, tali atti potrebbero consistere anche soltanto in un atteggiamento aggressivo ed intimidatorio non integrante il tentativo punibile.

Con riferimento al delitto preterintenzionale, il profilo più problematico è quello dell'individuazione del criterio d'attribuzione della responsabilità per il risultato offensivo maggiore sotto il profilo psicologico.

Queste le tesi che si sono contese il campo:

- Per una prima impostazione, il risultato offensivo maggiore sarebbe posto a carico dell'agente sul mero piano della causalità materiale, senza alcuna indagine in ordine al coefficiente psicologico effettivo (salvo indagare se sussista un'accettazione del rischio dell'evento lesivo maggiore con la conseguente imputazione a titolo di dolo eventuale per il fatto di reato più grave).
- Per una seconda impostazione, il criterio d'attribuzione della responsabilità sotto il profilo psicologico per l'evento offensivo maggiore, sarebbe quello della

colpa ma la colpa sarebbe presunta ed insita nella violazione della norma penale. In tale chiave, il delitto preterintenzionale finirebbe per rientrare tra quelle fattispecie che la dottrina individua come forme di responsabilità oggettiva occulta nel senso che, con riferimento ad esse, non viene effettuata alcuna indagine in ordine al coefficiente psicologico effettivo dell'autore.

- Per una terza impostazione, la preterintenzione sarebbe una forma di responsabilità soggettiva sui generis, il che si desumerebbe, peraltro, proprio dalla collocazione separata nell'ambito dell'art. 43 c.p. Tale forma d'attribuzione psicologica del fatto sarebbe caratterizzata dal dolo con riferimento al fatto di reato minore e dalla colpa con riferimento al fatto di reato più grave.
- Per una quarta impostazione, rientrerebbero nell'alveo dei delitti preterintenzionali anche i cosiddetti reati aggravati dall'evento, ovvero quei reati caratterizzati dal fatto che sussiste un evento ulteriore che determina l'aggravamento della sanzione penale.

LA COLPA PROFESSIONALE

In tema di dolo, colpa e preterintenzione risultato interessante a questo punto parlare di una forma particolare di colpa, vale a dire la colpa professionale.

Per quanto riguarda la colpa professionale, si è molto discusso se il comportamento del professionista

nell'esercizio della sua professione debba essere valutato secondo le regole generali, nel senso che lo stesso può essere chiamato a rispondere di qualunque negligenza, imprudenza etc., oppure se anche in sede penale possa trovare applicazione l'articolo 2236 del codice civile che afferma: "*Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave*", con la conseguente esclusione di responsabilità per i fatti commessi con colpa lieve o media.

In passato la giurisprudenza riteneva applicabile la norma in questione sul presupposto che le attività professionali richiedono la soluzione di problemi di notevole difficoltà tecnica per cui devono essere valutate con una certa elasticità ai fini della configurabilità di un comportamento colposo.

Tale orientamento, oltre ad essere criticato in dottrina, diede luogo anche ad una eccezione di incostituzionalità per la disparità di trattamento che introduceva tra i cittadini. La dottrina più moderna ritiene sia preferibile far riferimento al concetto di colpa speciale relativamente a quelle attività giuridicamente autorizzate perché socialmente utili anche se rischiose (es. attività medica, stradale, sportiva etc.).

Per queste attività ai fini della sussistenza della colpa non è possibile utilizzare i criteri della prevedibilità ed evitabilità poiché in tal modo si finirebbe per imputare al soggetto ogni conseguenza dannosa prevedibile e prevenibile astenendosi dall'attività. In tali casi occorre, invece, far riferimento alle *leges artis*, scritte (ex. normativa stradale, antinfortunistica) o non scritte (ex. regole dell'arte medica) fissate dal-

la miglior scienza ed esperienza del settore la cui finalità è quella di contenere il rischio connesso a tali attività. Pertanto, la colpa sussiste solo in caso di danni prevedibili ma prevenibili attraverso l'inosservanza delle *leges artis*.

LA CRIMINALITA' STRADALE: REATO COLPOSO O REATO DOLOSO?

Un'altra forma particolare di colpa è quella relativa alla criminalità connessa alla circolazione stradale nell'ambito dell'ordinamento giuridico italiano.

Un omicidio a seguito di sinistro stradale distrugge un bene fondamentale come quello della vita umana, tutelato dalla norma costituzionale non solo come diritto fondamentale dell'individuo bensì come interesse della collettività (art.32 della Carta Fondamentale). Il bene, preziosissimo, oggetto di tutela ne è distrutto e l'atteggiamento psicologico dell'agente solitamente è connotato da censure di negligenza, imprudenza, imperizia e inosservanza di leggi e regolamenti, che hanno cagionato un fatto doverosamente prevedibile ed evitabile, ma in taluni casi trascende la mera colpa, pur cosciente, cioè con previsione dell'evento (art.61 c.3 c.p.) e attinge a elementi di volitività eventuale rientranti nella struttura del dolo eventuale.

Invero, nell'ultimo decennio si è amplificata la sensibilità dell'opinione pubblica su questo tragico problema, tuttavia il cittadino medio, finché non sarà metabolizzata in modo radicato e definitivo una nuova cultura della vita e della sicurezza stradale, tende ad identificarsi, poiché utente della strada, con il contravventore stradale e pertanto non intende criminalizzare le condotte di

quest'ultimo poiché non intende criminalizzare se stesso.

Un approccio corretto del fenomeno, quindi, non può prescindere da una precisa qualificazione giuridica del fatto, che attribuisca l'adeguata rilevanza penale a comportamenti di gravità assoluta, connotati da una coscienza e una volitività eventuale dell'evento.

BIBLIOGRAFIA

Becker H.S., *Outsiders*, Free Press, New York, 1963.

Canestrari S., *Dolo eventuale e colpa cosciente. Ai confini tra dolo e colpa nella struttura delle tipologie delittuose*. Giuffrè Editore, 1999.

Canestrari S., *La definizione legale di dolo: il problema del dolus eventualis*, in Riv. it. dir. e proc. pen. 2001, 03, 906.

Correra M.M., *La criminalità colposa inerente al traffico stradale*, in *Rivista di Polizia*, 1979

Donini M., *Illecito e colpevolezza nell'imputazione del reato*, Milano, Giuffrè, 1991.

Eusebi L., *Il dolo come volontà*, Brescia, Morcelliana, 1993.

Eusebi L., *La prevenzione dell'evento non voluto. Elementi per una rivisitazione dogmatica dell'illecito colposo e del dolo eventuale*, in *Studi in onore di Mario Romano*, vol. II, Napoli, Jovene, 2011, 963 – 1003.

Fiandaca G., Musco E., *Diritto Penale Parte Generale*, Zanichelli Editore, Quarta Edizione, 2005.

Prosdocimi S., *Dolus eventualis. Il dolo eventuale nella struttura delle fattispecie penali*, Milano, Giuffrè, 1993.

Prosdocimi S., *Reato doloso*, in *Dig. disc. pen.*, Vol. XI, Torino, Utet, 1996.

Mantovani F., *Diritto Penale, Parte Generale*, CEDAM, 2013.

Marseglia G., Viola L., *La respon-*

sabilità penale e civile del medico, Halley Editrice, 2007.

Messina S.D., Spinnato G., *Diritto penale. Manuale breve*. Giuffrè Editore, 2014.

Ponti G.L., *Compendio di Criminologia*, Ed. Cortina, Milano, 1980, pp. 47–48.

Viola L., *La responsabilità civile ed il danno*, Halley Editrice, 2007.

VIOLENZA OSTETRICA: ASPETTI NORMATIVI, MODALITA' DI ASSISTENZA PERINATALE, IPOTESI DI DANNO

di

Carmen Rizzelli

*Psicologa Forense,
Socia Fondatrice Ass. Freedom For
Birth - Rome Action Group*

Il dibattito sul fenomeno della violenza ostetrica è recente ma già acceso sia a livello nazionale che internazionale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel suo recente "*Statement on prevention and elimination of disrespect and abuse during facilities based childbirth*"¹ (Dichiarazione su "La prevenzione e l'eliminazione della mancanza di rispetto e dei maltrattamenti durante il travaglio e il parto nelle strutture sanitarie"²), ha

¹ WHO "*Statement on prevention and elimination of disrespect and abuse during facilities based childbirth*", 2014.

² "Statement OMS contro abuso e mancanza di rispetto nel parto" Traduzione non ufficiale in italiano a cura di Freedom For Birth Rome Action Group, freedomforbirthromeaction-group.blogspot.it, 2014

denunciato la diffusione in tutto il mondo di pratiche assistenziali non rispettose e abusanti in sala parto, sottolineandone i rischi e gli effetti negativi sulla salute delle donne e dei loro figli e figlie e ha chiamato all'azione diversi soggetti, tra cui Governi e Parlamenti, affinché il fenomeno della violenza ostetrica venga riconosciuto, studiato, combattuto ed eliminato. Nel documento vengono descritte le principali forme e modalità maltrattanti tra cui: abusi fisici, gravi umiliazioni, aggressioni verbali, imposizione coatta di trattamenti o procedure mediche e/o mancanza di consenso pienamente informato da parte delle donne, rispetto a tali atti, rifiuto di somministrare farmaci antidolorifici qualora la donna ne faccia richiesta, gravi violazioni della privacy. I maltrattamenti e le mancanze di rispetto descritte, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità mettono a rischio la salute delle donne e della persona che nasce e ledono diritti fondamentali della donna stessa. Già nel 1985, nel suo documento "Appropriate technology for birth"³, l'OMS sostiene che la gravidanza non è una patologia e raccomanda un'assistenza alla nascita rispettosa e di approccio olistico che tuteli gli aspetti psicoaffettivi dell'esperienza del parto.

Un'assistenza perinatale direttiva, non centrata sulla persona e sulla sua soggettività e cultura ma esclusivamente su aspetti biomedici/organici, che non informa in modo esaustivo e scientificamente corretto, che impone alla donna

modalità e luoghi del parto e che mette in atto sul suo corpo pratiche mediche non necessarie e non acconsentite, mette a repentaglio la salute della donna, ad esempio per i rischi iatrogeni⁴, e ne lede la dignità, l'integrità psicofisica, la libertà di scelta. Una modalità di assistenza alla nascita siffatta comporta di fatto gravi violazioni di diritti fondamentali della donna, costituzionalmente garantiti anche nel nostro paese, presentando tutti "i crismi della violenza"⁵: da un lato perché "la donna è di fatto privata della propria libertà personale, soggetta a trattamenti fisici non richiesti e depauperata del proprio diritto di autodeterminarsi nella più intima e personale delle situazioni, quale è la nascita di un figlio, e dall'altro per le possibili conseguenze dannose "di natura fisica, sessuale, psicologica o economica (...)"⁶, equiparabili agli effetti avversi di altre forme di violenza contro le donne. A livello mondiale solo tre Stati hanno codificato la violenza ostetrica e l'hanno recepita nel loro ordinamento normativo, all'interno di leggi contro la violenza sulle donne: il Venezuela nel 2007⁷, l'Argentina nel 2009⁸ e il

⁴ WHO (1985). Appropriate technology for birth. The Lancet ii pag 436 - 437. Riviste nel 1992: Chalmers, B. Appropriate Technology For Birth Revisited. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 99 pag. 709 - 710.

⁵ Serena Romano, "Libere di scegliere come e dove partorire": Donne, autoterminazione e diritti di maternità: il caso di Ternovszky contro l'Ungheria, 2013

⁶ "Convenzione Europea sulla Prevenzione e la Lotta contro la Violenza nei confronti delle Donne e la Violenza Domestica" 2011.

⁷ "Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia" www.adital.com.br

Messico nel 2014⁹. In particolare in Venezuela, il 16 marzo 2007, l'Assemblea Nazionale ha approvato all'unanimità la legge quadro sul Diritto delle donne a vivere una vita libera dalla violenza, che identifica 19 forme di violenza contro le donne: psicologica, fisica, domestica, sessuale, lavorativa, patrimoniale ed economica, ostetrica¹⁰,

⁸ In Argentina, la Legge 26.485 del 1° aprile 2009 "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales" (Legge di protezione integrale per prevenire, sanzionare ed eliminare la violenza contro le donne negli ambiti in cui si svolgono le sue relazioni interpersonali), all'articolo 6, definisce sei forme di violenza: violenza domestica, violenza istituzionale, violenza in ambito lavorativo, violenza contro la libertà riproduttiva, violenza mediatica e violenza ostetrica. "Leggi Venezuela, Argentina e Messico su violenza ostetrica", Freedomforbirthreaction-group.blogspot.it, 2014

⁹ In Messico, il 30 aprile del 2014 il Senato ha apportato modifiche ed integrazioni alle proprie leggi nazionali sulla violenza contro le donne, introducendo l'ipotesi della violenza ostetrica. In particolare, l'articolo 6 della Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia, la violenza ostetrica è definita "ogni azione o omissione da parte del personale medico e sanitario che danneggi, ferisca, denigri o causi la morte della donna, durante la gravidanza, il parto o il puerperio". "Leggi Venezuela, Argentina e Messico su violenza ostetrica", Freedomforbirthreaction-group.blogspot.it, 2014

¹⁰ Al punto 13 dell'articolo 15, si specifica che "Si intende per violenza ostetrica l'appropriazione del copro e dei processi riproduttivi delle donne da parte del personale medico, che si traduce in un trattamento disumano, in un eccesso di medicalizzazione e patologizzazione dei processi naturali, comportando la perdita di autonomia e di capacità di decidere liberamente sul proprio corpo e sulla propria sessualità, impattando negativamente sulla qualità di vita delle donne".

³ WHO (1985). Appropriate technology for birth. The Lancet ii pag 436 - 437. Riviste nel 1992: Chalmers, B. Appropriate Technology For Birth Revisited. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 99 pag. 709 - 710.

istituzionale, simbolica; inoltre la sterilizzazione forzata, il traffico e la tratta, le molestie, lo stupro, la prostituzione forzata, la schiavitù sessuale. Nello stesso provvedimento, all'articolo 51, sono esemplificati atti e comportamenti considerati violenza ostetrica: l'attenzione intempestiva e inefficace nelle emergenze ostetriche; forzare la donna a partorire in posizione supina, con le gambe sollevate; impedire il contatto/attacco iniziale del bambino con sua madre senza una causa medica impedendo così l'attaccamento precoce e allattamento al seno immediatamente dopo la nascita; modificare il naturale processo di nascita a basso rischio, utilizzando tecniche di accelerazione, senza ottenere prima il consenso volontario, esplicito e informato della donna; l'esecuzione di taglio cesareo quando il parto vaginale è possibile, senza ottenere il consenso volontario, esplicito e informato da parte della donna. Sulla base del testo della Legge Venezuelana, è possibile definire la violenza ostetrica come l'appropriazione dei processi riproduttivi del corpo delle donne da parte del personale sanitario che si esplica attraverso la messa in atto, da parte del personale sanitario stesso, di un'assistenza inefficace e di interventi medici non necessari e non acconsentiti dalla donna, durante il travaglio e il parto. Queste condotte sono considerate, nelle leggi su menzionate, un reato, multato con una sanzione pecuniaria e con l'avvio di un procedimento disciplinare a carico del sanitario che le agisce.

E in Italia? C'è scarsa conoscenza e consapevolezza sul tema a livello sociale e individuale: parlare di

violenza ostetrica è un tabù, se non proibito, non è comunque pienamente consentito dal punto vista socio-culturale. E non vi è un riconoscimento giuridico-istituzionale di questo fenomeno. Tuttavia l'Italia, seppure non vincolata, è comunque chiamata a tenere conto, come gli altri Paesi dell'Unione Europea, della sentenza *Ternovsky vs Ungheria* del 2010, con cui la Corte Europea dei Diritti Umani ha dichiarato che la scelta circa le modalità e i luoghi del parto è prerogativa della donna e costituisce un suo diritto umano fondamentale, di cui lo Stato deve farsi garante mediante i più opportuni interventi normativi e assistenziali. Inoltre in assenza di una disciplina di settore, l'applicazione dei principi costituzionali alla base del nostro ordinamento (art. 2 diritto all'autodeterminazione; art. 13 diritto alla libertà personale; art. 32 diritto alla salute), e di alcune lodevoli leggi regionali, quali la LR del Lazio n. 84 del 3 giugno 1985, "Indirizzi per la riorganizzazione dei presidi sanitari al fine di tutelare la dimensione psico-affettiva del parto", potrebbe contribuire a colmare il vuoto normativo, in attesa di un riconoscimento giuridico della violenza ostetrica come lesiva, illecita e dannosa per la persona che nasce e per la madre e, quindi, punibile sotto forma di risarcimento di un danno alla persona non patrimoniale (morale, da pregiudizio esistenziale, psicologico). La questione è urgente considerando che, negli ultimi decenni, nonostante la gravidanza esprima una condizione fisiologica, nel nostro paese, così come nella maggior parte dei paesi ad alta tecnologia, si è assistito a un utilizzo sempre maggiore di pratiche mediche nel percorso nascita, che raggiunge percentuali molto superiori

alle raccomandazioni basate su prove di efficacia, pubblicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, già nel 1985 e riviste nel 1992 e non in linea con LG nazionali. C'è un gap ormai riconosciuto nell'assistenza materna fra prove di efficacia e pratica clinica. Per fare solo alcuni esempi: il tasso di tagli cesarei raggiunge una percentuale media nazionale del 36,3%, con punte del 60% in regioni come la Campania, quando il tasso atteso è intorno al 10-15% secondo l'OMS; riguardo all'episiotomia, nelle regioni italiane del Nord la percentuale è risultata del 60.4%, nelle regioni del Centro del 66.1% e in quelle del Sud del 79% quando l'OMS raccomanda di non superare un tasso di circa il 7%; vi è un uso routinario della posizione supina e nella maggior parte degli ospedali ancora oggi madre e figlio/a vengono separati alla nascita. Le percentuali su riportate sono considerate dai ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità indizi di un abuso di interventi medici non necessari, perché evidentemente praticati in modo routinario, eccessivo, indiscriminato e inutile. Nella medesima direzione, la medicina basata su evidenze scientifiche mette il luce che l'uso inappropriato (in relazione ad efficacia, efficienza e adeguatezza), di pratiche mediche, con provata efficacia in condizioni cliniche ("il cesareo è un meraviglioso salvavita" se necessario), non solo è inutile ma anche dannoso, in quanto si associa a esiti perinatali peggiori per la salute di donne e bambini, in termini di benessere fisico e psicologico-emotivo: la medicalizzazione eccessiva è "dannosa (...) per l'esplosione dell'inappropriatezza e l'aumento dei costi, molti dei quali a carico della donna, (...) per i potenziali e

"Leggi Venezuela, Argentina e Messico su violenza ostetrica", Freedomforbirthreactiongroup.blogspot.it, 2014

concreti rischi iatrogeni, per il portato di inibizione delle competenze”. Studi scientifici sostengono infatti che l’assistenza perinatale diretta (rapporto di potere impari tra i due soggetti in relazione, in cui uno dei due protagonisti è più “potente” dell’altra, ha più diritto di prendere decisioni ed è ritenuto in grado di gestire la situazione), di stampo biomedico/organicista, che non considera altri determinanti della salute, che svalorza le competenze della donna, che la pone sotto tutela, in una posizione subalterna e passiva; con scarsa attività informativa, di counselling e supporto e che ricorre all’ipermedicalizzazione spesso non informata e non acconsentita (interventi medici sul corpo della donna anche senza consenso come ad esempio l’obbligo alla posizione supina al parto; il divieto immotivato di mangiare e di bere durante il travaglio; l’episiotomia di routine, la rottura del sacco amniotico e la manovra di Kristeller. Spesso quest’ultima neppure indicata nelle Sdo e nei Cedap), innesca nella donna, a livello psicologico, un processo di dis-empowerment. Il risultato è l’interiorizzazione della svalutazione operata dall’altro e l’identificazione con un ruolo passivo, bisognoso e dipendente, con vissuti di sconforto, ansia e paura. Il senso di sfiducia in sé e nelle proprie capacità potenziali e l’impotenza appresa possono esitare nell’inibizione o nella difficoltà di esprimere le proprie risorse e competenze da parte della donna. Secondo gli esperti è un “drammatico approccio perché nell’esogestazione quando bisogna dare fondo alle proprie risorse, si arriva in condizioni di senso di impotenza, ci si mortifica e nei casi estremi si rischia la depressione”. Il processo di dis-empowerment è

un tipico effetto psicologico avvertito nelle persone che subiscono atti di violenza sia essa psicologica, fisica, sessuale o ostetrica. Ed è proprio questo processo di disempowerment uno dei fattori fondamentali che sostiene, a livello individuale, la tolleranza alla violenza in sala parto: accettazione di interventi medici sul proprio corpo, immotivati dal punto di vista clinico, di cui non si era state informate e di cui non si conoscono rischi e benefici, né le prove di efficacia ed eventuali alternative; senza quindi poter esercitare il proprio diritto di scelta libera e di consenso/dissenso informato. Il contesto socioculturale e in particolare le rappresentazioni sociali della gravidanza come a basso o alto rischio a prescindere (risk approach), del parto come pericoloso apriori e della donna incinta come malata o comunque come paziente, hanno anche esse un ruolo importante nel rendere non riconoscibile la violenza ostetrica. Sembra che dalla donna gravida ci si aspetti che rinunci ai propri diritti sul suo corpo e che anzi perda la sua specifica soggettività e identità unitaria, diventando un “luogo pubblico”, un corpo-contenitore su cui altri procedono e decidono. Tali rappresentazioni socioculturali sostengono, a livello sociale, la tolleranza e la non risposta di contrasto alla violenza ostetrica rendendola cronica e non sanzionabile. Di fatto invisibile seppure diffusissima. Gli atti violenti e quindi anche quelli agiti in sala parto sono eventi altamente stressanti a valenza traumatica, e comportano effetti dannosi sulla salute psicofisica di chi li subisce. In Italia non ci sono dati e studi specifici sul fenomeno perché non è di fatto riconosciuta la violenza in sala parto. Tuttavia sulla base della letteratura psicologica e psi-

cologico-giuridica circa gli effetti psichici della violenza sulle vittime, si ritiene che anche la violenza ostetrica comporti equivalenti esiti nocivi a livello fisico, comportamentale e psicologico. Gli effetti psicologici avversi della violenza ostetrica si configurano come un danno alla persona non patrimoniale in quanto conseguenza di atti lesivi della dignità umana e violativi di diritti costituzionalmente garantiti e sono qui di seguito descritti:

- Danno morale: stato emotivo di tristezza e sofferenza nel post partum come conseguenza di un parto traumatico o di un’assistenza alla nascita non rispettosa/maltrattante che viola la propria dignità;
- Danno da pregiudizio di tipo esistenziale in conseguenza alla violazione di diritti costituzionali: sul piano dell’assetto psicologico, ripercussioni negative sul tono dell’umore, sull’autostima e sul senso di autoefficacia personale con introiezione del senso di svalutazione, inadeguatezza e inefficacia; autocolpevolizzazione per non aver gestito e vissuto il parto come si desiderava, per non essere state in grado di farsi sentire e di essere sufficientemente assertive, senso di sconforto e/o di ansia; sul piano relazionale e affettivo, peggioramento della qualità degli scambi affettivi tra la donna e i suoi cari, restrizione della gamma di affetti e sentimenti, provati ed espressi; diminuzione della capacità empatica, fino al senso di estraneità e distacco, che causa interferenze sull’instaurarsi di un valido e positivo legame di attaccamento madre-neonato e conseguenze negative sullo sviluppo armonico e funzionale della diade e sull’equilibrio psicofisico neonatale; attività di autorealizzazione: alterazioni delle attività di riposo, evitamento o difficoltà nell’attività sessuale, chiu-

sura nelle relazioni sociali, riduzione di interesse per attività ricreative o significative per la persona prima del trauma.

- **Danno Psicico o Alterazione dell'integrità psichica:** un'alterazione che si configura in termini di disturbi psicopatologici con sintomi di natura ansiosa o depressiva che comportano disadattamento in conseguenza ad un'esperienza di parto vissuta con valenza traumatica. Un esempio ne è il Disturbo Post Traumatico da Parto .

Studi internazionali citati nel lavoro di Bonapace e Ciotti sul "Disturbo Post Traumatico da Stress successivo al parto" mettono in luce che i fattori significativamente associati o predittivi di reazioni da stress traumatico e PTSD riguardano sia aspetti psicosociali (precedente storia di psicopatologia personale, presenza di psicopatologie nell'anamnesi familiare, passati abusi fisici o sessuali, bassa intelligenza e nevroticismo) che fattori legati alle modalità di assistenza al travaglio, al parto e nel post-partum da parte del personale sanitario (eccessiva medicalizzazione, cure inadeguate da parte dello staff ostetrico e negativo contatto con esso, basso livello di supporto da parte del personale sanitario) e fattori connessi al tipo di parto (avvenuto in seguito a interventi strumentali o a cesareo d'emergenza o a situazioni di minaccia per la vita della madre o del bambino).

In primo luogo, rispetto alla correlazione significativa tra fattori psicosociali della donna e le reazioni post traumatiche nel post partum, si ritiene che modalità di assistenza perinatale non rispettosa e/o maltrattante, con donne con storie di traumi, violenze e abusi o con problematiche di tipo psicologico o

psicopatologico, vadano a gravare e ad aggiungere ulteriori fattori di rischio per l'insorgenza di sintomi da stress post-traumatico. La presenza di difficoltà psicologiche e di aspetti psicopatologici o traumatici nella storia di una donna partorientente, non può essere usata come unico criterio per "spiegare" l'insorgenza di un disturbo nel post-partum, sollevando così di qualsiasi responsabilità il contesto sanitario. Dal Rapporto Istisan 12/39 dell'ISS, emerge infatti che proprio un tipo di assistenza alla nascita multidisciplinare e centrata sull'empowerment, si correla alla riduzione significativa della paura e dell'ansia del parto (tocofobia), alla riduzione della percezione di disagio nel post-partum, al migliore adattamento al ruolo genitoriale, alla maggiore consapevolezza e capacità di accettare o cercare aiuto e sostegno nel post partum. L'instaurarsi di una valida relazione di rispetto, fiducia e supporto tra donna e operatore sanitario, non solo facilita l'espressione di competenza ma anche l'espressione dell'eventuale disagio e la sua presa in carico, evitandone la negazione e la stigmatizzazione. In secondo luogo, è importante sottolineare che da questi studi emerge un dato importante e sostanzialmente nuovo, quasi mai considerato e indagato, ovvero il collegamento tra le sofferenze psicologiche e psicopatologiche delle donne nel post partum con le modalità assistenziali ricevute e con il tipo di parto: viene confermato infatti che tali elementi sono fattori di rischio associati, in modo significativo, se non predittivo, con le reazioni traumatiche da stress e con i sintomi del DPTS da parto. Proprio la modalità di assistenza alla nascita non rispettosa e maltrattante, non supportiva e

l'eccesso di medicalizzazione, sembrano rappresentare un contesto socio-emotivo che contribuisce significativamente a rendere l'esperienza del parto traumatica, una esperienza in cui la donna esperisce "paura intensa e sentimenti di impotenza" (criterio A del DSM IV-R) e può vivere il parto stesso come "soggettivamente minaccioso per l'integrità fisica propria" e/o del nascituro (criterio A del DSM IV-R).

Alla luce dei dati relativi all'eccesso di medicalizzazione non necessaria e spesso non acconsentita, non in linea con raccomandazioni internazionali e LG nazionali, che caratterizza l'assistenza perinatale nonché delle violazioni di diritti fondamentali delle donne in sala parto e infine in base ai risultati degli studi internazionali citati, si ritiene che le condizioni psicologiche di sofferenza o finanche psicopatologiche delle donne, nel post partum, non debbano essere più aprioristicamente scollegate dalla modalità assistenziale alla nascita ricevuta dalla donna e dal tipo di parto esperito (vaginale, operativo, Tc d'urgenza, Tc programmato). Le caratteristiche del percorso nascita sia oggettive (cartelle cliniche, modulo consenso informato, piano del parto) che soggettive (bisogni, desideri, aspettative sul percorso nascita, informazioni ricevute, modalità di assistenza perinatale, consenso/dissenso informato), devono essere considerate dati importanti nella valutazione psicologico-giuridica del danno non patrimoniale subito dalla persona, al fine di evidenziare la sussistenza di un atto lesivo, di un danno alla persona e del nesso di causalità tra gli stessi, che vanno documentati e allegati insieme ad altri dati (risultanze della valutazione psicologica clinica e anamnestica, psicodiagno-

stica e tabellare). In tal senso il lavoro psicologico-giuridico di supporto alla persona danneggiata, all'avvocata/o e al giudice potrebbe contribuire ad aumentare la consapevolezza e a determinare il riconoscimento di un fenomeno così diffuso ma ancora invisibile.

TRAUMA CRANICO FRONTALE E IMPUTABILITA'

di
Rachele Recanatini
Psicologa Forense

INTRODUZIONE

La neuropsicologia forense, disciplina che negli ultimi anni sta avendo un notevole sviluppo in Italia, è una pratica scientifica che analizza il rapporto tra le neuroscienze e l'impatto che tali contributi possono avere nel mondo del diritto. Uno dei casi in cui la neuropsicologia incide notevolmente in una decisione di tipo giuridico si ha quando un trauma cranico colpisce il lobo frontale, sede di importanti funzioni psicologiche e cognitive e può essere collegato ad un comportamento di reato, di conseguenza può essere richiesta una valutazione sulla capacità di intendere e di volere.

Il trauma cranico frontale

Un trauma cranio-encefalico (TCE) che colpisce il lobo frontale e i relativi circuiti sottocorticali potrebbe compromettere alcune competenze psichiche, necessarie per possedere le abilità giuridiche ed essere ritenuti imputabili a seguito di un reato. I soggetti che più interessano la neuropsicologia forense sono quelli che, a seguito di un trauma frontale, incorrono in vere e proprie modificazioni radicali e stabili della personalità, che

possono implicare o esagerazioni delle esperienze e delle risposte emozionali o, al contrario, un totale appiattimento emotivo. Vari studi hanno dimostrato che sia il polo cosiddetto eccitabile, caratterizzato appunto da comportamenti impulsivi, emotività florida ma labile e tendenza all'azione, sia la polarità di tipo apatico, tipica del paziente inerte, privo di iniziativa, disinteressato e dipendente, hanno una base organica e dipendono quindi dalle diverse localizzazioni delle lesioni tipicamente prefrontali. Il circuito prefrontale dorsolaterale, sede delle cosiddette funzioni esecutive, il circuito orbitofrontale, area che media le abilità necessarie per poter avere un comportamento sociale adeguato ed il circuito cingolato anteriore, che se lesionato potrebbe provocare una forte apatia (Cantagallo et al. 2010), sono i circuiti del lobo frontale collegati alle capacità giuridiche e, di conseguenza, quelle aree da valutare nei casi in cui un illecito venga commesso a seguito di un TCE.

I cambiamenti comportamentali dopo un trauma cranico costituiscono uno dei fattori fondamentali nella valutazione della capacità di intendere e di volere del soggetto che delinque a seguito di un danno encefalico, proprio per la possibilità di innescare impulsi irrefrenabili. La compromissione selettiva delle capacità sociali e morali, mantenendo un funzionamento cognitivo generale conservato, rende i lobi frontali molto interessanti nello studio dell'infermità mentale in ambito giuridico. Spesso, infatti, il quoziente intellettivo dei pazienti rimane inalterato ma ci troviamo di fronte a caratteri ed atteggiamenti totalmente diversi da quelli precedenti il trauma. I lobi frontali influenzano l'iniziativa e la personalità, oltre che la cosiddetta coscienza

za sociale infatti determinano l'autoconsapevolezza, l'autoregolazione, l'intenzionalità e l'altruismo, abilità confermate dal fatto che sono le aree cerebrali che si sviluppano filologicamente più tardi e che hanno più interconnessioni con le altre regioni neocorticali. Il deficit maggiormente significativo in ambito forense è l'incapacità dei soggetti con danni frontali di inibire le reazioni emotive e comportamentali inadeguate, che provocano anche in persone precedentemente mansuete atteggiamenti blasfemi, irrispettosi e disinibiti. Tali conseguenze, emerse a partire dal famoso caso di Phineas Gage già nel 1848, implicano grande sofferenza anche per i familiari dei pazienti, che si trovano di fronte individui quasi irriconoscibili dal punto di vista comportamentale. Recenti studi che utilizzano tecniche quali il neuroimaging o il brainimaging hanno analizzato i correlati neurali delle funzioni psichiche che servono per mantenere il corretto comportamento in un contesto sociale, ambito di ricerca molto incisivo per la neuropsicologia forense, indicando il coinvolgimento costante del lobo frontale. Si è evidenziato, infatti, come ad esempio la cosiddetta intelligenza sociale, cioè la capacità di interpretare gli stati emotivi propri e altrui, l'abilità di mentalizzazione e di giudizio morale, sia deficitaria in pazienti con psicopatologia acquisita a seguito, ad esempio, di una lesione frontale e tale mancanza potrebbe incidere sulla libertà di scelta individuale e determinare, così, la non imputabilità giuridica (Blair, 2007). Come l'intelligenza sociale, anche l'empatia, cioè la capacità di riconoscere e comprendere i sentimenti degli altri e di avere reazioni emotive adeguate, potrebbe essere diminuita a causa di lesioni alla cor-

teccia prefrontale, favorendo comportamenti violenti ed aggressivi causati dall'impossibilità di fermarsi di fronte alla sofferenza ed alla paura altrui, proprio perché non correttamente codificate (Buccino e Amore, 2008). Il pensiero morale, vale a dire la capacità di distinguere tra il bene ed il male e di identificare il disvalore sociale di certi comportamenti, risulta anch'esso connesso ad un buon funzionamento della corteccia prefrontale, in particolare ventromediale, in quanto una lesione in questa zona comporta un pensiero di tipo utilitaristico, influenzando le decisioni di carattere etico (Koenigs et al. 2007; Ciaramelli e al. 2007). Inoltre, risulta fondamentale verificare nel paziente traumatizzato cranico con lesioni alla corteccia prefrontale, la capacità di ragionamento controfattuale, cioè l'abilità di produrre una simulazione mentale di alternative ad eventi realmente accaduti, la capacità di "fare altrimenti", fondamentale per la corretta anticipazione delle possibili conseguenze di un'azione e quindi per la capacità di intendere (Fornari, 2008). Per tutte queste motivazioni il lobo frontale sembra essere connesso con la capacità di intendere e di volere che sottende all'imputabilità ed è scopo di questo articolo analizzare in che modi e fino a che punto, in quanto è stato dimostrato come un paziente con una lesione alle regioni frontali potrebbe non essere in grado di prevedere gli stati mentali altrui e per questo essere interdetto o inabilitato oppure avere un deficit per il recupero delle tracce mnestiche che renderebbe inattendibile la sua capacità testimoniale. Il discontrollo impulsivo e la mancanza di comprensione delle conseguenze di agiti aggressivi sono soltanto alcune delle difficoltà che emergono

dopo un TCE frontale: i pazienti traumatizzati cranici sembrano impossibilitati a modificare delle strategie comportamentali maladattive che procurano loro elevati rischi anche a livello legale e, inoltre, li portano ad ottenere sul piano relazionale e lavorativo risultati opposti a quelli desiderati. Sembra pertanto che i pazienti non si rendano conto dei sentimenti che provocano negli altri, divenendo totalmente privi di empatia ed inoltre inabilitati a rimandare delle gratificazioni per avere soddisfacenti positivi, anche se non immediati.

LA CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE

A livello giuridico, dal 1930 è in vigore la normativa del Codice Penale che regola l'imputabilità. Secondo l'articolo 85 nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se al momento in cui lo ha commesso non era imputabile; è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere. La capacità di intendere è differente da quella di volere, per questo vanno considerati costrutti distinti tra loro, da indagare separatamente, in quanto rappresentano abilità diverse e richiedono capacità dissimili, anche se devono essere presenti entrambe per garantire la piena imputabilità del soggetto in ambito giuridico. L'intendere è un'abilità che implica il saper comprendere gli elementi salienti delle situazioni, il significato delle proprie intenzioni e le conseguenze di esse, per questo richiede la capacità di discernere tra bene e male, di capire il disvalore sociale di alcune azioni o omissioni e di saper produrre scenari comportamentali alternativi, prevedendo i risultati di ciò che si farà. Le funzioni cognitive che si utilizzano per tale capacità e che, quindi, devono essere in-

tatte in un soggetto ritenuto imputabile, sono il pensiero morale, l'empatia, la progettualità e la pianificazione ed il ragionamento controfattuale. L'intendere, che comprende l'organizzazione cognitiva e riflessiva, le funzioni percettivo-memorizzative, organizzative e previsionali è particolarmente dipendente da un corretto funzionamento dei lobi frontali, che mediano tali componenti; questa competenza va indagata insieme a quella del volere, relativa alle funzioni decisionali ed esecutive, che riguardano i processi affettivi ed emotivi, regolati a livello neuroscientifico dell'ippocampo e dall'amigdala. La capacità di volere si traduce nell'abilità di regolare le proprie azioni e controllarle cognitivamente durante il loro svolgimento, per questo è ritenuta una contropinta all'azione impulsiva che richiede l'inibizione di comportamenti automatici, inoltre risulta molto difficile da dimostrare durante un processo.

LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ GIURIDICHE DOPO UN TRAUMA CRANICO FRONTALE

Qualora si accerti il vizio di mente, che può essere totale o parziale, deve essere collegato ad un disturbo psichico in relazione con le modalità ed il reato compiuto, tramite la psicopatologia forense, che valuta il nesso eziologico tra i deficit e l'illecito. Occorre considerare che qualsiasi agito è comunque multifattoriale, scatenato da varie cause e non risulta mai in rapporto univocamente causale con un disturbo psichico, quindi è sempre necessario indagare se un particolare reato abbia o meno valore di malattia o di infermità. Nonostante questi studi ad oggi non è comunque possibile affermare che un disturbo nell'area

prefrontale possa predire un crimine violento, infatti l'agire delinquenziale è sempre il risultato di numerose variabili e fattori individuali, ambientali, psicologici, familiari e sociali: esiste una correlazione tra la biologia e il comportamento violento, ma non con la criminalità. L'aspetto fondamentale che si vuole sottolineare in questo articolo è che un soggetto con deficit alla corteccia frontale potrebbe non riuscire ad utilizzare funzionalmente le sue abilità e non essere in grado di bloccare le risposte automatiche non adattive; per questi motivi pazienti con traumi cranici frontali possono commettere più facilmente atti illeciti, anche se non esposti ad ambienti particolarmente sfavorevoli: quando ci troviamo in presenza di una particolare componente biologica, eventi traumatici possono generare reazioni aggressive e violente che altrimenti non si verificerebbero. Il giudizio di imputabilità è, quindi, particolarmente delicato e difficile da confermare, è per questo che spesso vengono richieste perizie collegiali e piena collaborazione tra giudice ed esperto, ovvero una congiunzione tra aspetto psicopatologico e normativo, tra ruolo diagnostico-cognitivo e normo-valutativo. Non sono sicuramente possibili spiegazioni monocausali dei disturbi psichici presenti nell'individuo che delinque, come anche l'eventuale riscontro di una patologia organica, esempio un TCE, potrà essere un utile indicatore nel giudicare la capacità di intendere e di volere ma non sufficiente da solo ad emettere una decisione finale. Anche se spesso alcuni crimini sono violenti e risulta difficile sul piano etico e morale riconoscere la non imputabilità o la semimputabilità, non si possono ignorare i casi in cui gli impulsi del

soggetto non sono controllabili dalla funzione volitiva a causa di danni cerebrali. Devono essere sottolineate comunque la necessità di distinguere caso per caso in un'ottica individualizzata e di promuovere nuove misure di intervento come fondamenti, anche per garantire una riabilitazione a tali individui e ridurne in futuro la recidiva.

Valutare le capacità giuridiche di un individuo che compie reato a seguito di un trauma cranico frontale è un compito complesso e delicato infatti, qualora il giudice, avvalendosi delle informazioni rilevate dal neuropsicologo, indichi la presenza di un'incapacità, la vita del soggetto che ha compiuto l'azione perseguibile penalmente sarà rivoluzionata, ad esempio potrebbe dover smettere di guidare ed i riabilitatori si potrebbero interrogare sul senso di un eventuale trattamento; al contrario, ritenendolo invece perfettamente capace, il reo dovrà rispondere davanti alla legge dell'illecito commesso, nonostante la presenza di una lesione cerebrale. Entrambe le decisioni si dimostrano così altamente significative per il futuro del paziente traumatizzato.

LE NEUROSCIENZE FORENSI

Le neuroscienze forensi analizzano i dati scientifici rilevanti nella valutazione giudiziaria, ovvero l'idoneità di teorie e metodologie neuroscientifiche nel costituire una valida prova all'interno di un processo penale o civile. Il giudice deve valutare la validità di una prova scientifica attraverso l'aiuto di una perizia su materie che non sono di sua competenza: l'articolo 220 del Codice Penale indica infatti che la documentazione peritale è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati che richiedono

specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche. Le neuroscienze attualmente confermano che, a parità di condizioni familiari, sociali ed economiche, possedere anomalie cerebrali potrebbe aumentare significativamente il rischio di ricercare situazioni estreme o contrarie alla legalità, quindi la probabilità di commettere agiti antisociali. Per tutti questi motivi le neuroscienze sono una disciplina che, soprattutto negli ultimi anni, ha acquisito notevole importanza in ambito forense, a causa della presenza sempre maggiore di neuropsicologi chiamati come periti nelle cause penali e civili, per le quali i giudici hanno bisogno di un parere esperto; sia che comportamenti devianti rappresentino semplici esacerbazioni della personalità precedente, sia che invece risultino una totale novità negli atteggiamenti del paziente, implicano sofferenze notevoli e, nei casi più gravi, possono sfociare in condotte che soddisfano estremi di reato: è proprio quest'ultimo il caso in cui il neuropsicologo forense è chiamato come esperto a valutare l'eventuale imputabilità del traumatizzato cranico. Le neuroscienze hanno di conseguenza iniziato ad indagare relativamente ad un tema che ha radici molto profonde e filosofiche: l'agire intenzionale. Sia nell'ambito neuropsicologico che in quello giudiziario è fondamentale stabilire se un soggetto che ha commesso un'azione, era capace in quella stessa situazione di fare diversamente da ciò che ha fatto, ovvero se eserciti un controllo attivo sulle proprie decisioni ed azioni, in altre parole se sia un individuo libero.

CONCLUSIONI

La rivoluzione scientifica a cui stiamo assistendo a seguito dei re-

centi studi di brainimaging sembra mettere in crisi la tradizionale concezione di libero arbitrio. Nel caso in cui il controllo degli impulsi e l'autoregolazione comportamentale fossero riconducibili a precisi circuiti neurali, si potrebbe ipotizzare che un'alterazione in tali strutture provochi delle condotte abnormi che sfuggono al volere intenzionale dell'individuo. Occorre precisare, però, che il rischio è quello di cadere in un determinismo ormai, fortunatamente, superato, secondo cui l'uomo è guidato solamente da processi cerebrali che possono offrire una spiegazione plausibile a qualsiasi forma di atto illecito, a cui non ci si può sottrarre. Di conseguenza si sollecita una riflessione critica a livello psicologico forense ed una prudenza necessaria perché la responsabilità è qualcosa da attribuire alle persone e non ai cervelli, è una costruzione sociale non solo insita nelle strutture neuronali, che pure possono influenzare notevolmente gli agiti. Si dovrebbe, quindi, evitare un uso acritico delle neuroscienze ma esaltarne le potenzialità come fonte di informazioni molto utili e preziose per il mondo giuridico, ovvero utilizzare i dati che ne ricaviamo come prova di un funzionamento mentale patologico che dovrà però

poi essere accertato giudizialmente (Stracciari et al. 2010). In conclusione, si può dire che probabilmente la mente umana rimarrà sempre composta da incertezze, per il neuropsicologo come per il giurista. Di fronte ai molteplici studi neuroscientifici odierni, però, sembra emergere una domanda paradossale e, ancora oggi, priva di risposta: il paziente frontale può ritenersi davvero una persona libera?

BIBLIOGRAFIA

Blair, R.J.R. (2007), Dysfunctions of Medial and Lateral Orbitofrontal Cortex in Psychopathy, "Annals of the New York Academy of Sciences", 1121, pp. 461-479.
Buccino, G., Amore, M. (2008), Mirror neurons and the understanding of behavioural symptoms in psychiatric disorders, "Current Opinion in Psychiatry", 21, pp. 281-185.
Cantagallo, A., Spitoni, G., Antonucci, G. (2010), Le funzioni esecutive. Valutazione e riabilitazione, Carocci Editore, Roma
Ciaramelli, E., Muccioli, M., Làdavas, E., Di Pellegrino, G. (2007), Selective deficit in personal moral judgment following damage to ventromedial prefrontal cortex, "Social Cognitive and Af-

fective Neuroscience", 2, pp. 84-92.

Fornari, U. (2008), Trattato di psichiatria forense, Utet giuridica, Torino.

Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F., Hauser, M., Damasio, A. (2007), Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgments, "Nature", 446, pp. 908-911.

Stracciari, A., Bianchi, A., Sartori, G. (2010), Neuropsicologia forense, il Mulino, Bologna.

**ASSOCIAZIONE ITALIANA DI
PSICOLOGIA GIURIDICA**

Comitato di Redazione

*Paolo Capri, Andrea Castiello
d'Antonio, Rocco E. Cenci, Lucia
Chiappinelli, Anita Lanotte, Simona
Roccia*

Via Bisagno, 15 – 00199 Roma
Tel. 06 86398278 – Fax 06 86384343

E – mail: aipg.italia@tiscalinet.it

www.aipgitalia.org

Segreteria:

da lunedì a venerdì

09,00 – 13,00

Stampato in proprio

Finito di stampare il 13 aprile 2015