

**Rassegna di Psicoterapie.  
Ipnosi. Medicina  
Psicosomatica.  
Psicopatologia Forense.**



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Periodico quadrimestrale a carattere scientifico**  
**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "SAPIENZA"**

**VOLUME 21 – N. 3**  
**Settembre – Dicembre 2016**

Periodico quadrimestrale a carattere scientifico di proprietà della UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA “LA SAPIENZA”  
Comitato Consultivo

Cattedra di Psicopatologia Forense  
(Dipartimento di Neurologia e Psichiatria),  
Università di Roma “La Sapienza” in transito  
presso altro Dipartimento

**Direttore responsabile ad interim :**  
**Vincenzo Mastronardi**  
**Vice Direttore responsabile**  
**Enrico Marinelli**

**Direzione Scientifica onoraria:**  
**Franco Granone e Antonio Maria Lapenta**

**Gli elaborati vanno inviati al Prof. Vincenzo Mastronardi** Dipartimento Neurologia e Psichiatria, Università “La Sapienza”, P.le Aldo Moro, 5 – 00185 Roma – Fax: 06/49912282

Comitato Scientifico: **Maria Tosello**  
**M. Calderaro, V. Ferrante, F. Massone, A. Miglino, E. Foppiani, E. Marinelli, G. Montanari Vergallo A. Pacciolla, C. Bairati Papi, D. Pescina, A. Pomilla, S. Ricci, G. Saladini, S. Zaami**

**Tutti i diritti sono riservati:** Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, trasmessa e memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo.

Per quanto non espressamente richiamato valgono le norme delle Leggi sulla Stampa e le norme internazionali sul Copyright.

**Stampa:** Tipografia Lineart Studio – Via Ottavilla, 10 – 00152 ROMA

**Registrazione al Tribunale Civile di Roma n° 00325/96 (28.06.1996)**

**G. ABRAHAM** (Ginevra)  
**D. AKSTEIN** (Rio de Janeiro)  
**T. BANDINI** (Genova),  
**M. BIONDI** (Roma)  
**F. CARRIERI** (Bari),  
**G. DE BENEDETTIS** (Milano),  
**D. DE CARO** (Roma),  
**M. C. DEL RE** (Roma),  
**N.M. DI LUCA** (Roma),  
**U. FORNARI** (Torino),  
**V. GHEORGHIU** (Giessen),  
**M. A. GRAVITZ** (Washington),  
**W. KRETSCHMER** (Tübingen),  
**C. LORIEDO** (Roma),  
**E. MARINELLI** ( Roma),  
**V. MASTRONARDI** (Roma),  
**G. MONTANARI VERGALLO** ( Roma ),  
**G.C. NIVOLI** (Sassari),  
**G. B. PALERMO** (Las Vegas),  
**A. PETIZIOL** (Roma),  
**P. PINELLI** (Milano),  
**V. RAPISARDA** (Catania),  
**L. RAVIZZA** (Torino),  
**S. RICCI** (Roma)  
**G. G. ROVERA** (Torino),  
**N. RUDAS** (Cagliari),  
**E. TORRE** (Torino),  
**H. WALLNÖFER** (Vienna),  
**J. C. WATKINS** (Missoula),  
**L. WOLLMAN** (New York),  
**J. K. ZEIG** (Phoenix).  
**S. ZAAMI** (ROMA )



## SOMMARIO

- Anselmi Nino, Ghini Francesca , Pescina Danila - <b>LA CHIUSURA DEGLI OPG E LE REMS: UN CONTRIBUTO CRITICO</b>	<b>Pag. 7</b>
- Marchetti Elena, Mastronardi Vincenzo, Anselmi Nino - <b>L'INTERPRETAZIONE DEL COMPORTEMENTO CRIMINALE NELL'OTTICA DELLA PSICOLOGIA DINAMICA.</b>	<b>Pag. 19</b>
- De Giorgi Fabiana, Pescina Danila - <b>EUTANASIA: CRIMINE O LIBERO ARBITRIO?</b>	<b>Pag. 73</b>
- Marra Luisa - <b>LA TESTIMONIANZA DEL MINORE: QUANDO UNA VERITÀ PROCESSUALE CORRISPONDE AD UNA VERITÀ STORICA?</b>	<b>Pag. 129</b>

**Nino Anselmi<sup>1</sup>, Francesca Ghini<sup>2</sup>, Danila Pescina<sup>3</sup>**

## **LA CHIUSURA DEGLI OPG E LE REMS: UN CONTRIBUTO CRITICO**

### **Riassunto**

In Italia, il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) culmina nella Legge n. 81 del 30 maggio 2014.

Questo percorso normativo individua nelle Residenze per l'Emissione delle Misure di Sicurezza (c.d. REMS), le strutture alternative all'OPG dove effettuare i trattamenti terapeutico-riabilitativi per i soggetti affetti da patologia mentale autori di reato, fino alle dimissioni con la presa in carico dei Servizi territoriali competenti.

Partendo da due casi clinici e facendo riferimento al panorama psichiatrico-forense internazionale, questo lavoro è volto ad un'analisi critica della situazione attuale in Italia, con proposte di possibili, ulteriori strategie per affrontare soprattutto la pericolosità sociale.

---

<sup>1</sup>Professore, Ricercatore Confermato, Psichiatra UOC di Psichiatria, Sapienza Università di Roma

<sup>2</sup>Psicologa. Master in Scienze Criminologico-Forensi, Sapienza Università di Roma

<sup>3</sup>Psicologa, Criminologa, Psicoterapeuta. Specialista in Psicoterapia Breve Strategica. Esperta in Psicologia delle Dipendenze. Terapeuta EMDR. Docente Master Criminologia Università degli Studi Internazionali di Roma (UNINT)

**Parole chiave:** Psichiatria forense, pericolosità sociale, cura, recovery.

## **Abstract**

In Italy the Law n. 81 of May 30, 2014 led to the closure of forensic psychiatric hospitals (“Ospedali Psichiatrici Giudiziari - OPG”).

This Law identified new specific clinical centres (i.e. the so-called “Residenze per l’Emissione delle Misure di Sicurezza - REMS) to provide therapeutic and rehabilitative treatments to patients with mental illness who committed a crime, until the moment of symptom remission and subsequent discharge.

In this paper we present two clinical cases and we critically analyze the current state of forensic psychiatry in Italy.

**Key words:** Forensic psychiatry, social dangerousness, care, recovery.

## **INTRODUZIONE**

Questo lavoro si inserisce come contributo di riflessione critica sull’applicazione della L.81/2014. Vengono prese in rassegna le principali criticità del nuovo assetto del servizio psichiatrico-forense italiano:

1. la presa in carico e gestione dei soggetti psichiatrici autori di reato, dal ricorso alle REMS fino alle dimissioni presso i servizi territoriali competenti;
2. le oggettive difficoltà alla dimissione, il reinserimento esterno e il percorso terapeutico-riabilitativo del soggetto psichiatrico autore di reato;

3. il disagio sociale soprattutto dei pazienti che, per la loro condizione psicopatologica e per il rifiuto della terapia, necessitano di trattamenti, di cure continuative e di reinserimenti sociali adeguati;
4. le possibili strategie terapeutico-riabilitative che promuovano la cura e il recupero sociale dei soggetti psichiatrici autori di reato.
5. l'eventuale applicazione di misure di sicurezza non detentive, idonee ad assicurare cure adeguate e continuità assistenziale, ma comunque in grado di far fronte alla pericolosità sociale.

#### **ASPETTI CRITICI DELLA L. 81/2014**

Dal punto di vista giuridico, la sussistenza della pericolosità sociale è il presupposto psicopatologico dell'applicazione delle misure di sicurezza.

Il fine è quello di gestire la limitazione di libertà dei soggetti psichiatrici autori di reato con l'elaborazione di percorsi idonei a carattere terapeutico-riabilitativo.

La criticità della prognosi di pericolosità sociale in rapporto alla recidiva criminale resta un problema aperto della psichiatria forense.

Nonostante sia prevista una gradazione di intensità dei provvedimenti restrittivo-contenitivi, la priorità nella gestione del soggetto psichiatrico autore di reato resta prevalentemente finalizzata alla stima della pericolosità sociale e del rischio di recidiva, piuttosto che ad una formulazione di piani terapeutico-trattamentali adeguati.

In sintesi, le criticità della vigente legislazione psichiatrico-forense italiana si individuano principalmente:

- nel ritardo di interventi terapeutico-riabilitativi a favore del soggetto psichiatrico autore di reato, con particolare criticità sia nel trattamento a lungo termine sia nel trattamento personalizzato e individualizzato;
- nella difficoltà di coordinamento delle risorse terapeutiche e nella mancanza di profili professionali specializzati;
- nell'assenza di un processo di monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento dei servizi di salute mentale, in termini sia di trattamento e cura erogati sia di riduzione della recidiva.

### **LA PERICOLOSITA' SOCIALE E IL RISCHIO DI RECIDIVA DEL COMPORTAMENTO CRIMINOSO: IL CASO DI L. E DI M.**

I casi clinici che seguono, estrapolati da perizia psichiatrica, vedono in primo piano soggetti che presentano profili psicopatologici e comportamentali complessi, poi degenerati nel tempo in reati.

Entrambi i casi sono caratterizzati da una personalità antisociale,destrutturata da una processualità psicotica, difficilmente trattabile proprio per le difficoltà di controllo delle valenze aggressive e, pertanto, particolarmente resistenti al trattamento.



Il ripetersi dei reati e la violazione delle misure di sicurezza sono in correlazione con le caratteristiche personologiche, con l'abuso di sostanze e con la scarsa compliance psicofarmacologica che rendono difficoltosi i trattamenti e aumentano i rischi di recidiva.

Reinserimenti inadeguati, discontinuità delle cure, frequenti ricadute in condotte di abuso di sostanze/alcool hanno portato a fallimenti dei percorsi territoriali, residenziali o comunitari.

### **Storia di L.**

L., di anni 25, figlio unico di genitori che si sono separati da quando lui aveva 3anni, ha vissuto un po' con la madre, un po' con il padre.

Madre grafica, padre assicuratore e maestro di scherma.

Scolarità III media.

Non ha mai svolto attività lavorativa.

Sin da bambino, ha avuto bisogno di attenzione da parte dell'istituzione psichiatrica, è stato seguito presso l'Istituto di Neuropsichiatria Infantile per disturbi del comportamento.

Dall'età di 13 anni anamnesi positiva per abuso di sostanze stupefacenti (cocaina, eroina, cannabis, gas) e alcool.

La storia clinica è contrassegnata da numerosi ricoveri in SPDC (in regime di TSO) e in cliniche convenzionate (2010-2012).

E' seguito un provvedimento restrittivo nell'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN) nel 2013.

Dal giugno 2014 è ospite presso la Comunità terapeutica “Il Porto” a Moncalieri (TO).

Il quadro clinico è ascrivibile a “Disturbo dell’umore di tipo bipolare in personalità antisociale”.

Fatti di reato: lesioni personali, maltrattamenti, danneggiamenti, resistenza a P.U., minacce, aggressioni.

Allo stato attuale L. risulta privo di supporto sociale, familiare e lavorativo, dedito all'uso di sostanze e con scarsa compliance agli interventi terapeutici.

«Considerata la scarsa capacità di controllo dei propri impulsi e la tossicofilia che rende difficile il controllo farmacologico, *il periziando è da ritenersi socialmente pericoloso*».

Chiede di essere dimesso dalla Comunità.

### **Storia di M.**

M., di anni 43, figlio unico di genitori separati, non ha mai conosciuto il padre.

Ha vissuto insieme alla madre ed alla nonna materna.

Non ha conseguito la licenza media.

Ha svolto saltuariamente diversi lavoretti.

Invalidità al 100% con totale e permanente inabilità lavorativa.

In attesa di nomina di Amministratore di sostegno.

Relazioni familiari da sempre altamente conflittuali.

Si segnala che la pensione d’invalidità civile di M. è stata dissipata dalla madre eredita al gioco d'azzardo.

Dall'età di 12 anni M. ha avuto bisogno di attenzione da parte dell'istituzione psichiatrica, seguito presso l'Istituto di Neuropsichiatria Infantile per disturbi del comportamento.

Anamnesi positiva per abuso, durante l'adolescenza, di sostanze stupefacenti (cocaina, eroina, LSD, THC) e alcool, poi proseguito negli anni.

La storia clinica è contrassegnata da numerosi ripetuti ricoveri in SPDC (Roma, Parma, Rieti, Perugia, Frosinone, Assisi), talvolta in regime di TSO, e in cliniche convenzionate.

Sono seguiti tre provvedimenti restrittivi in OPG (il primo nel 1997; il secondo nel 2007-08; il terzo dal 2009 a marzo 2015).

Dal 1991 (18-19anni) è seguito dal CSM per "psicosi schizofrenica in personalità antisociale"; portatore di un elevato grado di psicopatia come testimonia la PCL-R - punteggio di 31 (cut off 30)-.

Dal 2008 al 2014, nel corso dell'internamento in OPG, M. viene più volte assegnato a strutture residenziali terapeutico-riabilitative per l'esecuzione del provvedimento, tuttavia spesso si è allontanato e non è più rientrato, con definitiva revoca della LFE.

Ultima dimissione dall'OPG di Aversa in data 18/03/2015 e rientro a Roma.

Fatti di reato:sentenze di condanna dal 1992 al 2015 per rapina in concorso, lesioni personali, porto d'armi, evasione, tentato furto continuato, maltrattamenti, danneggiamento seguito da incendio, resistenza a P.U., minacce, aggressioni.

Dalla dimissione dall'OPG M. è stato protagonista dell'ennesimo episodio di violenza, conduce un'esistenza da clochard, è senza domicilio, senza riferimenti familiari, rifiuta le proposte del CSM e vaga nella regione in modo disorganizzato e imprevedibile, mettendo in atto comportamenti aggressivi e minacciosi.

Si è recato più volte nei vari PS della Capitale chiedendo di poter dormire in reparto. Non è stato possibile mantenere una continuità terapeutica per i contatti discontinui e imprevedibili con il CSM (quando possibile gli è stata praticata terapia neurolettica depot).

Ad oggi, a seguito di ulteriori provvedimenti giudiziari, M. si trova nella REMS di Subiaco (LT).

«Considerato l'umore fortemente instabile con ideazione a tratti espansiva e dissociata-delirante, oltre che a contenuto persecutorio, con una tensione di fondo e una tendenza a non controllare l'aspetto pulsionale con comportamento aggressivo etero-diretto, *il periziando è da ritenersi socialmente pericoloso di grado elevato*».

### ***TRATTAMENTO E CURA DEI SOGGETTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO: ALCUNE INDICAZIONI***

Allo stato attuale, il contributo unanime dell' legislazione psichiatrico-forense internazionale, è orientato a promuovere, seppur con variabilità di approccio, il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti psichiatrici autori di reato.

E' infatti possibile differenziare i provvedimenti contenitivo-restrittivi nei confronti dei soggetti psichiatrici autori di reato, comunque, prevalere la finalità terapeutica rispetto a quella custodialistica del servizio psichiatrico-forense.

In Italia, un'ipotesi plausibile si sostanzierebbe nella proposta di percorsi terapeutici diversificati a seconda della condizione di dimissibilità.

La correlazione tra condizione di gravità clinica e rischio di recidiva del soggetto psichiatrico-giudiziario rappresenta la principale motivazione della "non dimissibilità" e del mantenimento della misura di sicurezza detentiva.

L'iter psichiatrico-giudiziario dovrebbe prevedere: 1) un preliminare periodo di carcere ordinario; 2) un successivo periodo di trattamento obbligatorio, prolungato e prorogabile in padiglioni psichiatrici ad alta sicurezza all'interno della struttura carceraria; 3) un graduale e progressivo accesso a strutture più aperte con finalità riabilitative e di reinserimento esterno per i soggetti con maggiore compliance.

E' necessario mantenere rigide misure restrittivo-contenitive nei confronti dei soggetti con alto tasso di recidiva criminale, estremamente problematici sotto il profilo della sicurezza.

Pertanto i soggetti considerati socialmente pericolosi in grado elevato dovrebbero permanere in reparti psichiatrici-forensi, vista l'impossibilità delle dimissioni di determinati utenti da luoghi di cura altamente protetti.

Allo stesso tempo occorre sperimentare percorsi alternativi alla detenzione a favore dei soggetti psichiatrico-giudiziari ritenuti socialmente pericolosi in grado attenuato e pertanto potenzialmente “dimissibili”.

Infine per i soggetti che non si stima possano recidivare, è possibile predisporre l'applicazione, anche in via provvisoria, di misure non detentive, come la libertà vigilata, ma comunque in grado di far fronte alla pericolosità sociale.

Di conseguenza, dovrebbe essere espressamente previsto l'obbligo a seguire ordini specifici di terapia: trattamenti psicoterapeutici, psicofarmacologici e sociali con regolari controlli del servizio psichiatrico.

Il mancato rispetto delle prescrizioni previste comporterebbe la violazione della misura alternativa e il ripristino della condizione detentiva.

## **CONCLUSIONI**

L'obiettivo ultimo resta l'applicazione flessibile della L.81/2014 e il reinserimento sul territorio del soggetto psichiatrico autore di reato.

Risulta dunque necessaria l'individuazione di valide e comuni strategie d'intervento terapeutico-riabilitative, strutturate su vari livelli (psicofarmacologico, psicoterapeutico, psicoeducazionale, psicosociale e socio-ambientale), oltre alla realizzazione di specifici servizi dedicati in base alle necessità cliniche dell'utenza psichiatrica.

Resta altrettanto necessario definire una strategia condivisa nell'attuazione di protocolli terapeutico-riabilitativi, soprattutto nei casi particolarmente problematici sotto il profilo clinico e della pericolosità sociale.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Aguglia E, Ferrannini L. La psichiatria, il paziente autore di reato e il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Quaderni Italiani di Psichiatria 2012; 31:69-70.
2. Aguglia E, Elisei S, Peloso P, Scapati F, Clerici M. Percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti psichiatrici negli istituti penitenziari. Strategie dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Cliniche Psichiatriche Universitarie. Quaderni Italiani di Psichiatria 2012; 31:71-83.
3. Bandini T, Lagazzi M. Lezioni di psicologia e psichiatria forense. Milano: Giuffr  Editore, 2000.
4. Bandini T, Rocca G. Nozione e valutazione della "Pericolosit  sociale psichiatrica". In: Bandini T, Rocca G (a cura di). Fondamenti di Psicopatologia Forense. Milano: Giuffr  Editore, 2010.
5. Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, Giusti L; Di Michele V, Biondi M, et al. Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale. RivPsichiatr 2015; 50 (5):199-209.
6. Casale AM, Lembo MS, De Pasquali P. (a cura di), La Perizia psichiatrica nel processo penale, Santarcangelo di Romagna: Maggioli, 2015.
7. Fornari U. Trattato di psichiatria forense, VI edizione, Torino: UTET, 2015.
8. Lynam DR, Loeber R, & Stouthamer-Loeber M. The stability of psychopathy from adolescence into adulthood. The search for moderators. Criminal Justice and Behavior, 2008; 35: 228-243.

9. Mastronardi V, Del Casale A. Simulazione di malattia mentale, RivPsichiatr 2012; 47  
(4): 26-41.
10. Mencacci C. Dalle misure di sicurezza alla sicurezza delle cure. Corriere della Sera 22 marzo 2015.
11. Peloso PF, D'Alema M, Fioritti A. Mental health care in prisons and the issue of forensic hospital in Italy. J NervMent Dis 2014; 202:473-8.
12. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, et al. The social-environmental context of violent behaviour in persons treated for severe mental illness. Am J Public Health 2002; 92:1523-31.



**Elena Marchetti<sup>4</sup>, Vincenzo Mastronardi<sup>5</sup>, Nino Anselmi<sup>6</sup>**

**L'INTERPRETAZIONE DEL COMPORTAMENTO  
CRIMINALE NELL'OTTICA DELLA PSICOLOGIA  
DINAMICA.**

**Abstract**

Il tema del lavoro è una ricerca sul rapporto tra la criminologia e la psicologia dinamica. Lo studio parte da Sigmund Freud e dalla sua teoria del “criminale per senso di colpa” e prosegue con l’analisi del modello della “coazione a confessare e al bisogno di punizione” di Theodor Reik, per giungere alla

---

<sup>4</sup> Grafologa. Consulente e Perito grafico presso il Tribunale. Docente presso il Corso di Formazione “Grafologia forense e aspetti clinico valutativi”, “Sapienza”. Università di Roma. Esperta in Criminologia. Licensed Master Practitioner of Neuro-Lingustic Programming, certificato dalla Society N.L.P

<sup>5</sup> Psichiatra, Criminologo Clinico e Psicopatologo forense – Sapienza Università di Roma. Direttore del Master in Criminologia Scienze investigative e della Sicurezza Unitelma-Sapienza. Direttore del Master di II livello in Criminologia, Sistema Penale, Psicopatologia forense, Investigazioni e Sicurezza della UNINT (Università degli Studi Internazionali di Roma)

<sup>6</sup> Psichiatra. Ricercatore Confermato. Titolare dell’Insegnamento di Psichiatria Clinica. Direttore Master I Livello in Criminologia e Scienze Strategiche. Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, “Sapienza” Università di Roma.

classificazione psicodinamica dei criminali di Franz Alexander e Hugo Staub che individua “criminali per cause organiche”, “criminali nevrotici” e “criminali normali”. Il lavoro approfondisce anche la teoria “criminalità abituale e criminalità occasionale” di George Devereux e si sofferma sul prezioso contributo alla criminologia di Jacques Lacan. Una parte importante della ricerca si occupa degli studi sui comportamenti antisociali infantili e adolescenziali, riportando il contributo di A. Johnson e S.A. Surek sulla genesi dell’acting out e di K. Friedlander sulle dinamiche di formazione del carattere antisociale. Concludono la panoramica i lavori di Melania Klein sulla criminalità infantile condotti attraverso la psicoanalisi dei bambini e un’analisi del contributo della psicologia dinamica statunitense con i lavori di Gilbert Rose sui ricordi di copertura, di A. Hyatt sulla struttura psichica degli assassini e di Donald Meltzer sulla perversione criminale. Tutte le teorie esaminate rilevano che un atto criminale, in alcuni casi, può essere letto come l’espressione finale di un percorso interiore fatto di conflitti e di un mancato equilibrio tra Io, Super-Io, nell’emergere di violente pulsioni inconsce nate da esperienze fortemente traumatiche vissute in età infantile.

**Parole chiave:** Psicologia dinamica, criminalità, acting-out, carattere antisociale.

### **Abstract**

Addiction is an issue that has existed for some time but with the rise of new technologies, not only was valued the concept of dependency inherent in the pathological bond that develops between a subject and substance, new forms have emerged much more aggressive devious and dangerously addictive behaviors related to recurrence of circular and harmful to humans. The key to the problem is offered by the constant pursuit of pleasure which satisfaction and psychological well-being, hedonistic concept has always sought by humans. The transition from "normal" to "abnormal" is relative to the times, more and more short, in which the subject tends to reach a positive value, such as that of being, behaving this flattening imagination to reality and removing its true value . This article will focus precisely on the new forms of behavioral addiction, or the New Addiction. Among these will be discussed also a dependence little known in Italy but very developed in America: the Vigorexia (or addiction to sports), which can lead to the assumption of doping substances. Vigorexia doping and traveling on the same track and take pathological forms because it is closely related to the need to need welfare linked to the use of substances harmful to the body and recurrence of harmful behaviors. Will address the issue of doping in many sports fields, to hear the case Pantani. With the epilogue will try to propose a thesis useful in a possible liberation from these needs circular, through the implementation of an inner journey direct use of the resources that nature offers us spontaneously: endorphins.

**Key words:** dynamic psychology, criminality, acting-out, antisocial behaviour.

## **1. GLI ALBORI E I PRIMI SVILUPPI DEGLI STUDI DI PSICOLOGIA DINAMICA SULLA CRIMINALITÀ.**

### 1.1 Sigmund Freud e la criminologia.

Sigmund Freud (1856-1939), padre della psicologia dinamica, già nel 1916 ha dato l'avvio alla riflessione e alla ricerca in ambito criminologico in senso psicoanalitico con la sua opera *I criminali per senso di colpa*, un testo che appare ancora incredibilmente moderno. Il lavoro di Freud si basa sui contenuti di numerose sedute analitiche nel corso delle quali i suoi pazienti di età adulta gli avevano raccontato di aver compiuto, in età anteriore alla pubertà, una serie di piccoli reati (furti, incendi dolosi, truffe) non legati a necessità economica o ad altre spinte di natura sociale. L'interesse dello studioso viennese divenne maggiore di fronte alle numerose testimonianze di pazienti che, in età adulta, continuavano a mettere in essere comportamenti delinquenziali. Nel suo testo si legge "il lavoro analitico ha dato poi il sorprendente risultato che tali azioni venivano compiute soprattutto perché proibite e perché la loro esecuzione portava un sollievo psichico a chi le commetteva. Costui soffriva di un opprimente senso di colpa di origine sconosciuta e, dopo aver commesso un

misfatto, il peso veniva mitigato. Perlomeno il senso di colpa era attribuito a qualche cosa<sup>7</sup>.

Relativamente a quanto sopra riportato, c'è la necessità di contestualizzare le affermazioni, sottolineando che l'opera di Freud è stata pubblicata ai primi del '900, un momento storico in cui, in ambito psicologico, era opinione comune che il senso di colpa potesse nascere solo in conseguenza della commissione di un atto illecito o riprovevole e, quindi, a esso posteriore e che fu proprio I criminali per senso di colpa il primo lavoro scientifico a sostenere il contrario, affermando che il senso di colpa era preesistente all'atto illecito e che, addirittura, ne era anche la causa. Una tale rivoluzione concettuale permise a Freud di elaborare una teoria assolutamente innovativa, identificando e definendo nelle loro caratteristiche psicologiche i "criminali per senso di colpa". A questo punto Freud si trovò di fronte ad altre due problematiche e, in particolare, alla provenienza del senso di colpa antecedente all'atto criminoso e, cosa ancor più importante, alla possibilità dell'esistenza di un nesso causale tra il sentimento di colpa in questione e un atto delinquenziale. Freud affronta un studio sulla fonte del senso di colpa nei soggetti criminali, ma lo amplia agli uomini in generale: "Il risultato costante del lavoro analitico ci diceva che questo oscuro senso di colpa proveniva dal complesso edipico ed era una reazione ai due grandi propositi criminosi di uccidere il padre ed avere rapporti sessuali con la madre. In confronto a questi due, i crimini commessi per

---

<sup>7</sup> Freud S., *I delinquenti per senso di colpa*, pag. 651.

fissare il senso di colpa costituivano certamente un sollievo per l'individuo tormentato”<sup>8</sup>. Circa la connessione causale tra senso di colpa e crimine, Freud rilevò come i bambini mettessero in atto comportamenti tali da “essere cattivi” per avere la punizione da parte dei genitori, tranquillizzandosi subito dopo. Da questa osservazione dedusse che dietro la ricerca della punizione c’era un sentimento di colpa. Estendendo questo tipo di approccio ai soggetti adulti, Freud dapprima sottolineò l’esistenza di soggetti delinquenti anche in assenza di senso di colpa (soggetti carenti di inibizioni morali o addirittura che vivono una giustificazione nell’agire in maniera antisociale) e poi definì chiaramente i soggetti adulti “delinquenti per senso di colpa” nei quali, come nei bambini, la ricerca nella punizione risultava una sorta di ristoro al sentimento oscuro presente nell’inconscio. Sigmund Freud afferma che in questi soggetti, partendo da due desideri infantili inaccettabili (l’uccisione del padre e il rapporto incestuoso con la madre), si generavano dei sensi di colpa che, nella ricerca di una punizione per avere avuto desideri così terribili, li spingevano a commettere un reato caratterizzato da un forte valore simbolico. Analizzando queste affermazioni alla luce dei successivi sviluppi della psicologia dinamica è possibile rilevare una certa contraddittorietà in questa teoria freudiana. Freud scrive che questi delinquenti vivono un senso di colpa antecedente alla commissione del reato a causa di quello che viene definito il complesso di Edipo, sottolineando che si tratta di desideri inconsci, come dimostrato dal fatto

---

<sup>8</sup> Freud S., *op.cit.*, pag. 652.

che i soggetti sono incapaci di comprendere i motivi della propria sofferenza. Detto senso di colpa diventa una specie di tribunale invisibile e il soggetto si sente sulle spalle il peso di atti gravissimi. La domanda sorge spontanea: ma come fanno questi elementi inconsci a concretizzare un tormento psichico tanto rilevante? In un lavoro del 1913, Totem e tabù, Freud, anche se non in maniera esaustiva, aveva già dato delle risposte relativamente a tali problematiche, infatti aveva sottolineato che l'inconscio è governato dal principio dell'onnipotenza dei pensieri e dei desideri per il quale basta di desiderare di uccidere una persona perché ciò, nell'inconscio, equivalga a ucciderla veramente. Quindi nell'inconscio non c'è distinzione tra un crimine fantasmatico e un crimine reale e, in entrambi i casi, si sviluppa un potente sentimento di colpa che va poi a condizionare le azioni dei soggetti nella vita reale. Così il criminale, sotto la spinta opprimente dei sentimenti che lo fanno sentire colpevole, compie un reale atto delinquenziale su cui trasferisce il peso della colpa che vive. In tale maniera il criminale si autoconvince che i suoi sentimenti di colpa sono legati al crimine commesso effettivamente per non giungere a comprendere che invece sono dovuti ai conflitti edipici caratterizzati dal desiderio di uccisione del padre e di incesto verso la madre. Il delinquente dice a se stesso: “in fin dei conti ho solo rubato e ammazzato, certo non ho ucciso mio padre o posseduto mia madre”. Riferendoci a questa interpretazione il crimine dei “delinquenti per senso di colpa” allevia l'oppressione dei delitti edipici attraverso un meccanismo di difesa che è la razionalizzazione. Quindi Freud, rifacendosi a quanto aveva detto circa i bambini che facevano i “cattivi”

per avere una punizione e che subito dopo si calmavano, allarga la visione anche agli individui adulti e criminali, sostenendo che proprio le azioni dei delinquenti miravano a determinare una punizione. Semplificando i concetti potremmo dire che un criminale, sovrastato e tormentato dai sensi di colpa derivati dall'Edipo, perpetra i reati per ottenere quella punizione capace di affrancarlo dal tormento che gli nasce dall'inconscio.

### 1.2 Psicologia dinamica e criminologia in Theodor Reik.

Theodor Reik (1888-1969) è un allievo di Freud che nel 1925 ha dato alle stampe il libro *Coazione a confessare e bisogno di punizione*. Il testo illustra la visione della psicologia dinamica nell'ambito criminologico.

Reik, nel corso delle numerose sedute analitiche tenute negli anni, si era imbattuto con una certa frequenza in un fenomeno che egli aveva definito "coazione a confessare", che era di natura inconscia. Lo studioso ricercò tale fenomeno analizzando alcuni episodi criminali concreti. Un caso molto interessante fu quello relativo a un soggetto a cui Reik attribuì il nome di H.. Nello specifico si trattava di un assassino che, assunto il ruolo fittizio di studioso di batteriologia, riusciva a procurarsi delle colture microbiche letali che poi somministrava alle sue vittime per ammazzarle. H, nella sua falsa veste di studioso di batteriologia, giunse a lamentarsi per la scarsa efficacia delle colture che si faceva spedire dall'istituto scientifico dove si procurava le cariche microbiche, ma nella sua lettera commise un lapsus calami rivelatorio. In luogo di "nei miei esperimenti su topi (mause) o cavie (meerschweinchn), egli scrisse "nei miei esperimenti sugli uomini (menschen)". Si tratta,



evidentemente di un atto inconscio che mette in luce il suo desiderio di essere scoperto e, quindi, punito, il che è perfettamente in linea con le precedenti teorie freudiane e con il fenomeno della “coazione a confessare” identificato da Reik. A tal proposito, è opportuno riportare quanto scrive testualmente Reik nel suo lavoro: “Altrimenti, se non ci fosse un impulso più forte di ogni intenzione cosciente (appunto l’inconscia coazione a confessare), come sarebbe possibile spiegare i casi innumerevoli in cui un piano criminale, eseguito con straordinaria intelligenza e ingegnosità, tenendo conto di tutto, fallisce poi per un piccolo particolare a cui il criminale non aveva pensato, nonostante avesse attentamente considerato circostanze meno importanti? ... Non vi sembra che forti tendenze inconscie all’auto-accusa fondino la loro efficienza proprio su quel punto debole? L’impulso irresistibile a confessare non si sarà forse nascosto dietro tutti quei casi di dimenticanza e di trascuratezza?”<sup>9</sup>. In sostanza Reik si pone in linea diretta con la visione criminologica di Freud, in quanto la “coazione a confessare” è un meccanismo inconscio alimentato dal profondo bisogno di essere punito che ha il delinquente per colpa. È interessante, anche riportando la prospettiva psicoanalitica a reati analizzabili attualmente, che esempi assolutamente indiscutibili di “coazione inconscia a confessare” sono quelli dell’assassino che torna nel luogo del delitto e dei criminali che inviano messaggi anonimi ai mass-media. È chiaro in questi tipi di delinquenti un profondo senso di colpa anteriore alla commissione del fatto

---

<sup>9</sup> Reik T., *op.cit.*, pag. 232-233.

reato e, nel contempo, si manifesta una potente e inconscia pulsione a confessare che è posteriore a senso di colpa stesso, ma lo rende funzionale. Le persone nevrotiche, in genere, hanno nel loro inconscio il bisogno di essere punite e Reik studiò come, anche al di fuori dei tribunali, in questo tipo di esseri umani, nelle loro autopunizioni, si ritrovano delle sentenze e dei castighi esemplari. Reik approfondì le sue osservazioni rilevando che i soggetti in cui era più frequente l'osservazione di una delinquenza per senso di colpa erano i nevrotici ossessivi. In questi particolari individui, a livello inconscio, viene applicata la logica del taglione, nell'ambito di una sorta di tribunale interno: se hai desiderato (che è la stessa cosa che fare) questo atto terribile, devi essere punito con una severità congruente alla gravità del tuo desiderio.

## **2. LO SVILUPPO DELLE IPOTESI CRIMINOLOGICHE DI FREUD.**

### **2.1 Il contributo di Franz Alexander e Hugo Staub.**

La criminologia, nell'ottica della psicologia dinamica, trova un importante contributo nell'opera dello psicoanalista Franz Alexander (1891-1964) e del giurista Hugo Staub che, nel 1929 pubblicarono il lavoro *Il criminale e i suoi giudici*. I due autori partono dall'osservazione che nella pratica della giustizia ci sono numerose sentenze giudiziarie errate e ingiuste e che ciò depaupera il sentimento di giustizia nella collettività. È necessario, quindi, giungere a un approfondimento scientifico di cosa sia un atto criminale, per così giungere a sentenze più corrette, allo scopo di rifondare e alimentare il sentimento del

diritto dei cittadini. Assunto fondamentale delle loro teorie è che bisogna punire l'autore del crimine e non il crimine in senso lato. Per far ciò occorre fare uno studio psicologico del delinquente perché i fatti non siano mai separati da chi li compie. Una volta messo in essere un tale tipo di lavoro psicologico sull'agire delinquenziale, si potrà poi stabilire qual è il trattamento più adeguato al singolo caso. La psicoanalisi ha gli strumenti per studiare le motivazioni più profonde dell'agire di un essere umano. Freud ha affermato che la personalità non è un'unità omogenea e che l'Io cosciente è solo la punta di un iceberg la cui parte sommersa, preconsa e inconscia, è un immenso contenitore di affetti, di pulsioni e di moventi all'agire. Tutto questo non era stato ancora applicato in ambito criminologico e Alexander e Staub sono stati i primi a porre l'accento su tale dato. Le azioni umane sono sempre sovradeterminate e le determinanti di esse sono profondamente contraddittorie. Si uccide per odio e per amore e il troppo amore può essere una sublimazione dell'odio. Si può rubare per lucrare o per una coazione inconscia. I tribunali si riferiscono solo ai motivi coscienti, ma questi motivi spesso sono delle razionalizzazioni difensive di pulsioni inconse. Comprendere un crimine significa affrontare globalmente la sua parte cosciente e l'immenso mare inconscio che sottintende i comportamenti del reo. Alexander e Staub fanno delle premesse teoriche che possono essere così sintetizzate:

- 1) I "normali" e i criminali, dal punto di vista qualitativo, sono simili sia psichicamente che somaticamente, la differenza tra di loro è quantitativa ed è

legata alle esperienze esistenziali: “nel nucleo quantitativamente e dinamicamente più importante della personalità, tra normali e criminali non corre differenza alcuna. L’uomo nasce al mondo delinquente... e nei primi anni di vita tale presso a poco si conserva... Il criminale trasforma i propri naturali impulsi asociali in azione come lo farebbe il bambino solo che lo potesse<sup>10</sup>”.

- 2) Lo sviluppo psichico ha il suo momento fondamentale nel complesso Edipico, perché è in quel periodo sensibile dell’esistenza umana che i conflitti inconsci possono indirizzare un soggetto alla normalità, alla nevrosi o alla criminalità; in altri termini il nevrotico e il criminale sono due soggetti che sono stati incapaci di risolvere in senso sociale i conflitti legati alla fase Edipica. A questo punto Staub e Alexander si chiedono come mai alcuni soggetti si limitano a delitti inconsci simbolici e si puniscono con i sintomi nevrotici, mentre altri, sotto la spinta delle pulsioni inconse, concretizzano atti criminosi. Secondo gli autori ciò che impedisce l’emergenza di tendenze criminali è la presenza di un super Io ben formato. Nei criminali lo sviluppo del Super-Io appare incompleto e le tendenze dell’inconscio emergono in maniera tumultuosa. Relativamente al tema della responsabilità del criminale rispetto a ciò che compie, la dottrina del libero arbitrio indica che il reo conosce cosa sia il bene e cosa sia il male, motivo per cui sceglie liberamente. Ciò appare in netto contrasto con le teorie

---

<sup>10</sup> Alexander F., Staub H., *Il delinquente e i suoi giudici. Uno sguardo psicoanalitico nel campo del diritto penale*, pag. 21.

della psicologia dinamica. L'Io non dispone di un potere illimitato ed è soggetto all'azione dirompente delle pulsioni dell'inconscio. La psicologia dinamica, studiando le malattie mentali ha individuato ampiamente il ruolo delle motivazioni inconse, giungendo ad affermare che in nessun uomo, in senso stretto, può esistere quella totale e libera determinazione della volontà postulata dalla dottrina del libero arbitrio. In ogni azione, normale o criminale, i processi inconsci possono indirizzare le azioni degli individui. Così gli autori propongono di sostituire al criterio della responsabilità morale e penale un concetto di natura squisitamente scientifica e fanno la proposta di studiare il crimine attraverso il grado di partecipazione dell'Io cosciente e dell'inconscio al delitto, per giungere a una sentenza corretta e, quindi, alle misure più idonee da adottare nei confronti del colpevole. Staub e Alexander fanno una classificazione delle condotte criminose in senso psicoanalitico, riferendosi ai gradi di partecipazione dell'Io cosciente e dell'inconscio all'azione criminosa.

1 - Criminalità cronica.

Sono criminali cronici i soggetti che compiono i reati a causa della loro personalità criminale e possono essere suddivisi, a seconda di quanto l'Io cosciente è determinante nella commissione del fatto reato in quattro categorie:

a) I criminali per cause organiche.

Sono quei soggetti che per la presenza di malattie organiche, tare costituzionali o gravi patologie psicotiche hanno la funzione dell'Io altamente pregiudicata.

b) I criminali nevrotici.

Sono individui in cui le motivazioni del crimine sono per alto grado inconse; presentano un marcato conflitto tra inconscio e super Io; in questi soggetti, assimilabili ai delinquenti per “senso di colpa” di Freud, la punizione è cercata per espiare i terribili desideri legati all’Edipo. In questi criminali il super Io viene aggirato e ingannato per far sì che l’Io asseconi le tendenze criminose dell’inconscio. Secondo Alexander e Staub, in questi soggetti si agita comunque un forte conflitto e in base a questo si distinguono differenti tipi di condotte criminali, tra i quali gli autori indicano i “delitti coatti” o “delitti sintomi” (cleptomania, piromania, truffa coatta) che ricordano i sintomi ossessivi perché risultano all’Io come qualcosa di estraneo e di criminoso, ma che l’Io non riesce comunque a bloccare.

Alexander e Staub parlano poi di “comportamento neurocriminale”<sup>11</sup>, cui partecipa completamente la personalità del reo. Questi criminali agiscono inconsciamente per mettersi in una situazione di sofferenza reale, provocando gli organi dell’autorità, inducendoli all’ingiustizia verso se stessi, attraverso un meccanismo puramente nevrotico. In altri soggetti si osserva un meccanismo che ha dei tratti psicotici, che è la “proiezione della colpa”; i soggetti attribuiscono ad altre persone delle colpe che appartengono a motivi rimossi che a loro appartengono, sentendosi perseguitati e offesi dagli altri. Un esempio chiaro è il delirio di gelosia in cui un uomo proietta sulla moglie le proprie

---

<sup>11</sup> Alexander F., Staub H., *op.cit.*, pag.59.

inconscie pulsioni adulterine, unite al sentimento di colpa a esso connesse, fino a che l'Io è giustificato a uccidere la consorte.

C'è poi un terzo meccanismo che è la razionalizzazione, attraverso la quale il reo tenta di dare una giustificazione morale o logica ad atti criminali il cui vero movente è inconscio: "Nella criminalità questo meccanismo si riscontra con la massima frequenza nell'autore di attentati politici il quale si costruisce una teoria per poter realizzare senza senso di colpa le proprie tendenze parricide più o meno sublimite ... al di sotto della motivazione cosciente, approvata dall'lo, si nasconde una inconscia tendenza aggressiva che all'lo è estranea."<sup>12</sup> L'ordine simbolico all' ma che il vero uomo libero è il folle perchè o sia un individuo che ha perso completamente la libertà di Appare evidente che i criminali per senso di colpa individuati da Sigmund Freud sono da includere tra i criminali nevrotici. Il delitto appaga gli inconsci desideri dei criminali e con la punizione viene placato il loro senso di colpa, realizzando quello che viene definito in psicoanalisi il "guadagno nevrotico", il che giustifica anche una recidiva del reato.

c) I criminali normali.

Soggetti che fanno parte di gruppi ristretti in cui domina una morale altra rispetto a quella della società, non sono nevrotici, ma hanno un Super-Io criminale. Sono soggetti che si identificano totalmente con il crimine che viene

---

<sup>12</sup> Alexander F., Staub H., *op.cit.*, pag.59.

pertanto approvato sia dal loro Io che dal loro Super-Io. Si tratta di criminali professionisti.

d) I criminali puri.

Sono casi limite statisticamente irrilevanti, in cui si osservano soggetti completamente privi di Super-Io, che traducono immediatamente in un atto criminoso i loro impulsi primitivi.

2 - Criminalità occasionale.

In questa categoria vanno considerati tutti gli esseri umani senza nessuna eccezione, perché chiunque, messo in una ben determinata situazione, può infrangere la legge. Tali soggetti compiono delitti colposi e delitti occasionali.

a) Delitti colposi (da negligenza).

I soggetti, in uno stato di particolare debolezza o di stress, compiono degli atti mancati cui consegue un reato. L'Io viene sorpreso dalle tendenze rimosse che emergono a causa della situazione di stress. Questi soggetti respingono il crimine e lo considerano a loro estraneo.

b) Delitti accidentali.

Esempio eclatante è la legittima difesa, situazione in cui è necessario sospendere l'azione del proprio Super-Io per salvare la propria vita.

Alexander e Staub, riferendosi alla tipologia criminale appena riportata, affermano che ci sono misure diversificate per ogni caso.



1- In rapporto alla criminalità cronica.

a) Nei delinquenti nevrotici abbiamo visto che vengono messi in essere comportamenti criminali anziché essere manifesti dei sintomi, motivo per cui, secondo gli autori, siamo di fronte a un crimine che è di fatto una malattia mentale e, quindi, bisogna abolire la pena e avviare i soggetti a trattamento psicoanalitico. In questo tipo di criminali una condanna al carcere è inutile e, addirittura, dannosa in quanto si tratta esseri umani in cui la volontà cosciente è in balia dei processi inconsci che li portano al reato; inoltre, poiché questi individui cercano la punizione (condanna giudiziale) l'essere puniti li incoraggia, una volta usciti dal carcere, a compiere altri crimini.

b) Relativamente ai soggetti nei quali è possibile riscontrare un Super-Io criminale, gli autori sottolineano che in tali individui il comportamento delinquenziale si determina in seguito a un apprendimento di modelli di identificazione con comportamenti devianti. In tali soggetti è fondamentale un lavoro di prevenzione attraverso l'educazione, lavoro che potrà rallentare e addirittura correggere l'acquisizione di un comportamento criminale.

2 - In rapporto alla criminalità occasionale.

Nei criminali occasionali, secondo Alexander e Staub, è sbagliato comminare una condanna penale, mentre bisogna applicare le norme del diritto privato relativo al risarcimento del danno. Secondo gli autori la scelta di un trattamento appropriato rende un servizio di incommensurabile valore sia al criminale che

alla società, attivando un percorso di reale prevenzione, ispirato al principio di opportunità.

Gli autori analizzano anche i delitti estremamente crudeli, che scuotono la società e fanno nascere nei cittadini un bisogno di espiazione che non cessa anche quando emergono chiaramente aspetti patologici nella genesi di efferati omicidi. La vis punitiva della società, alimentata da sentimenti che potremmo definire “di pancia” non riesce a far cogliere ai cittadini il senso di ogni specifico e concreto delitto. Alexander e Staub sottolineano che la società vuole punire il criminale perché la sua impunità rappresenterebbe una grave minaccia per le rimozioni della società stessa. Un grave delitto impunito minerebbe l’Autorità del Super-Io sociale sull’individuo criminale e, a quel punto, ai singoli membri di quella collettività si porrebbe l’alternativa tra il dare il libero sfogo alle tendenze antisociali e punire in maniera esemplare il colpevole. Quindi, il volere una punizione esemplare come espiazione anche per un soggetto che nella prospettiva di Alexander e Staub compie un crimine, perché malato di mente, è un sintomo che ci indica che in quella società esistono intense spinte criminali inconse pronte a esplodere. Gli autori arrivano ad affermare che ci sono delle affinità tra i criminali e i giudici troppo severi: “Con parte del suo spirito, e cioè con quella inconscia e impulsiva, ogni uomo, e in particolare lo zelante persecutore del delinquente, si mette dalla sua parte. A questa simpatia inconscia non è concesso diventare cosciente ad opera

dell'istanza di rimozione, ipercompensata dalla persecuzione del colpevole”<sup>13</sup>. Ogni pena ha un carattere affettivo che è legato alle reazioni della società in cui viene erogata. Tale dato è dimostrato dal fatto che il reo confesso ha diritto a uno sconto di pena, mentre colui che nega la sua colpevolezza subisce il massimo della condanna. Questo perché psicologicamente chi confessa rafforza il Super-Io sociale e aiuta a fortificare la rimozione delle pulsioni delinquenti negli altri cittadini, in quanto toglie alla pena l'elemento espiatorio. Alexander e Staub, inoltre, si soffermano su altri due elementi affettivi legati alla pena. Il primo è la vendetta, meccanismo per cui la società colpita reagisce colpendo il criminale, facendolo soffrire. L'altra è quella che gli autori definiscono il segreto appagamento dell'aggressività della collettività, meccanismo per il quale erogando una pena esemplare a un criminale la società scarica in una forma legalmente riconosciuta una quota della sua aggressività rimossa, come guadagno per non aver esercitato un soddisfacimento diretto. Alexander e Staub affermano che il diritto penale non porta a sentenze di tipo razionale, anzi “la commisurazione e l'esecuzione della pena sono vere palestre per la mera soddisfazione delle esigenze affettive”<sup>14</sup> e tutto questo deve essere attribuito all'esercizio del principio di espiazione e di una sorta di rappresaglia della società contro l'individuo criminale, nel tentativo di appagare l'aggressività della collettività.

2.2 La criminalità abituale e la criminalità occasionale di George Devereux.

---

<sup>13</sup> Alexander F., Staub H., *op.cit.*, pag.111.

George Devereux (1908-1985) nel suo lavoro del 1951 *Crimine nevrotico e comportamento criminale*, fa partire la sua speculazione dai concetti di criminalità cronica e criminalità occasionale di Alexander e Staub. Secondo lo studioso, in ambito criminologico si confondono due fenomeni che vanno assolutamente distinti l'uno dall'altro e vale a dire, i casi di “atti criminali isolati” e i casi “di condotta criminale abituale”. Per Devereux molti autori suoi contemporanei partendo dallo studio di una massa di delitti commessi da persone che erano in genere rispettose delle leggi hanno generalizzato i risultati, fino a formulare una teoria omnicomprensiva della criminalità, abbandonandosi a estrapolazioni abusive.

Devereux studiando gli atti criminali isolati, identifica due sottotipi:

- a) Delitti veramente unici, siano essi o no premeditati, quali quelli generati dalla spinta di un impulso (a titolo esemplificativo l'omicidio perpetrato su una persona considerata un acerrimo nemico o una violenza carnale su una donna da loro corteggiata che li respinge fino a un livello elevato di frustrazione).
- b) Gli atti criminali isolati dei soggetti nevrotici (il reato perpetrato dal cleptomane privo di fine utilitaristico ed egodistonico).

Devereux afferma che gli atti criminali isolati sono spesso commessi da persone nevrotiche in cui è presente un “conflitto fondamentale che può essere

---

<sup>14</sup> Alexander F., Staub H., *op.cit.*, pag.117.

Edipico, aggressivo o di altra natura”<sup>15</sup>. In questi soggetti giunge un momento in cui il corteo dei sintomi nevrotici non riesce più a contenere l’angoscia e le pulsioni inconscie li portano a compiere dei crimini che “possono essere considerati sintomi supplementari, e quindi una eruzione di forze pulsionali che, come è dimostrato da Freud, diventano mostruose sotto l’azione della rimozione. In quanto manifestazioni di un temporaneo venir meno delle forse rimoventi, e proprio questo è il loro carattere principale, questi atti appartengono evidentemente alla categoria dei sintomi nevrotici e non a quella dei crimini”<sup>16</sup>.

Trattando il tema della “criminalità abituale”, Devereux sottolinea che in questo tipo di comportamento deviante non si rileva l’emergere di pulsioni e non è nemmeno presente un’incapacità di sublimazione. Questi delinquenti presentano delle difese psichiche molto forti e tali da rimuovere addirittura anche le pulsioni definibili come “sane”. Si tratta di difese criminali per natura talmente solide e strutturate nel carattere di questi individui che Devereux, utilizzando un termine coniato da Wilhelm Reich, le definisce “un’armatura”.

Ricapitolando, possiamo dire che il delinquente occasionale nevrotico compie un delitto per un indebolimento temporaneo dei suoi meccanismi di difesa e, fondamentalmente, non può definirsi un soggetto naturalmente criminale. Invece, un soggetto definibile come “criminale abituale” ha ricoperto il suo

---

<sup>15</sup> Devereux G., *op.cit*, pag.164.

<sup>16</sup> Devereux G., *op.cit*, pag.165.

conflitto inconscio fondamentale con un'armatura psichica che rende la sua struttura di carattere naturalmente criminale. Quindi, se l'atto delinquenziale del nevrotico è comprensibile chiaramente in un'ottica psicodinamica, il comportamento deviante abituale è difficile da interpretare, perché non è legato a un conflitto sottostante e anzi, a volte, è così macroscopico e incongruente da essere di grave ostacolo al chiarimento dei suoi conflitti interiori. Devereux riporta dei casi di criminali abituali che per conseguire un obiettivo criminale, che potremmo definire moderato, commettono un crimine ben più grave che va oltre i risultati delinquenziali che si erano prefissi (il ladro che per scappare uccide il padrone di casa; colui che uccide una persona per impedire la scoperta di un altro reato che ha perpetrato a esempio in caso di spionaggio industriale). L'autore va oltre e sottolinea che molti degli studiosi nel suo tempo, osservando i casi isolatamente e superficialmente, vedono nei criminali abituali inesistenti meccanismi di autopunizione. Per Devereux è indispensabile effettuare uno studio globale del "criminale abituale" e, in questa prospettiva, afferma che il tipo di comportamento di questo delinquente "rivela un processo che corrisponde quasi punto per punto a quello che nell'infanzia, ha permesso al criminale di superare il suo conflitto fondamentale elaborando un sistema di sintomi difensivi (quelli della condotta criminale che sono, insieme, più perniciosi sul piano etico e più pericolosi su quello pratico di quanto non lo sarebbe stato l'acting-out delle fantasie legate a questo conflitto)"<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Devereux G., *op.cit*, pag.165.

Nell'impostazione data al tema da Devereux, quindi, è inammissibile l'affermazione che uno psicopatico è preda delle sue pulsioni, perché andrebbe affermato che uno psicopatico è preda delle sue difese. Il criminale abituale utilizza il cannone quando gli sarebbe bastato utilizzare un randello e rivela un disturbo caratteriale che denota l'incapacità del soggetto ad affrontare la serie, sempre rinnovata, di conflitti generati dalle sue eccessive difese, difese che egli ha innalzato contro il suo conflitto fondamentale.

### **3 LA CRIMINOLOGIA E JACQUES LACAN.**

#### **3.1 L'approccio alla criminologia di Lacan.**

Jacques Lacan (1908-1985) si specializzò in psichiatria con una tesi di interesse criminologico sul caso Aimée.

Aimée è lo pseudonimo di una paziente ricoverata in manicomio criminale dopo un attentato fallito ai danni di una celebre attrice dell'epoca. Il giovane psichiatra, propose il concetto di psicosi di autopunizione, identificando un'entità nosologica nuova. Lacan studiò il delirio della paziente e vide che non era sparito dopo l'esecuzione dell'atto criminale, ma soltanto nel momento in cui ella si era ritrovata reclusa per espiare la pena. Così propone una tesi molto ardita, affermando che la paziente aveva operato un'autopunizione paranoica in risposta a profondi conflitti interiori. In seguito, riferendosi alle teorie di Paul Guiraud afferma di rifiutarsi di credere che il crimine schizofrenico possa essere immotivato. Per Lacan la follia non è un concetto semplice e non è detto

che il pazzo sia un individuo che ha perso completamente la libertà di pensare e di agire. Lo studioso francese afferma che il vero uomo libero è il folle perché non è assoggettato all'ordine simbolico. Sempre da Guiraud, Lacan prende il termine di kakon, che identifica e concentra il malessere interiore di un individuo posizionandolo presso l'altro da sé e chiamandolo il male. Per Lacan rispondere al crimine è la scommessa di ogni società, perché il crimine resta sempre profondamente umano. L'atto delinquenziale è una questione di sostanza e non di forma e dobbiamo fare della criminologia una dottrina umanista attraverso la psicoanalisi, unica disciplina capace di ritrovare la singolarità di ogni individuo per quanto essa sia dissociata, violenta e crudele. Lacan afferma che il conflitto è dentro ogni soggetto e che l'aggressività che è in noi è allo stesso tempo subita e agita e sottesa a un'identificazione con l'altro. Ciò significa che il soggetto non è solo e che non può essere studiato in modo isolato. Un individuo è l'effetto del mondo simbolico in cui è immerso che è fatto di linguaggi, di leggi, di tradizioni e di cultura. Secondo lo studioso tutto ciò vale anche per i soggetti psicotici.

### 3.2 Lacan, o come non disumanizzare il criminale.

Nel 1950, Jacques Lacan scrisse, in collaborazione con Michel Cénac, l'introduzione teorica alle funzioni della psicoanalisi in criminologia. Nel testo l'autore afferma che la criminologia si divide in due campi. Il primo è quello che appartiene direttamente alla psichiatria, il secondo è, invece, un campo potenziale che affinisce a un insieme di oggetti reali e simbolici sui quali la psicoanalisi è chiamata a tenere un discorso originale. Lacan non crede



all'universalismo dell'Edipo, mentre ritiene che il Super-Io abbia una posizione universalista. Uno psicopatico sembrerebbe condannato ad abitare una prigione costruita dal Super-Io. In questa lettura Lacan riesce ad afferrare la contemporaneità della clinica del caso e della clinica sociale. Secondo Lacan l'insieme delle regole simboliche è utilizzato da un individuo normale per mettere in essere delle condotte reali e dagli psicopatici per mettere in essere delle condotte irreali, che esprimono un simbolismo parcellare (comunque un simbolismo) e una soluzione alla propria sofferenza passando all'atto criminoso, quindi, utilizzando le stesse parole dello studioso "se la psicoanalisi irrealizza il crimine, non disumanizza il criminale"<sup>18</sup>. Questo aforisma è una risposta etica alla questione della criminologia. La conoscenza dell'inconscio e delle condotte umane non spiega tutti i crimini. In quello che ha detto la psicologia dinamica fino a Lacan manca il protagonista: il criminale. Lacan afferma che "né il crimine né il criminale sono oggetti che possano concepirsi al di fuori dal loro riferimento sociologico", e ancora che il passaggio all'atto indica "il punto di rottura che l'individuo occupa nella rete delle aggregazioni sociali"<sup>19</sup>. L'autore, attraverso uno studio circa la responsabilità penale, riflette sul posto sociale occupato dal criminale e annota che, a partire dalla fine del XIX secolo, gli esperti psichiatri erano entrati in tribunale e la diagnosi di follia aveva permesso di attenuare o, addirittura, eliminare la pena. Andando avanti

---

<sup>18</sup> Lacan J., *Introduzione teorica alle funzioni della psicoanalisi in criminologia*, pag.129.

<sup>19</sup> Lacan J., *op.cit.*, pag.137.

nel tempo, attraverso l'uso sempre più frequente delle perizie psichiatriche, si è giunti a una radicalizzazione delle scelte con l'opzione tra ospedale psichiatrico o prigione, quindi il criminale o è "matto" o è "sano". Va precisato che nel codice penale francese, follia e crimine erano incompatibili ("non c'è né crimine, né delitto, allorché l'accusato era in stato di demenza al momento dell'azione, allorché è stato costretto da una forza alla quale non ha potuto resistere"<sup>20</sup>) e non esisteva un articolo simile al nostro articolo 89 del c.p., che permette agli psichiatri italiani più dinamica a ogni singolo caso. Prevalava, dunque, una concezione manichea, senza possibili riflessioni critiche o sfumature tra crimine e follia. Lacan sottolinea che, l'esperto di criminologia può, invece, attraverso l'esercizio di una psichiatria estremamente raffinata, riuscire addirittura a garantire un uso "quasi discrezionale nel dosaggio della pena"<sup>21</sup>. Per Lacan esiste uno spazio dove sono fondamentali proprio le sfumature e le circostanze individuali. Lo studioso rifiuta lo scientismo e, visto che lo stesso codice penale francese lo permette ("Nessun crimine o delitto può essere scusato, né la pena mitigata, se non nel caso e nelle circostanze in cui la legge dichiara il fatto scusabile, o permette di applicargli una pena meno rigorosa"), afferma che "col solo strumento di questo articolo, anche se, l'esperto, non può rispondere del carattere costrittivo della forza che ha comportato l'atto del soggetto, per lo meno può cercare chi ha subito questa costrizione. Ma a tale questione può rispondere soltanto lo psicoanalista, nella

---

<sup>20</sup> Lacan J., *op.cit.*, pag.103.

misura in cui è il solo che abbia un'esperienza dialettica del soggetto" 22. Va però detto che il ruolo dello psicoanalista non va confuso con quello del perito perché "a ogni modo, i casi che si mostrano chiaramente fondati sull'edipismo dovrebbero essere affidati all'analista senza nessuna delle limitazioni che ne possono ostacolare l'azione"23. Compito dell'analista, specialmente di fronte a un criterio duro da parte della magistratura che porta in prigione anche un gran numero di soggetti psicotici, è quello di ritrovare le coordinate congiunturali che hanno destabilizzato l'equilibrio dell'uomo che ha compiuto un crimine, il quale nel passaggio all'atto, interpretato come accecamento, si è abolito. Lacan afferma che la verità è straniera, inumana e che il destino di ciascuno di noi è di rifiutare il suo volto orribile, ma la verità parla nei sintomi e nell'agire del criminale nel mondo. Per dipanare il nodo di delitti senza ragione, senza interesse né passione né motivo, occorre fondare una teoria del soggetto che è assente nella psichiatria e, quindi, rendere umano il criminale.

#### **4. LA PSICOLOGIA DINAMICA IN RAPPORTO AL COMPORTEMENTO ANTISOCIALE INFANTILE E ADOLESCENZIALE**

4.1 Gli studi di A. Johnson e S.A. Szurek sulla genesi dell'acting-out antisociale.

---

<sup>21</sup> Lacan J., *op.cit.*, pag.126.

<sup>22</sup> Lacan J., *op.cit.*, pag.134.

Gli studi di Johnson e Szurek, iniziati fin dal 1942, hanno spostato l'attenzione sulla piccola criminalità legata all'infanzia e all'adolescenza. Gli studiosi rilevano che "il comportamento antisociale dei bambini e degli adolescenti cresciuti in un nucleo familiare"<sup>24</sup> si collega alla presenza di aree non strutturate del Super-Io definibili come "lacune del Super-Io". Tali lacune chiarirebbero il fatto che molti bambini e ragazzi che commettono questi reati sono assolutamente irreprensibili come comportamento in tutte le altre sfere della loro attività. Gli studiosi rilevano che nei soggetti con lacune del Super-Io si manifestano due tipi di impulsi: impulsi distruttivi (che determinano chiaramente episodi aggressivi, danneggiamenti, distruttività generica) e impulsi di natura egocentrica (che determinano un mancato accoglimento delle esigenze degli altri, ricerca di gratificata e non tolleranza alla frustrazione (spesso collegati a impulsi sessuali aggressivi). Johnson e Szurek hanno verificato che nei bambini portatori di lacune del Super-Io esisteva una corrispondente alterazione in uno o in entrambi i genitori, e che, quindi, le "lacune stesse sono collegabili a determinate modalità educative dei genitori"<sup>25</sup>. Gli autori hanno osservato la trasmissione di lacune anche per tre generazioni di seguito e hanno verificato che questo avviene attraverso due tipi

---

<sup>23</sup> Lacan J., *op.cit.*, pag.134.

<sup>24</sup> Johnson A.M. e Szurek S.A., *The genesis of antisocial acting-out in children and adults*, pag.323.

<sup>25</sup> Johnson A.M. e Szurek S.A., *op.cit.*, pag.323

di comportamento dei genitori che possono essere presenti allo stesso tempo e che determinano un disorientamento nel bambino.

Il primo comportamento è quello di mettere in essere un'eccessiva permissività che non permette di trasferire al bambino un'interpretazione negativa dei suoi primi atti sociali. Questo atteggiamento di minimizzazione va a delinarsi come una sorta di incoraggiamento a ripetere le azioni in discussione. Un esempio è il tipico atteggiamento genitoriale racchiuso nella frase "eccoti questo regalo, ma non dire a tuo padre quello che hai fatto", in cui uno dei genitori si allea con il figlio contro l'altro, nel contempo mostrando al bambino lo scarso valore che hanno la scorrettezza e la sincerità.

Un altro atteggiamento capace di determinare lacune del Super-Io è quello dei genitori che mettono in essere atteggiamenti ostili e di controllo insistente, che comunicano al bambino la loro scarsa fiducia. Si tratta in genere di genitori che non accettano il figlio e, in tal maniera, manifestano la loro ostilità al bambino. Ad esempio può accadere che un ragazzino compia un atto proibito e i genitori lo vanno a dire agli insegnanti, agli amici, manifestando un'incapacità di comprendere la fragilità dell'autostima del bambino, con conseguenze a volte disastrose. Johnson e Szurek riportano il caso di una bambina che si impiccò, perché la mamma, accortasi che le mancavano dieci dollari nella borsa, aveva telefonato alla scuola perché gli insegnanti li cercassero nelle tasche della figlia. Gli studiosi sottolineano che questi genitori incoraggiano inconsapevolmente i loro figli all'atto proibito, in quanto loro stessi cercano di soddisfare, attraverso i figli, dei personali desideri proibiti che hanno rimosso.

Gli autori riportano il caso di un padre che, avendo rimosso l'impulso a scappare di casa e a vagabondare, soddisfaceva questo suo desiderio inconscio attraverso le fughe del figlio di sei anni, dal quale si faceva raccontare per filo e per segno tutti i particolari della fuga, per poi picchiarlo quando si accorgeva che il bambino provava piacere nel narrare. Cosa analoga faceva una madre che appagava la propria pulsione a fare dei furti non proibendo, in maniera esplicita, alla figlia l'esecuzione di tutta una serie di piccole sottrazioni ad amici e conoscenti. Johnson e Szurek concludono i loro studi giungendo ad affermare che "tramite l'acting-out dei desideri rimossi dei genitori, il bambino soddisfa, al tempo stesso, anche i propri impulsi ostili verso di essi"<sup>26</sup>, arrecando loro preoccupazione e sofferenza, ricambiando in tal modo la loro ostilità e ambivalenza.

4.2 La formazione della struttura caratteriale antisociale secondo K. Friedlander.

La psicoanalista Kate Friedlander parte dall'assunto che nei soggetti criminali si trovano gli stessi conflitti presenti nei soggetti, specialmente se nevrotici. Secondo la studiosa determinati fattori ambientali possono condurre a sbocchi criminosi solo se nel soggetto è presente uno stato di delinquenza latente e, per questo, va alla ricerca delle strutture psichiche che determinano quella che definisce una struttura caratteriale antisociale<sup>27</sup>. La Friedlander studia due bambini di sette anni, uno dei quali presenta uno stato di delinquenza latente

---

<sup>26</sup> Johnson A.M. e Szurek S.A., *op.cit.*, pag.338.

che non è presente nell'altro e annota che entrambi i soggetti presentano gli stessi conflitti, cioè ambedue risultano avere scarsi risultati scolastici, sono agitati, hanno degli scatti di ira e non sono sotto il controllo dei genitori.

Billy, il bambino con stato di delinquenza latente, è il figlio di una coppia piccolo borghese che dopo la nascita del figlio aveva litigato ferocemente per sei anni per poi giungere alla separazione. La madre subito dopo si era unita con un altro uomo e Billy, fino ad allora definito come un bambino docile, modificò radicalmente i suoi comportamenti divenendo disobbediente, manifestando crudeltà verso gli animali, riducendo la performance scolastica. Così a sette anni di età, Billy era praticamente analfabeta, non si faceva mai il bagno da solo, in gabinetto si faceva pulire dalla madre e dormiva nel letto della genitrice. Billy compiva anche atti esibizionistici sessuali davanti alla nonna e alla madre. La mamma appariva debole, incapace di proibire qualsiasi cosa al figlio, sfiduciata rispetto al cambiamento di Billy. Così dopo averlo reso ciò che era glielo rinfaccia pesantemente. Durante l'analisi con Kate Friedlander, Billy usava materiali da gioco e drammatizzava i conflitti tra di lui e l'analista (faceva scontrare due aerei, in una lotta tra due soldatini entrambi venivano uccisi, ecc.). Secondo la Friedlander, Billy in tali giochi rappresentava la sua visione dei rapporti sessuali visti come atti aggressivi: "Questa fantasia aveva completamente assorbito Billy... mentre si procedeva ad analizzarla, fu possibile pervenire ad alcune conclusioni sul suo sviluppo

---

<sup>27</sup> Friedlander K., *Formation of the antisocial character*, pag.193.

istintuale: una parziale regressione alla fase sadico-ale dovuta ad angoscia di castrazione si esprimeva non solo nelle fantasie sadiche sul rapporto sessuale e nelle relazioni oggettuali sadiche, ma anche nell'aperta crudeltà verso gli animali e i bambini più piccoli”<sup>28</sup>. Billy ha vissuto un'angoscia profonda per la separazione dei genitori che si è verificata in pieno complesso Edipico e che, si è accresciuta anche per il fatto di avere condiviso a lungo la camera da letto con la madre. Il ragazzo si presentava alla Friedlander portando evidenti simboli fallici, quali coltelli e rasoi rubati nel corso delle sue scorribande. Billy odia apertamente il padre che lo ha abbandonato. Ma perché il ragazzino mette in essere tutta una serie di condotte antisociali come il saccheggiare le case bombardate? Per rispondere a questa domanda la Friedlander studia anche Peter, il secondo bambino che, pur non avendo uno stato di delinquenza latente, aveva le stesse fantasie sado-masochiste di Billy. Peter arriva in ritardo alle sedute perché vagabonda per le strade, ma mentre Billy non aveva alcun senso di colpa lui, giunto di fronte alla Friedlander si sentiva colpevole e cercava delle giustificazioni. Anche lui, come Billy, era attratto dagli oggetti fallici, ma non li rubava li chiedeva gentilmente o alla sua analista o agli amici. Anche Peter giocando in analisi rappresentava fantasie sado-masochiste, ma mentre Billy faceva solo giochi di quel tipo e si rifiutava di comprenderne il senso, Peter fu capace di rinunciare, in alcuni casi, per non alterare la sua relazione con la Friedlander. Entrambi i bambini dipendevano dalla loro madre, ma

---

<sup>28</sup> Friedlander K., *op.cit.*, pag.195.



mentre Billy diventava aggressivo se sottoposto a una minima frustrazione, Peter era capace di celare i suoi sentimenti ostili. Quindi secondo Kate Friedlander “la differenza significativa nell’atteggiamento di questi due bambini non deve essere cercata nel modello del loro sviluppo istintuale ma piuttosto nella struttura dell’Io e del Super-Io”<sup>29</sup>. Peter riesce a diventare via via più indipendente, i suoi scatti aggressivi diventano meno frequenti e utilizza i suoi sensi di colpa per progredire. Al contrario, Billy non manifesta una coscienza morale e nei suoi comportamenti non emerge mai alcun senso di colpa. Secondo la Friedlander, ciò che è mancato a Billy durante il periodo di latenza, a differenza dei bambini normali, è il fatto di non aver sviluppato quelle fondamentali identificazioni adulte, quali a esempio quelle con le insegnanti, identificazioni che sono capaci di sviluppare in maniera armonica il Super-Io. Billy non ha internalizzato le richieste dei genitori e trasferisce la sua relazione oggettuale sado-masochista a tutti coloro che individua come sostituti dei genitori. La Friedlander annota che entrambi i bambini, pur avendo una buona intelligenza, non conseguivano buoni risultati scolastici, ma mentre Billy, dominato dal principio del piacere, evitava qualsiasi sforzo e chiudeva i libri di fronte al più piccolo insuccesso, Peter riusciva a ubbidire al principio di realtà. Infatti il ragazzo desiderava imparare e, a differenza di Billy, aveva acquisito la capacità di leggere e scrivere. Billy mostra un’incapacità del suo Io di rinunciare alla soddisfazione immediata dei suoi impulsi e i suoi conflitti si

---

<sup>29</sup> Friedlander K., *op.cit.*, pag.197.

traducono in comportamenti delinquenziali, mentre nel caso di Peter diventavano sintomi nevrotici. Kate Friedlander identifica come tratto tipico del carattere antisociale e, quindi, della delinquenza latente, il fatto che l'Io di un ragazzo sia sotto il dominio del principio del piacere e con un Super-Io non sviluppato. In questo il caso di Billy è emblematico. A questo punto l'autrice si chiede "quali fattori educativi contribuiscano maggiormente alla formazione del carattere antisociale?"<sup>30</sup>. A suo dire l'elemento cardine è quello dell'essere vissuto in un ambiente familiare che non ha abituato l'Io del ragazzo a trattenere le forze istintuali. Billy, per l'incapacità della madre di essere ferma sia nella frustrazione che nella gratificazione del bambino, non ha potuto acquisire il principio di realtà.

## **5 GLI STUDI DI MELANIE KLEIN SULLA CRIMINALITÀ ATTRAVERSO LE ANALISI INFANTILI**

Melanie Klein nell'ambito dei suoi studi che riguardano la criminologia, attraverso le osservazioni sul transfert infantile e sull'azione dell'istinto di morte nei bambini, porta un contributo estremamente originale. La studiosa afferma che in tutti i bambini è possibile rilevare la presenza di tendenze sadiche o addirittura criminali.

“È un'idea terrificante, per non dire incredibile, per la nostra moralità, quella di un bambino dai sei ai dodici mesi che tenti di distruggere in fantasia la

---

<sup>30</sup> Friedlander K., *op.cit.*, pag.200.

madre con tutti i mezzi che le sue tendenze sadiche gli mettono a disposizione, con i denti, le unghie, gli escrementi e con tutto il proprio corpo, trasformato fantasticamente in ogni sorta di armi letali... l'abbondanza, la forza e la molteplicità delle crudeltà immaginarie che accompagnano tali esigenze istintive, appaiono così chiaramente e convincentemente nelle analisi precoci da non lasciare alcuna possibilità di dubbio"<sup>31</sup>, scrive testualmente l'autrice. Melanie Klein osserva i bambini nei loro giochi, consapevole che attraverso il linguaggio concreto dell'azione ludica, essi esprimono le loro produzioni fantasmatiche inconse, tra le quali potrebbero emergere anche delle tendenze delinquenziali. Risulta emblematico, negli studi di Melanie Klein, il caso di Peter, un bambino di cinque anni, che, mentre giocava nello studio della psicoanalista con dei pupazzetti che individuò come il padre e il fratello, dapprima mimò atti di masturbazione reciproca, poi tagliò la testa ai pupazzetti e la volle tenere per sé definendola "il boccone più appetitoso", per poi concludere il gioco vendendo a un macellaio immaginario i due corpi decapitati. Peter aveva un cattivo rapporto con i genitori ed era solito rompere i suoi giocattoli. Nei suoi giochi, sistematicamente, costruiva delle storie con lui, il padre, la madre e il fratellino, storie in cui spesso lui e il fratello uccidevano la madre e il padre, tagliavano a pezzi i loro corpi, li cuocevano e li mangiavano. Il gioco continuava poi, con i genitori che tornavano nuovamente in vita e punivano Peter e il fratellino decapitandoli, cuocendoli e mangiandoli.

---

<sup>31</sup> Klein M., *Psicoanalisi dei bambini*, pag. 184.

La Klein afferma che nei giochi come quelli di Peter effettuati nella stanza di analisi, i bambini, oltre alle tendenze sadiche e criminali, esprimono anche le loro paure nei confronti di diverse figure fantasmatiche. Peter ha paura di sporcarsi, di venire ucciso, di essere fatto a pezzi e di essere mangiato da figure parentali estremamente crudeli. Su questi dati l'autrice giunge ad affermare l'esistenza di un Super-Io molto precoce, andando oltre Freud che, invece, riteneva che il Super-Io non potesse instaurarsi prima del tramonto del complesso Edipico, cioè verso il quinto anno di vita. L'identità delle figure cattive del bambino (Super-Io) è quella dei suoi genitori, ma va sottolineato che c'è un'enorme discrepanza tra la crudeltà dei suoi genitori interni e la severità reale dei suoi genitori nella vita quotidiana. La crudeltà dei genitori interni, non ha alcun correlato con i genitori veri. In questa prospettiva, allora, un Super-Io molto lontano dagli oggetti esterni indica che esso pur essendosi formato a contatto con i genitori reali, è nato in funzione di una loro interpretazione persecutoria, legata al fatto che il bambino ha proiettato i suoi violenti impulsi distruttivi. Per questo il bambino ha relazioni con figure immaginarie che lo aggrediscono, figure che ripetono gli stessi attacchi che lui aveva rivolto agli oggetti con cui giocava. La Klein si domanda se le tendenze sadiche di Peter e le sue paure non possano essere legate a una nevrosi ossessiva. Ma la studiosa riscontra le medesime tendenze in molti bambini analizzati non perché portatori di disturbi psichici, ma soltanto per controlli di routine. La Klein afferma che in un bambino nevrotico come Peter questi fenomeni si osservano in maniera più chiara e intensa. Ma perché, pur avendo le stesse tendenze, alcuni bambini

restano normali e altri sviluppano gravi sintomi nevrotici? Nel caso di Peter, la Klein identifica il fatto che il bambino aveva avuto una prolungata fissazione fase sadico-orale e sadico- anale, in seguito al fatto di avere assistito, a diciotto mesi di età, a un rapporto sessuale dei genitori, evento in seguito al quale aveva ripreso a sporcarsi le mutandine di escrementi e aveva cominciato a rompere i giocattoli. Ma la Klein osserva anche altri fattori in Peter. In particolare, il bambino avvertiva un forte sentimento di colpa generato da un Super-Io sadico e in più era un soggetto con una scarsa tolleranza dell'angoscia, che operava profonde rimozioni, le quali non facevano altro che consolidare il suo conflitto interiore. Così i terribili gesti aggressivi di Peter ai suoi genitori interni lo portavano poi a temere delle severe punizioni, come rappresaglia, da parte loro. In tal modo il suo Super-Io diventava sempre più pesante e sadico e si generava un circolo vizioso alimentato dalla proiezione del sadismo. La Klein, grazie allo studio su Peter, identifica dei fattori che possono portare un bambino a uno sviluppo nevrotico e, quindi, a comportamenti criminali. Questi fattori sono:

- grado di severità e di sviluppo del Super-Io;
- capacità di tollerare l'angoscia e i sensi di colpa;
- capacità di rimozione dei conflitti;
- grado di intensità di eventuali fissazioni a fasi sadiche;

- interazione quantitativa e temporale di tali fissazioni con l'esperienza esistenziale.

L'autrice afferma che i bambini che mostrano queste tendenze delinquenziali e che le mettono in atto con frequenza, hanno interiorizzato delle rappresentazioni molto aggressive dei loro genitori ed emettono comportamenti che poggiano su un desiderio di distruggere l'altro. La Klein, in sintesi, indica come bambini che hanno avuto percorsi evolutivi caratterizzati da scarsa sicurezza, da sfiducia, da deprivazione affettiva, anziché esprimersi attraverso fantasie, traducono il conflitto rimosso in un acting-out, in un conflitto agito, cercando in tale maniera di sopprimere i loro fantasmi inconsci, traducendoli in atti concreti. L'autrice ribadisce in ogni caso che non è l'assenza di una coscienza morale a determinare il comportamento criminale, ma un Super-Io sadico, opprimente.

## **6 IL CONTRIBUTO DELLA PSICOLOGIA DINAMICA DI SCUOLA AMERICANA ALLA CRIMINOLOGIA.**

### 6.1 Il contributo alla criminologia di Gilbert Rose.

Nel 1960 Gilbert Rose ha pubblicato un saggio intitolato Screen Memories in Homicidal Acting-out, un lavoro in cui egli analizza quali rapporti intercorrono tra esperienze traumatiche, ricordi di copertura e l'acting-out omicida. Secondo l'autore, ci sono delle esperienze ben precise che portano, in maniera particolare, ai ricordi di copertura: “la più importante è probabilmente

l'esperienza della scena primaria, nucleo del complesso edipico. Quest'ultima è particolarmente soggetta alle funzioni di copertura dell'Io, che in generale vengono svolte dai più semplici ricordi di copertura ai sintomi, al déjà-vu, all'acting-out isterico, alla pseudologia fantastica, fino alla struttura del carattere"<sup>32</sup>. Gilbert Rose, a titolo esemplificativo, nella sua opera riporta il caso di un ufficiale dell'esercito americano di trent'anni di età, che venne ritrovato in una cava di ghiaia, quasi nudo e sporco di sangue, con accanto il cadavere di una bambina di tre anni. L'uomo non seppe riferire come e perché fosse giunto in quel luogo. Quel giorno aveva addestrato delle reclute e poi era uscito a bere con uno dei militari, per aspettare che la moglie, cameriera, finisse il suo lavoro. Questi erano i suoi ricordi nel momento del ritrovamento. Dopo tre giorni passati in cella cominciò a ricordare e affermò che una volta uscito dal locale con cui si trovava con l'altro militare, venne aggredito da un uomo, perse i sensi e, dopo un periodo imprecisato, si risvegliò trovandosi nella cava di ghiaia seminudo. In ogni caso non riusciva a spiegare come fosse arrivato in quel luogo. L'ufficiale, sottoposto a visita psichiatrica, raccontò di avere avuto un padre brutale che lo picchiava di frequente e che lui aveva vissuto l'infanzia e l'adolescenza nella paura che il genitore lo uccidesse. L'uomo non parlò dei suoi rapporti con la madre, ma raccontò che all'età di dieci anni, una sua cugina coetanea lo costrinse a tentare dei rapporti sessuali ed egli non ci riuscì. Il racconto dell'uomo continuò con un episodio nel quale veniva irriso come

---

<sup>32</sup> Rose G., *Screen Memories in Homicidal Acting-out*, pag. 331.

impotente dalla cugina e da altri ragazzi ed era colpito alla testa con una pietra dalla parente, che poi lo gettava in una fossa piena di acqua. La cugina, a suo dire, continuò a perseguitarlo in vari modi e a denigrarlo pesantemente. Egli la vide, più volte, avere rapporti con ragazzi più grandi. In relazione a queste esperienze traumatiche divenne pauroso, solitario e cominciò a soffrire di una cefalea molto forte da cui cercava sollievo immergendo la testa nell'acqua. Gilbert Rose, preso atto del materiale ricavato dai colloqui avuto con l'uomo, avanza l'ipotesi appresso riportata "se quest'uomo aveva violentato e ucciso, ciò rappresentava l'acting-out di una serie di ricordi di copertura, ricordi di incidenti subiti in modo passivo quali il vedere battere a morte il cavallo da parte del padre, l'essere da lui picchiato, l'essere sedotto dalla cugina, poi colpito alla testa e quasi annegato. La vittima innocente della violenza e dell'assassinio rappresentava la cuginetta, la tormentatrice della sua infanzia"<sup>33</sup>. Si trattava di un'ipotesi molto ardita e, per cercare una conferma, Rose sottopose l'ufficiale a un nuovo colloquio psicodiagnostico, iniettandogli prima dell'Amytal (amobarbitale). L'uomo, sotto l'azione combinata del farmaco e delle sollecitazioni dello psicoanalista, giunse a ricordare il fatto di aver visto la bambina fuori del bar, di averla caricata in macchina, di averla trasportata fino alla cava di ghiaia, di aver tentato, senza riuscirci, di usarle violenza sessuale e di averla, infine, ammazzata. L'ufficiale dichiarò che nella bambina vide la cugina che lo tormentava nella sua infanzia e che lo aveva

---

<sup>33</sup> Rose G., *op.cit.*, pag. 334.



colpito alla testa con una pietra. Ricordò anche che la bambina, fuori del bar, stava gettando dei sassi sul cofano e contro il parabrezza della sua macchina e quella era stata la molla che lo aveva fatto scattare. Poi l'uomo raccontò a Rose di suo padre, delle percosse subite e della sua paura profonda del genitore. Quando gli comunicarono che la morta non era sua cugina, rimase stupefatto, ma affermò che la ragazzina assassinata assomigliava molto alla parente e aveva lo stesso tono di voce. Rose ipotizza che nell'assassino ci sia una doppia identificazione. Per prima cosa si era identificato con gli aggressori, picchiando, violentando e uccidendo la bambina, così come aveva fatto con lui la cugina e come il padre lo aveva sottoposto a violenza. La seconda identificazione era stata con la vittima, in quanto, urtando contro pietre, sterpi e sassi, l'uomo aveva ferito il suo corpo e, particolare molto importante, durante il compimento dell'omicidio era stato impotente sessualmente come nel suo approccio con la cugina. L'ufficiale aveva subito nell'adolescenza gravi esperienze traumatiche legate alla crudeltà e al sadismo del padre e della cugina, esperienze che avevano indirizzato il suo successivo sviluppo. L'assassinio, identificato come un acting-out psicotico, ha rappresentato il suo rivivere i suoi trami subiti precedentemente. Rose sottolinea, anche, che quando l'uomo ricorda di essere stato picchiato fuori del bar rileva un'ulteriore identificazione con la sua vittima. Approfondendo ulteriormente il caso, Rose rilevò nel soggetto ricordi-fantasia relativi alla scena primaria che gli fecero comprendere l'impossibilità per l'assassino di identificarsi con i suoi genitori. In sintesi l'Io del soggetto, costituzionalmente debole, ha reagito

traumaticamente all'impatto con la scena primaria e l'ha vissuta come un'aggressione reciproca tra il padre e la madre. Il suo Io è stato poi ulteriormente indebolito dalle successive esperienze traumatiche con il padre e la cugina che, comunque, sono andate a coprire il trauma della scena primaria. L'uomo ha strutturato delle difese contro la possibilità di ricordare tali traumi. Allorché l'Io si è trovato di fronte alla bambina che gettava sassi contro la sua macchina e, in maniera psicotica, ha riconosciuto nella piccola il corpo e la voce della cugina, le circostanze esterne sono entrate in risonanza con i fatti passati, si è rotto il suo fragile equilibrio e, come estrema difesa regressiva, si è concretizzato un'acting-out psicotico nella realizzazione dell'omicidio.

#### 6.2 La struttura psichica nei soggetti omicidi secondo A. Hyatt Williams.

Gli studi di Hyatt Williams si basano sui trattamenti psicoanalitici che egli ha effettuato in molti soggetti adulti incarcerati per omicidio.

Il caso maggiormente utile, nella prospettiva dell'autore, è quello di un camionista di 27 anni che, dopo aver dato un passaggio a una donna, tentò dapprima di violentarla, quindi la strangolò e poi abusò sessualmente del suo corpo privo di vita. Il soggetto, che l'autore chiama Bill, apparteneva a una famiglia molto numerosa e indigente; all'età di sette anni, poiché i suoi non riuscivano a dargli sostentamento, venne dato in adozione. A suo dire la genitrice adottiva era stata ostile e punitiva, tanto che una volta egli era fuggito per fare ritorno nella casa della sua famiglia. Bill giunto all'età puberale, non solo tentò degli approcci con le tre sorelle, ma cercò di violentare una ragazzina di 14 anni. Il soggetto reiterò i suoi comportamenti aggressivi sessuali e dai 17

anni subì più volte condanne sia per violenza carnale e che per tentata violenza. Nell'ultimo episodio giunse a uccidere la sua vittima. Hyatt Williams prese in trattamento il soggetto proprio per la ripetitività dei suoi crimini. Bill raccontò allo psicoanalista un episodio a suo dire significativo della sua fanciullezza, quando trovò una tortora ferita e, per non farla soffrire, cercò di ucciderla rapidamente, ma non ci riuscì subito, motivo per cui ricordava ancora gli occhi carichi di rimprovero dell'animale. Bill confidò ad Hyatt Williams di sentirsi ancora perseguitato da quegli occhi. Secondo l'autore, questo ricordo era ricollegabile al trauma subito da Bill quando era passato da una condizione in cui era sotto lo sguardo buono della madre naturale a una condizione in cui era sotto lo sguardo ostile della madre adottiva.

Il paziente disse a Hyatt Williams che nei primi tentativi di violenza alle donne non voleva ucciderle e che i pensieri omicidi cominciarono dopo essere stato condannato la seconda volta per violenza carnale. L'autore, nel suo *Psicopatologia e trattamento degli omicidi sessuali*, testo scaturito dalle sue esperienze cliniche, afferma che Bill aveva tre tipi di fantasie: “nella fantasia più mite la donna pareva attendere i suoi approcci, era contenta e tutto era propizio e amoroso. Nella fantasia intermedia la donna sembrava opporre resistenza, ma egli la superava ... a volte con minacce; essa tuttavia si sottometteva infine con gioia al rapporto ed egli era pieno di gratitudine. Lei gli offriva il suo corpo liberamente e lui le andava sopra esplorando, toccando, baciando e succhiando. Nella terza fantasia, di tipo omicida, egli incontrava la resistenza e il rifiuto. Allora si arrabbiava molto e immobilizzava la donna; poi,

dopo il rapporto senza amore, la torturava e la distruggeva. Descrisse poi una fantasia di stupro nella quale uccideva una donna togliendole i visceri, mordendole via i capezzoli e mutilandole i seni ... Infine sentiva che l'avrebbe tagliata a pezzi e portata in un fienile, che avrebbe poi incendiato ... In un'altra fantasia vide un bambino al seno di una donna; strappò via il bambino, chiese di poter succhiare anche lui e di poter avere un rapporto sessuale, altrimenti avrebbe distrutto il bambino. In questa fantasia non distrusse il bambino, ma distrusse la donna squarciandole il ventre dopo averla violentata e aver cacciato il bambino vivo che si trovava dentro di lei”<sup>34</sup>. Bill era un soggetto capace di emettere dei comportamenti criminali quando si sentiva privato di qualcosa. Questo sentimento diventava, via via, sempre più intollerabile, fino a spingerlo a violentare le donne, pensando che gli spettasse di diritto. Nell'uomo era evidente una scissione tra una madre ideale, capace di dargli tutto il suo amore e tutte le cose di cui lui aveva bisogno, e una madre cattiva e deprimente. Bill commetteva i suoi delitti quando non riusciva più a separare queste due figure interne. Se una donna gli si concedeva senza fare troppi problemi, si sentiva appagato, grato e allontanava i suoi impulsi distruttivi, perché ciò significava che la sua madre buona interna aveva ancora la capacità e il desiderio di dargli quello che voleva. Se, invece, la donna approcciata si rifiutava (simbolicamente la madre cattiva interna che teneva per sé le sue mammelle) egli riteneva suo diritto prenderla con la forza. È chiaro che

---

<sup>34</sup> Hyatt Williams A., *Psicopatologia e trattamento degli omicidi sessuali*,

l'assenza fisica della madre reale (che Bill aveva idealizzato) e la presenza fisica della madre adottiva-cattiva facevano vivere a Bill un'angoscia carica di depressione che aveva anche un forte carattere persecutorio. C'è poi da dire che il fatto che la madre lo avesse allontanato dalla famiglia e dato in adozione, era un altro elemento che alimentava la sua rabbia distruttiva verso di lei e, quindi, interiormente la figura della mamma buona-ideale risultava danneggiata e tendeva a coincidere con la madre cattiva-persecutoria. Hyatt Williams, relativamente a quanto sopra, scrive: "la natura di spinta angosciata, caratteristica dei crimini di Bill, probabilmente ha origine in una terrificante paura di essere perseguitato e distrutto dai suoi oggetti interni persecutori, in particolare dalla madre gravemente danneggiata, la figura interna depressiva che egli non riusciva a tollerare. .. Gli atti di Bill... non rappresentano puramente l'acting-out di impulsi, ma ben più di questo, e cioè la proiezione e drammatizzazione nell'azione dell'intera situazione interna nel mondo esterno, nel tentativo di mitigare il carattere terrificante dell'insieme di colpa e angoscia ... La peculiare alternanza di compassione e crudeltà distruttiva, talvolta... dando l'impressione di una coesistenza, suggerì che Bill era quasi in grado di raggiungere la posizione depressiva; tuttavia si sviluppavano quantità troppo grandi di angoscia persecutoria e ogni volta la posizione depressiva veniva aggirata; cosicché, invece della riparazione, si verificavano un atto o una fantasia di distruzione ogni volta che egli giungeva vicino alla posizione

depressiva... Questo costituisce forse il fulcro della ripetitività del suo comportamento” 35. Quanto sopra ci consente di comprendere perché Bill, insieme a distruttività e crudeltà, durante gli atti criminali perpetrati sulle donne, mostrava anche segni di compassione: “quando uccise la donna, disse che sentì indebolirsi la risoluzione omicida, e minacciò di invaderlo un non voluto senso di dolcezza”36. Hyatt Williams, commentando il fatto che Bill fece alcuni tentativi di suicidio, annota che, a suo parere, tali dati dimostrano che l’uomo non proiettava sempre su una vittima le sue cattive figure interne, ma, a volte, cercava di attaccarle dentro se stesso. Oltre a Bill, Hyatt Williams trattò numerosi criminali condannati per omicidio e affermò di aver rilevato una serie di elementi costanti:

- a) Presenza di una potente angoscia persecutoria.
- b) Atteggiamenti di compassione presenti assieme a comportamenti distruttivi.
- c) Difettosa conformazione delle relazioni oggettuali interne con interiorizzazione di figure esterne crudeli, ostili e distruttive nei primi anni di vita.
- d) Presenza di un tipico schema-base: nel momento in cui le figure interne non possono essere metabolizzate, la parte psichica che a esse corrisponde viene scissa e incapsulata con carenza di segni esterni che rendono possibile rilevare la presenza di detta situazione endopsichica; il profondo squilibrio interno, prima del crimine, affiora in fantasie, sogni e atti simbolici; nel momento in cui il soggetto vive una situazione per lui intollerabile si mette in atto un

---

<sup>35</sup> Hyatt Williams A., *op.cit.*, pag. 535.

cortocircuito in cui la parte incapsulata si impadronisce della personalità e si proietta sulla vittima-capro espiatorio.

- e) Questi soggetti mettono in essere spesso tentativi di suicidio per tentare di aggredire le cattive figure interne dentro se stessi.
- f) Le circostanze in cui si concretizzano gli omicidi possono anche essere banali (a esempio una banale somiglianza tra la vittima e le figure cattive introiettate).
- g) Negli omicidi sessuali sono spesso presenti problemi di perversione sessuale.

### 6.3 La perversione criminale nella lettura di Donald Meltzer.

Donald Meltzer utilizza il concetto di perversione criminale nella sua opera *Stati sessuali della mente*, del 1973. Oggetto dello studio dell'autore sono gli stati della mente che si riscontrano in alcuni comportamenti sessuali aberranti. Meltzer comincia la sua trattazione soffermandosi sullo sviluppo psichico infantile e afferma che un bambino, per emergere dal caos carico di angoscia della situazione della nascita, deve riuscire in maniera immaginaria a dividere il mondo in parti buone che idealizza e in parti cattive che vive come persecutorie. L'autore sottolinea che per una crescita armonica nel bambino deve svilupparsi un'alleanza tra le parti idealizzate del sé e gli oggetti idealizzati, in particolare con il seno materno che lo nutre. In questa maniera un bambino, nella sua psiche, costruisce l'immagine di un seno materno, grazie alla quale sviluppa fiducia e gratitudine. Partendo da questi assunti, Donald Meltzer, individua alcuni fattori da cui dipende lo sviluppo mentale:

---

<sup>36</sup> Hyatt Williams A., *op.cit.*, pag. 535.

1- Il grado di fiducia delle parti buone del bambino rispetto agli oggetti buoni e fondamentalmente nel seno della madre. Le qualità di questi oggetti interni che nel bambino fanno sviluppare la fiducia sono la bellezza, la bontà e la forza; ma nei bambini c'è una vulnerabilità estrema e la fiducia può essere persa o ridotta anche per banali incidenti, come a esempio una caduta accidentale o una scottatura di un fuoco che vengono interpretati come un tradimento degli oggetti di cui prima si aveva fiducia.

2- Il grado di integrazione delle parti buone infantile del sé; queste parti sono vissute dal bambino come tanti fratelli che sono in relazione tra di loro e, anche in questo caso, la possibilità di modificare la rivalità tra questi fratelli è legata alla fiducia che il bambino riesce a indirizzare negli oggetti buoni.

3- L'atteggiamento delle parti buone del bambino nei confronti della sofferenza psichica, atteggiamento che è determinato dalla presenza di fiducia nella giustizia e nella disponibilità di oggetti buoni.

In un bambino in cui queste condizioni dello sviluppo mentale vengono rispettate, prende il via e si stabilizza, pian piano, l'immagine interna di una famiglia idealizzata, in cui Donald Meltzer individua cinque elementi: il padre, la madre, il bambino, la bambina, il bambino dentro la madre. Ma come già detto le parti infantile buone sono fragili ed esistono molte possibilità che si verifichi un arresto dello sviluppo mentale come avviene in caso di separazione dei genitori, di malattie, della perdita del padre o della madre e, anche, una



banale scottatura. Nel momento in cui si istaura il complesso Edipico, caratterizzato da sentimenti di gelosia e di odio, è chiaro che la famiglia idealizzata viene messa in crisi. Donald Meltzer attraverso il materiale ricavato da numerose sedute analitiche, afferma che esiste “una parte del sé fusa in grado variabile con una parte cattiva dell’oggetto, che ha intenti malevoli nei confronti dell’organizzazione evolutiva primaria delle parti idealizzate del sé e degli oggetti idealizzati, che è cioè contro la famiglia idealizzata”<sup>37</sup>. Pertanto, secondo l’autore, nella scena primaria oltre ai cinque membri della famiglia, entra un sesto personaggio, un outsider “l’estraneo alla famiglia, il nemico della creatività genitoriale, dell’armonia familiare, dell’amore; il cattivo, il cinico, il predone, il portatore del marchio di Caino”<sup>38</sup>. Si tratta della parte cattiva del sé del bambino che è poi il nucleo della perversione sessuale infantile. Questa parte, secondo Donald Meltzer, è intelligente, muscolosa, sensuale ed è bella fisicamente (quelle appena indicate possono diventare delle armi con cui la parte cattiva del sé cerca di imporre i suoi fini distruttivi). Meltzer afferma che questa parte cattiva del sé riesce a dominare l’intera personalità del soggetto solo in particolari circostanze:

1- Il caso di un genitore portatore di una grave malattia psichica che rende possibile una collusione tra la parte cattiva del sé del bambino e il suo essere disturbato.

---

<sup>37</sup> Meltzer D., *Stati sessuali della mente*, pag. 140.

<sup>38</sup> Meltzer D., *op.cit.*, pag. 140.

2- Casi in cui il soggetto è portatore di stigmate paranoide o psicopatiche e casi in cui c'è una debolezza degli impulsi costruttivi e della capacità di amare legata alla dissoluzione del nucleo originale per separazione o a malattie precoci del bambino.

3- Casi in cui alla nascita di un fratello minore la parte cattiva del sé arriva a dominare l'intera personalità del bambino a causa di una profonda ansia depressiva nei confronti della sopravvivenza del fratellino, anche se Meltzer ha osservato che questi soggetti possono proiettare una parte infantile buona in un fratello più giovane che ammirano, in questo modo delegando a lui la capacità di amare.

Quando prevale e persiste questa parte cattiva del sé, si determinano stati sessuali della mente che Meltzer indica come perversi, in quanto caratterizzati dalla perversità dello scopo di distruggere “la bontà e la generosità, la creatività, l'armonia e la bellezza degli oggetti buoni... le loro relazioni e... la famiglia idealizzata che essi producono”<sup>39</sup>.

## CONCLUSIONI

La criminalità è una delle tante espressioni del comportamento umano e l'approccio della psicologia dinamica, focalizzandosi sui rapporti tra Io, inconscio e Super-Io e sul ruolo dei meccanismi di difesa dell'Io, apporta chiavi

---

<sup>39</sup> Meltzer D., *op.cit.*, pag. 143.

di lettura originali per identificare alcuni meccanismi della criminogenesi. Il quadro riferibile all'interpretazione degli atti criminali nell'ottica psicoanalitica può essere sintetizzato come segue.

1) I soggetti che compiono atti delinquenziali hanno strutture psichiche simili a quelle degli individui "normali"; ciò che li caratterizza è una peculiare modalità di elaborazione dei vissuti fantasmatici e la capacità di tollerare e metabolizzare le loro angosce.

2) Un crimine non è soltanto la manifestazione violenta ed esplosiva di istinti distruttivi di un soggetto, allorché egli non sia stato capace di sviluppare freni inibitori adeguati; la psicologia dinamica indica che un atto delinquenziale è, molto spesso, un'espressione di atteggiamenti difensivi; chi compie un crimine sta solo cercando di difendersi da una profonda e intollerabile angoscia; si tratta, in genere, di angoscia persecutoria o depressiva o, più di frequente, di un'oscillazione tra i due tipi.

3) Nella criminogenesi può avere un ruolo fondamentale il senso di colpa e, addirittura, potremmo parlare di psicopatologia del sentimento di colpa, in quanto questa formidabile forza endopsichica spinge in maniera determinante ad agire in senso delinquenziale.

4) Chi compie un atto criminale è spesso preda di devastanti conflitti mentali e sono proprio questi conflitti scaturiti da una disarmonia tra Io e Super-Io, nell'emergenza di violente pulsioni inconsce, a essere fattori determinanti in un

atto criminale.

5) Circa il ruolo nella criminogenesi delle esperienze esistenziali traumatizzanti occorse ai soggetti essenzialmente nelle fasi precoci della vita, tutti gli autori ritengono che questi traumi psichici siano capaci di indurre le fantasie più distruttive nel periodo di età in cui si sviluppa il complesso Edipico.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Alexander F., Staub H. (1948), *Il delinquente e i suoi giudici, uno sguardo psicoanalitico nel campo del diritto penale*, Giuffrè Editore, Milano.
- Devereux G. (1978), *Crimine nevrotico e comportamento criminale*, in *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Armando Editore, Roma.
- Freud S. (1976), *I delinquenti per senso di colpa*, in *Opere Vol. 8*, Boringhieri Editore, Torino.
- Friedlander K. (1947), *The Psychoanalytic Approach to Juvenile Delinquency*, I.U.P. Editore, New York.
- Hyatt Williams A. (1960), *A Psychoanalytic Approach to the Treatment of the Murderer*, in *Internation Journal of Psychoanalysis*, n. 41, New York.

- Hyatt Williams A. (1968), *Psicopatologia e trattamento degli omicidi sessuali*, in *Le deviazioni sessuali*, Bompiani, Milano.
- Johnson A.M., Szurek S.A. (1952), *The Genesis of Anti-Social Acting-Out in Children and Adults*, in *Psychoanalytic Quarterly*, n. 21, New York.
- Klein M. (1969), *Invidia e gratitudine*, Martinelli Editore, Firenze.
- Klein M. (1970), *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli Editore, Firenze.
- Klein M. (1973), *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*, in *Il significato della disperazione*, Astrolabio Editore, Roma.
- Lacan G. (2002), *Introduzione teorica alle funzioni della psicoanalisi in criminologia*, in *Scritti*, Einaudi Editore, Torino.
- Mastronardi V. (2002), *La comunicazione in famiglia*, Armando Armando Editore, Roma.
- Mastronardi V. (2012), *Manuale per operatori criminologici e psicopatologi forensi*, Giuffrè Editore, Milano.
- Meltzer D. (1971), *Il processo psicoanalitico*, Armando Armando Editore, Roma.

- Meltzer D. (1975), Stati sessuali della mente, Armando Armando Editore, Roma.
- Rapaport D. (1969), Struttura della teoria psicoanalitica, Boringhieri Editore, Torino.
- Reik T. (1967), L'impulso a confessare, Feltrinelli Editore, Milano.
- Rose G. (1960), Screen Memories in Homicidal Acting-Out, in *Psychoanalytic Quarterly*, n. 29, New York.
- Winnicott D.W. (1970), Sviluppo affettivo e ambiente, Armando Armando Editore, Roma.

**Fabiana De Giorgi<sup>40</sup>, Danila Pescina<sup>41</sup>**

**EUTANASIA: CRIMINE O LIBERO ARBITRIO?**

**RIASSUNTO**

Il dibattito bioetico intorno alla legittimità o illegittimità di anticipare una morte comunque inevitabile per risparmiare al soggetto che chiede aiuto a morire sofferenze insopportabili, si avvale del termine << eutanasia >>.

E' eticamente sostenibile dare la morte?

E' giusto legiferare su questo tema, fare cioè una legge che delinei i confini della legittimità, disegni i limiti rispettando i quali l'aver dato la morte non è da considerare omicidio?

Il tema dell'eutanasia viene a delinearsi come terreno di contrasti fra il diritto alla vita, inviolabile oltre che indisponibile da parte dello stesso titolare, e il diritto di ogni essere umano a morire con dignità, a compiere liberamente le scelte attinenti alla propria esistenza.

---

<sup>40</sup> Laurea in Infermieristica. Master in Criminologia e Scienze Strategiche, Università di Roma “Sapienza”

<sup>41</sup> Psicologa, Criminologa, Psicoterapeuta. Specialista in psicoterapia Breve ad Approccio Strategico. Esperta in psicologia delle Dipendenze. Terapeuta EMDR. Docente Master Criminologia Università degli Studi Internazionali di Roma (UNINT)

L'ordinamento giuridico italiano prevede il divieto di uccidere o aiutare al suicidio anche in caso di richiesta dell'interessato ma si può discutere della possibilità prevista dalla legge di non accettare le cure.

La riflessione sui diritti dell'individuo morente finisce con il collegarsi con la riflessione sul fine specifico della professione medica e infermieristica, tradizionalmente identificato nella difesa della vita umana. Le norme di deontologia poste dagli Ordini e Collegi professionali, relative all'esercizio della professione di medici e infermieri hanno subito nel tempo modificazioni; mentre in passato erano sufficienti a definire come si doveva comportare un professionista sanitario, oggi non è più così a causa dell'accelerazione medica e tecnologica con la necessità di altre forme di indicazione comportamentale. Quando mancano leggi specifiche, come è il caso dell' Italia, il riferimento alla deontologia diventa centrale; ma per quanto importante, non può esaurire la richiesta di norme come guida al comportamento. Abbiamo bisogno di regole collettive, estensibili a tutti i cittadini.

**PAROLE CHIAVE:** Eutanasia, deontologia, suicidio

### **EUTHANASIA: CRIME OR FREE WILL?**

The bio-ethic debate around the legitimacy or illegitimacy of prematurely causing a death that was in any case inevitable, in order to spare the subject who is asking to die unbearable pain, makes use of the term "euthanasia".

Is it ethically sustainable to 'give' death that is asked for?



Is it right to legislate this topic, namely to make a law that defines the boundaries of legitimacy, that draws the limits within which giving death to someone is not considered homicide?

The topic of euthanasia takes shape as a platform for contrasts between the right to life, unavailable and inviolable by the same holder, and the right of every human being to die with dignity and to freely make his own choices related to his existence.

The Italian legal system prohibits both killing and helping someone to commit suicide, even upon request of the subject; what can be discussed however is the possibility, as defined by the law, of not accepting the medical cures.

The discussion on the rights of the dying individual ends up linking to the discussion on the objectives of the medical and nursing practices, traditionally identified as defending human life. The deontological norms issued by professional Associations and Orders, relative to the exercise of doctors and nurses, have been subject to changes over time: whereas in the past it was sufficient to define how a health care professional should act, nowadays this is not the case anymore, due to the medical and technological acceleration that necessitates other forms of behavioural indications.

When specific laws were missing, as in the case of Italy, the deontological reference became of central importance: but as important as it is, it cannot extinguish the request for norms that guide behaviour. We need collective rules, extensible to all citizens.

**KEYWORDS:** Euthanasia, deontological norms, suicide

Inizialmente la parola “ eutanasia” significava “una morte dolce e tranquilla”, nella seconda metà del XIX secolo assume un nuovo significato: procurare cioè una morte indolore, mettendo fine deliberatamente alla vita di un ammalato.

Oggi, << il termine “ eutanasia “ indica un'azione il cui obiettivo è quello di procurare la morte di una persona, per evitarle delle sofferenze >>. ( P.Verspiereu)

Questi comportamenti possono tradursi in gesti effettivi, mirati a procurare la morte ( =eutanasia attiva ) oppure in omissioni di interventi ( = eutanasia passiva ).

L'evoluzione della dottrina giuridica riconosce che, in base alla Costituzione ( soprattutto l'art.32:<< Nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non per disposizione di legge >>. ), la libertà della persona riguarda anche la gestione della salute e del proprio corpo.

Ciò implica il diritto di non curarsi e anche la facoltà di lasciarsi morire, quando questa sia l'espressione di una libera, consapevole e autonoma scelta del soggetto maggiorenne interessato.

Rimane, è vero, una parte minoritaria di giuristi che continuano a non riconoscere il diritto del paziente di rifiutare consapevolmente le cure. Ma si fa sempre più estesa la convinzione che, in base ai diritti riconosciuti dalla Costituzione, la regola generale in materia di trattamenti sanitari è quella della volontarietà e, quindi, del consenso del paziente, salvo il caso dei trattamenti sanitari resi obbligatori da un'apposita legge.

Lo stato di incoscienza esclude che il malato possa intervenire nella decisione (ma potrebbe aver espresso in precedenza ciò che auspicava venisse fatto, se gli fosse capitato di trovarsi in quelle condizioni ).

Che cosa fare con questi pazienti? Cosa possiamo dire di coloro che si trovano in uno stato vegetativo permanente? Sono vivi o sono morti?

Adottando il criterio della morte stabilita con i parametri della perdita completa e irreversibile delle funzioni cerebrali (Comitato nazionale per la bioetica: Definizione e accertamento della morte nell'uomo, 1991) non li possiamo dichiarare morti.

Al di là delle definizioni, togliere l'alimentazione e l'assistenza di base a degli esseri che hanno bisogno di questo per continuare a vivere, significa procurare loro la morte.

La questione eutanastica era fortemente avvertita già in ambito classico; tuttavia secoli di approccio positivo verso l'eutanasia finiscono con l'avvento del Cristianesimo, secondo il quale la vita è data da Dio e solo da Dio può essere tolta. In sostanza, viene sottratto alle persone il diritto sul proprio corpo; di qui la condanna tanto del suicidio quanto dell'eutanasia. Le religioni sono però tutte unanime nel disapprovare la pratica dell'accanimento terapeutico perché essa non considera un“assoluto“ il rispetto della vita.

Non si è tenuti a usare tutti i mezzi a disposizione per prolungare la vita di una persona condannata da una malattia inguaribile. E' contro la dignità umana procrastinare, con mezzi artificiali e costosi, una morte che si sa ormai vicina e inevitabile.

Spunti di una ben più diretta riflessione sul tema risultano, invece, forniti dalla << Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano rispetto alla utilizzazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina>> approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 19.11.1996, meglio nota come Convenzione di Oviedo, ratificata dallo Stato Italiano con la l. 28.3.2001, n.145.

Particolarmente rilievo assume, innanzitutto, l'art.5 ai sensi del quale << un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero e informato >>. Il 3 co. del medesimo articolo stabilisce che la persona interessata può, in qualsiasi momento, revocare liberamente il proprio consenso.

Quanto agli incapaci, l'art.6 della Convenzione prevede che << un trattamento può essere praticato su una persona incapace di prestare consenso solo se gliene derivi un beneficio diretto>>, salva peraltro la possibilità che, al suo posto, il consenso ad un determinato trattamento venga espressa da un suo rappresentante.

L'art.9 prevede inoltre che i desiderata espressi precedentemente dal soggetto in ordine ad un trattamento sanitario debbano essere presi in considerazione.

Nel Rapporto esplicativo alla Convenzione, emanato dal Consiglio d'Europa nel gennaio 1997, è detto, altresì, all'art.4, punto 32, che << il medico ha come compito essenziale non solo quello di guarire gli ammalati ma anche di adottare misure idonee a mantenere e a favorire la salute e di alleviare i dolori, tenendo

conto del benessere psichico del paziente >>. L'art.9 al punto 62, infine, che << la presa in considerazione dei desiderata precedentemente espressi non significa che questi dovranno essere necessariamente seguiti >>.

Una posizione ancora più esplicita sembra essere, infine, quella assunta nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, approvata dal Parlamento Europeo il 7.12.2000 in cui si afferma (art.39) che ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica e che << nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge >>.

Tali fonti denotano una accentuata sensibilità delle istituzioni europee verso la condizione giuridica dei malati terminali, tuttavia, non contengono indicazioni vincolanti che depongano nel senso del riconoscimento, o della negazione, della liceità di eventuali soluzioni di tipo eutanasi.

Con la Legge olandese 137/01 approvata alla Camera bassa nel novembre 2000, e definitivamente al Senato il 10 aprile 2001, l'Olanda è il primo paese europeo nel quale è possibile per un medico praticare l'eutanasia su un malato terminale o fornire assistenza ad un malato nelle stesse condizioni che decide di togliersi la vita. La nuova norma sostituisce la legislazione precedente.

Questa, pur vietando formalmente l'eutanasia, in un limbo tra illegalità e legalità ne permetteva la pratica. La riflessione sull'Olanda riguarda le fattispecie di eutanasia attiva consensuale e suicidio assistito, non presentando problemi l'eutanasia passiva consensuale. Infatti, all'art. 2 della Costituzione olandese è espresso, accanto all'inviolabilità del corpo umano, il principio che

il trattamento medico può essere avviato solo con il consenso del paziente, riconoscendo pertanto la eutanasia passiva. Invero in Olanda l'eutanasia era già depenalizzata, de facto, dal primo giugno 1994. Grazie ad una modifica dell'articolo 10 del Regolamento di polizia mortuaria, infatti, l'eutanasia era inclusa tra le cause di morte che potevano comparire su un certificato di morte. Inoltre, pur restando in vigore gli articoli 293 e 294 del codice penale olandese, non sarebbe più stato punibile il medico che avesse praticato la dolce morte, purché avesse agito nel rispetto di determinate prescrizioni: in particolare, il paziente doveva essere affetto da un male incurabile che gli provocava atroci sofferenze, certificate anche da un medico diverso da quello che lo aveva incurato, e doveva aver richiesto reiteratamente la morte. L'art. 20 della legge che legalizza l'eutanasia modifica sia l'art. 293 c.p. che sancisce che "L'azione penale, (omicidio su richiesta), non costituisce reato se è compiuta dal medico" che rispetti le norme prescritte dalla legge stessa; sia l'art. 294 c.p. che puniva congiuntamente istigazione e aiuto al suicidio, scindendolo adesso di modo che il primo comma continua a punire in modo invariato l'istigazione al suicidio, mentre il secondo comma, che punisce l'aiuto al suicidio, si chiude ora con la clausola per cui "si applica il secondo comma dell'art. 293 mutatis mutandis". Importante principio, infatti, è quello per cui il medico che pratica l'eutanasia deve essere legato al paziente da un rapporto di fiducia; in definitiva, dunque, deve essere il medico curante, cioè colui che meglio di altri può conoscere la ponderatezza e la libertà della richiesta di morte del suo assistito; ciò anche al fine di evitare il cosiddetto "turismo eutanasi", cioè quei viaggi finalizzati ad

ottenere pratiche eutanasiche. Ai sensi dell'art. 2 comma 1 della nuova legge, perché il medico non sia punibile, deve: "a) aver accertato che la richiesta del paziente sia spontanea e attentamente ponderata; b) aver accertato che il paziente patisca sofferenze insopportabili e senza speranza di miglioramento per il paziente; c) abbia informato il paziente della situazione in cui si trova e delle prospettive che ne derivano; d) abbia maturato, insieme al paziente, la convinzione che non esiste alcun'altra soluzione ragionevole per la situazione in cui il paziente medesimo si era venuto a trovare; e) abbia consultato almeno un altro medico indipendente che abbia a sua volta visitato il paziente e abbia espresso un parere per iscritto circa il rispetto dei criteri di diligenza, prudenza e perizia di cui alle precedenti lettere da a) a d); f) abbia praticato l'interruzione della vita o dato assistenza al suicidio secondo le regole di una buona pratica clinica". Per arrivare al riconoscimento formale del diritto alla "*dolce morte*", ci sono voluti circa quindici anni di lunghe discussioni nella società olandese.

Le autorità sanitarie olandesi hanno registrato, infatti, ben 2.113 casi di morte assistita nel 2000, la maggior parte dei quali relativi a malati terminali di cancro. Cifre che, secondo i fautori della liberalizzazione, sarebbero riduttive rispetto alla realtà. D'altra parte, un sondaggio condotto un anno prima dell'approvazione, in occasione del dibattito in Parlamento, aveva dato risultati clamorosi: l'85% dei cittadini olandesi si era dichiarato favorevole alla "*dolce morte*" in caso di "*gravi sofferenze fisiche*", mentre il 57% la estenderebbe anche alle "*sofferenze psicologiche*". Con il consenso della maggioranza della popolazione, dunque, il quadro legislativo adesso è completo e fa dell'Olanda il

primo Paese al mondo ad avere introdotto il diritto a scegliere la morte come estrema ricetta contro il dolore. *"Questa legge legalizza ciò che era già da tempo pratica in Olanda: formalmente l'eutanasia e l'assistenza al suicidio erano atti criminali e quindi perseguibili in tribunale "*, spiega Jacob Kohnstamm, il parlamentare del partito liberale di sinistra Democrazia, considerato il padre della legge e presidente della NVVE (l'associazione olandese per l'eutanasia volontaria, fondata nel 1973). Continua Kohnstamm: *Io penso che la nostra normativa possa diventare un modello per altri Paesi, però tutto dipende dal sistema sociale. Solo in quei Paesi dove il sistema sociale prevede l'assistenza sanitaria obbligatoria, l'eutanasia può essere applicata. In caso contrario, rischia di diventare una questione di carattere finanziario: una persona potrebbe decidere di morire perché non si può più permettere i costi delle terapie".* *"Gli olandesi - spiega il dottor Aart Gisolf, medico olandese che si è occupato molto dell'eutanasia anche come scrittore - per via delle loro radici calviniste sentono molto forte il bisogno di portare alla luce quello che avviene in segreto. E' un bisogno di franchezza che si è manifestato già con l'aborto, o il matrimonio tra omosessuali".* Tutti primati dei Paesi Bassi. La legge non elimina dall'ordinamento i reati di eutanasia e suicidio assistito - che continuano ad esistere e restano quindi punibili - ma li depenalizza nei casi in cui vengono rispettate le condizioni previste dallo stesso provvedimento. Ecco, in sintesi, cosa prevede il provvedimento: le «regole» per i medici: per non essere perseguibile, un medico che pratica l'eutanasia o presta assistenza in un suicidio deve essere persuaso che il paziente *«ha fatto una scelta volontaria e*



*ben meditata*» (art.2, cap. II) e che ha di fronte a se «*sofferenze insopportabili*». Inoltre, deve aver informato il malato sulla sua situazione e su ciò che lo attende e condividere la valutazione «*che non esiste alcuna ragionevole soluzione*» alternativa alla «*dolce morte*».

Il medico è tenuto inoltre, prima di accogliere la richiesta del paziente, a consultarsi con un collega indipendente, che deve verificarne le condizioni e dare per iscritto il suo consenso.

La dichiarazione di volontà: la legge riconosce in modo esplicito la validità di una dichiarazione scritta del paziente in cui si esprime l'intenzione di ricorrere all'eutanasia. Il medico, peraltro, non può esimersi dalle valutazioni e dal rispetto delle condizioni fissate dalla normativa, sia che la richiesta giunga da un malato ancora lucido, sia che venga da un paziente non più in grado di intendere e di volere che pure abbia in precedenza compilato una dichiarazione di volontà.

I minori: una prima versione della legge - poi emendata – prevedeva che i ragazzi di età superiore ai 12 anni potessero scegliere in modo autonomo la «*dolce morte*». La soglia è stata poi elevata a 16 anni. Per i giovani fra i 12 ed i 16 anni, è necessaria l'approvazione dei genitori o del tutore.

Le commissioni di verifica: già esistenti nell'attuale legislazione, sono composte a livello regionale da almeno tre specialisti in campo legale, medico ed etico. Saranno questi organismi a verificare il rispetto di tutte le condizioni previste nei casi di eutanasia o suicidio assistito e, in caso negativo, a far entrare in campo la magistratura. Le procure conservano comunque il potere di

aprire indagini nei casi in cui sospettano che sia stato commesso un reato.

Nel 1998 fu condotto in Belgio uno studio per stimare la frequenza con cui venivano attuate pratiche di cessazione della vita, nonché per descrivere le sottostanti motivazioni dei pazienti e medici coinvolti.

Dall'indagine emerse che su un totale di 1925 decessi, 720 dipendevano da decisioni di cessazione anticipata di cui: 85 configurabili nella categoria di somministrazione di farmaci letali con l'intento di terminare la vita (22 casi di eutanasia, 3 di suicidio assistito e 60 di eutanasia non volontaria); 332 relativi alla somministrazione di oppiacei con potenziale effetto di accorciare la vita; 303 casi di rifiuto o sospensione di trattamenti vitali.

Riguardo le caratteristiche dei pazienti, l'eutanasia (compreso il suicidio assistito) è maggiormente praticata su pazienti con alta istruzione, con cancro e morti a casa. Invece, la decisione di sospensione o rifiuto di terapia è maggiormente praticata in persone di età superiore a 80 anni, con bassa istruzione, deceduti in ospedale o in casa di cura.

Il 17 maggio 2002 i parlamentari belgi hanno approvato una legge che regola, in modo rigoroso, la possibilità per un malato terminale di decidere, con l'aiuto del medico, di staccare la spina e abbandonarsi alla morte. La Camera dei deputati, al termine di una estenuante battaglia tra i favorevoli e i contrari, ha votato il testo di legge che il Senato aveva fatto suo il 25 ottobre 2001.

Il provvedimento è passato con 86 voti favorevoli, 51 contrari e 10 astensioni.

Il voto della Camera segna il punto di arrivo di un lungo iter avviato nel novembre 1999 con una prima riunione delle Commissioni congiunte Giustizia

e Affari Sociali, che dopo 86 sedute e numerose audizioni di esperti, filosofi etici, medici e pazienti hanno messo a punto i testi di due provvedimenti: il primo sull'eutanasia, il secondo sulle cure palliative, volto ad evitare che le frange più deboli siano tentate di mettere fine alla propria vita solo per ragioni di carattere economico.

Il testo della norma, entrata in vigore il 23 settembre 2002, risente per molti aspetti del modello testo olandese. I 16 articoli che introducono anche in Belgio la *“dolce morte”* stabiliscono le modalità con le quali un paziente potrà chiedere, e ottenere, l'eutanasia.

Dovrà essere *“maggiorrenne o minorenni emancipato”*, essere in grado di intendere e volere, inoltre dovrà prestare in forma scritta un consenso *“volontario, ragionato e reiterato”*. Il medico dovrà in primo luogo verificare che il male sia incurabile e che provochi una *“sofferenza fisica o psichica costante ed insopportabile”*. La gravità della patologia dovrà essere certificata da un secondo medico indipendente, e addirittura da un terzo se l'aspettativa di vita del malato non è limitata. Resta salvo, in ogni caso, il diritto di un medico a rifiutarsi di eseguire l'eutanasia.

Si noti come la normativa belga sia più ristretta dell'equivalente olandese che non preclude il ricorso all'eutanasia ai minori, purché abbiano espresso la loro volontà di morire, ed i genitori, ovvero il tutore siano favorevoli alla misura.

Ogni caso di eutanasia dovrà essere notificato a una Commissione di Garanti formata da 16 membri (medici, giuristi, esperti), incaricata di vigilare sul rispetto delle condizioni previste.

In Svizzera, nel mese di luglio del 2000, il Consiglio Federale si è pronunciato in favore di una esplicita regolamentazione di legge sull'eutanasia passiva (rinuncia a mettere in atto i provvedimenti necessari al mantenimento in vita o l'interruzione di tali provvedimenti) e sull'eutanasia attiva indiretta (quando per lenire le sofferenze si somministrano sostanze i cui effetti secondari possono ridurre la durata della sopravvivenza).

Attualmente, l'eutanasia attiva è vietata, mentre suicidio assistito è un atto non punibile sin dal 1942.

Il Consiglio federale, dopo approfondita valutazione e tenuto conto dei fondamenti cristiani della società, rinuncia a qualsiasi alleggerimento della norma in vigore. Ritiene però indispensabile poter offrire ai pazienti incurabili che sono in fin di vita e che chiedono l'eutanasia attiva diretta i mezzi e le possibilità per lenire le loro sofferenze. E' pertanto d'avviso che sia assolutamente necessario sfruttare tutte le risorse della medicina e delle cure palliative. Infatti i nuovi metodi di cura dei pazienti in fin di vita sono ancora relativamente sconosciuti: devono pertanto essere in ogni caso integrati nel sistema di formazione dei futuri medici.

La legge vincola la perseguibilità all'esistenza o meno di "*motivi egoistici*". In assenza di talimotivi, l'atto non è perseguibile. E' sufficiente quindi che la persona che desidera morire beva di sua iniziativa la pozione fatale o apra con le sue mani il rubinetto della fleboclisi, perchè sia legale l'intervento di chi l'aiuta.

In questo paese l'eutanasia è, quindi, illegale mentre in Europa il suicidio

assistito è ammesso in Svizzera, Lussemburgo e Belgio. L'Olanda è stata il primo paese al mondo, nel 2000, a legalizzare anche l'eutanasia attiva, non è considerato un reato assistere un suicida, anche attivamente, a togliersi la vita.

L'unica discriminante è che chi assiste non lo faccia per motivi egoistici, cioè non lo faccia per trarne un vantaggio.

Questa formulazione nella norma comporta che si è puniti se si aiuta il suicida perchè retribuiti in qualche modo o perchè dalla morte di questi ricaverebbe un vantaggio (magari un'eredità o altro).

Secondo le Direttive-ASSM l'aiuto al suicidio non è un *"aspetto dell'attività medica"*.

Due le associazioni che praticano il suicidio assistito in Svizzera:

Dignitas- vivere e morire con dignità, fondata dall'avvocato Ludwig Minelli nel 1998 a Forch, vicino Zurigo (che accoglie per la maggior parte persone straniere) e la Exit, a Berna.

In Italia esiste un' associazione a favore dell'eutanasia, Exit Italia, che fornisce supporto e informazioni a chi intende rivolgersi alle due associazioni svizzere.

La Dignitas dà la possibilità al paziente di "alloggiare" in un appartamento il tempo necessario per assumere, con un leggero sottofondo musicale, una dose letale di barbiturici.

Le persone che hanno deciso di farla finita presso la Dignitas sono già 125.

L'organizzazione consta di 1.800 iscritti, che versano annualmente una quota per le spese di 25 franchi svizzeri (circa 17 euro). Si paventa che ormai a Zurigo stanno nascendo altre organizzazioni che offrono l'eutanasia.

Exit, che conta circa 60.000 aderenti, nata nel 1982 in Svizzera e che conta sezioni in tutto il mondo (Exit-Italia è nata nel settembre del '96 e nel maggio scorso ha tenuto un convegno a Torino), prevede che il richiedente sia maggiorenne, di nazionalità svizzera, capace di intendere e di volere, esofferente di una malattia debilitante e incurabile.

La persona in questione deve contattare personalmente l'associazione, convincendola che non vi è alcuna istigazione o interesse di parti terze. In caso di dubbio, la scelta finale compete a un team composto da un avvocato, da uno psichiatra e da un medico. Il 15-20% delle richieste vengono rifiutate. Jerome Sobel, presidente di Exit, otorinolaringoiatra a Losanna, è soprannominato il "*dottor morte*" della Svizzera.

Sobel applica il "suicidio assistito" viene chiamato direttamente dal malato terminale.

Un gruppo di lavoro istituito dal Consiglio Federale per esaminare la questione dell'assistenza al suicidio, prese il suo rapporto nel 1999 rilevando come l'eutanasia passiva e l'eutanasia attiva indiretta non sono espressamente regolate dalla legge. D'altra parte non esiste nessun obbligo legale da parte del medico o di un'altra persona di assecondare il desiderio di un paziente determinato a morire, e che richiede l'assistenza al suicidio o l'eutanasia attiva diretta. Quest'ultima cade sotto l'articolo 111 del CP (omicidio) eventualmente, qualora la persona ne faccia richiesta in maniera seria e insistente, sotto l'articolo 114 CP (omicidio su richiesta della vittima) con una pena dai 3 giorni a 3 anni.

In virtù di questa parziale carenza legislativa, i medici si rifanno oggi alle direttive dell'Accademia Svizzera delle scienze mediche e agiscono secondo la loro coscienza; le procedure giudiziarie sono rare. Il dolore insopportabile non costituisce il motivo principale per cui si desidera morire.

L'assistenza al suicidio non rientra nell'attività medica, ma la decisione morale e personale di un medico che agisce in tal senso deve essere rispettata, ha spiegato il professor Werner Stauffacher, presidente dell'Accademia svizzera di scienze morali e sociali.

Il sentimento di abbandono, di inutilità, di angoscia per dover dipendere da un aiuto esterno e perdere così la propria dignità, compongono il difficile puzzle di questa drammatica scelta.

Per i casi più gravi, esiste un forte legame tra la volontà di farla finita e l'isolamento, cure palliative insufficienti e uno stato depressivo.

Queste forme di aiuto al suicidio vanno distinte dall'istigazione al suicidio, condannata dall'articolo 115 del CPS.

Esistono a tal proposito associazioni che in base al dubbio principio ideologico che vede nella morte autoinflitta *«un gesto di speranza e un esempio di responsabile integrazione nell'organismo planetario»*, ne incoraggiano la pratica col fine di assicurare un contingentamento della specie.

Alcuni esempi sono rappresentati dalla Chiesa dell' Eutanasia e dal Fronte di Liberazione di Gaia.

In Svizzera il suicidio rappresenta la prima causa di morte dei giovani tra i 15-19 anni.

Da uno studio sulla salute dei giovani ticinesi condotto nel 1994, è apparso che l'8% delle apprendiste e il 7% degli apprendisti dicono di aver tentato almeno una volta il suicidio. Per chi frequenta la scuola a tempo pieno, le percentuali scendono al 4%, rispettivamente al 1%. I dati sugli ultimi 15 anni in Ticino, indicano che il fenomeno dei suicidi è in leggera progressione, a un tasso di 0.25 casi supplementari all'anno per 100.000 abitanti. L'età media è di 49 anni, variabile, da un anno all'altro, fra i 45 e i 54 anni. Il 70% delle vittime è di nazionalità svizzera, solo il 75% ha il proprio domicilio in Ticino.

A livello mondiale il tema della prevenzione dei suicidi non gode di sufficiente considerazione, principalmente per una carente informazione sull'ampiezza del fenomeno, ma anche per il disagio che molte società hanno nel discuterne apertamente. Pochi Stati hanno incluso la prevenzione del suicidio fra le loro priorità. La prevenzione richiede interventi anche fuori dal campo sanitario, coinvolgendo in un contesto multidisciplinare il settore dell'educazione, le organizzazioni sindacali, la polizia e la giustizia, i movimenti politici e religiosi, i media.

In Francia, si parla di Mandato di protezione futura che trova attuazione nel momento in cui si constata, tramite certificato medico, l'alterazione delle capacità di un soggetto, senza che il giudice debba intervenire. Un esempio può essere il Mandato dei genitori di un figlio handicappato maggiorenne di designare la persona che assumerà la protezione del figlio nel momento in cui essi non saranno più in grado di farlo. La Legge del 1968 «loi de protectiondesmajeursincapable». Il mandato che può essere concluso solo



mediante atto notarile, può essere generale o speciale, può riguardare sia gli atti necessari alla protezione della persona (esclusi gli atti personalissimi) che quelli necessari all'amministrazione del patrimonio, gli atti di disposizione.

Il mandatario produce al cancelliere del tribunale d'istanza il certificato medico e il mandato.

Il cancelliere appone il visto al mandato, appone la data dalla quale è efficace e indi lo restituisce al mandatario (481 c.c.). Il mandatario provvede all'esecuzione del mandato per tutta la durata dell'incapacità del mandante.

Qualsiasi persona può rivolgersi al giudice tutelare al fine di contestare l'attuazione del mandato oppure perchè si esprima sulle condizioni e sulle modalità della sua esecuzione. Le misure prese devono essere riviste ogni cinque anni. Il Mandato può prevedere che il mandatario svolgerà i compiti che il Code de la sante publique e il Code de l'actionsocial et desfamilles affidano al rappresentante della persona sotto tutela o alla persone de confiance (persona di fiducia).

Le "Direttive anticipate di fine vita", consentite in Francia (legge 22 aprile 2005), troveranno nel mandato di protezione futura un luogo di espressione privilegiata. Esse indicheranno i desideri della persona relativi alla fine della sua vita, nei riguardi della limitazione o l'interruzione del trattamento medico.

Secondo i principi stabiliti nel Codice Civile -articoli 16-1 e 16-3- relativi all'inviolabilità e all'integrità del corpo umano, un medico non può forzare una persona in grado di esprimere la propria volontà nell'accettare esami medici o

terapie.

Ma il medico deve informare il paziente su tutte le conseguenze del suo rifiuto e deve cercare di persuaderlo (articolo 35° del Codice di Etica Medica). Se, in casi eccezionali, un medico decida di smettere di curare un malato, dovrà garantire la continuità delle cure, affidando il paziente a un altro medico. I medici potranno agire senza prendere in considerazione i desideri del malato soltanto in caso di estrema urgenza, se la vita del malato è in pericolo o se il paziente è affetto da disturbi mentali o se rappresenta un pericolo per se stesso e per terzi. Qualsiasi medico che si rifiuti di aiutare una persona ferita o malata rischia di essere processato.

L'eutanasia è proibita in Francia, anche se praticata da un professionista della salute o da qualsiasi altra persona, in quanto *"nessuno ha il diritto di procurare volontariamente la morte"* (Codice di Etica Medica, articolo 38).

L'eutanasia è considerata incompatibile con la legge, la pratica medica e l'etica, ed espone il professionista della salute al pericolo di essere sottoposto a un processo criminale o disciplinare. In pratica, viene tollerata la "astensione terapeutica" (conosciuta anche come eutanasia "passiva") che consiste nell'interrompere la terapia (come i congegni di supporto cardiaco o respiratorio) ai malati terminali.

Secondo un sondaggio pubblicato il 15 luglio 2002 da Le Journal duDimanche, la maggioranza dei francesi sarebbe favorevole, almeno in certi casi, a una legge che autorizzi i medici a praticare l'eutanasia su persone che soffrono di malattie insopportabili e incurabili.

Come si apprende da un articolo pubblicato su La Repubblica, Bernard Kouchner, medico e fondatore di "Medecins sans frontieres", Ministro della Sanità nel governo Jospin, ha detto di aver dato più volte la dolce morte.

La recente legge del 22 Aprile 2005, relativa "Ai diritti dei malati ed alla fine della vita", applicabile solo a persone aventi un quadro clinico definitivamente compromesso, si fonda sul concetto di "eutanasia passiva", in altri termini, è permessa l'interruzione di trattamenti aventi il solo scopo di prolungare artificialmente la vita qualora si dimostrino inefficaci, lasciando sussistere le sole cure palliative. Se il paziente, affetto da una patologia incurabile in fase terminale, sia in possesso delle sue facoltà mentali, può decidere la sospensione o limitazione di ogni trattamento, comprese alimentazione ed idratazione. Resta vietata la possibilità di praticare l'eutanasia attiva.

Il Bundestag tedesco ha approvato il 18 Giugno 2009 una legge sul testamento biologico ,entrata in vigore il 1 Settembre.

In Germania il testamento biologico viene riconosciuto e viene tollerato il suicidio assistito, ma l'eutanasia non è ancora depenalizzata. In Germania, tutti i malati hanno il diritto di scegliere i parametri delle cure mediche somministrategli. Tutte le persone capaci di intendere e volere possono sottoscrivere un "Testamento di Vita" che regoli le cure mediche nei casi in cui il paziente non sia in condizioni di esprimere la propria volontà.

Questo potrà essere realizzato per iscritto o nominando una terza persona come confidente.

Anche i minori di 18 anni potranno stilare un testamento di vita, ma in tal caso i

medici dovranno ottenere il consenso del tutore legale.

Tuttavia, l'eutanasia attiva è illegale in Germania e non potrà essere praticata anche se ne viene fatta esplicita richiesta nel testamento del paziente.

La strada è stata aperta da un tribunale di Francoforte nel 1998: l'eutanasia può essere autorizzata per le persone in coma irreversibile solo se corrisponde alla volontà del paziente. Deve, comunque, essere approvata da un tribunale tutore.

La Corte Suprema federale, infatti, emise nel marzo 2003 una sentenza con la quale dichiarava la legittimità e il carattere vincolante del "Patientenverfügung", termine tedesco che sta per volontà del paziente, riconducendola al "diritto di autodeterminazione dell'individuo".

In Danimarca, la persona malata in modo incurabile può decidere di fermare il trattamento medico.

Dal 1992, in caso di malattia incurabile o incidente grave, i danesi, con un "testamento biologico", che il medico è tenuto ad osservare, possono chiedere di non essere tenuti in vita artificialmente.

La legge nazionale danese sui diritti del malato (Lovompatientersretsstilling) del 1998 stabilisce che non si può iniziare nè seguire alcuna cura senza il consenso del paziente.

Una persona può sottoscrivere un Testamento di Vita in cui esprima la sua volontà riguardo alle cure.

Ci sono due eccezioni in cui i malati non possono rifiutare le cure. In caso di epidemia, il Ministro degli Interni può, su raccomandazione del Consiglio

Nazionale della Salute, imporre l'inizio di una terapia obbligatoria.

Così è stabilito dalla Legge Nazionale Danese per ordine delle autorità contro la diffusione di malattie del 1979.

L'altra eccezione si presenta nel caso in cui vi siano persone con malattie mentali che possono essere in pericolo o mettere in pericolo le persone che le circondano. In questi casi, i pazienti potranno essere obbligati a ricevere le cure. Così è stabilito dalla Legge Nazionale Danese sulla perdita della libertà e altre costrizioni in psichiatria del 1998.

La legge nazionale danese sui diritti del malato del 1998 stabilisce che l'eutanasia passiva, così come la sospensione delle terapie in pazienti terminali, è legale. Mentre l'eutanasia attiva, o suicidio assistito, non lo è. L'associazione "Per una morte dignitosa ha distribuito un questionario a 487 medici, con la garanzia dell'anonimato, e i risultati sono stati pubblicati dal giornale di categoria "DagensMedicin". Sulla base del sondaggio, l'associazione ha concluso che il suicidio medicalmente assistito è diffuso in Danimarca, e che su questo tema occorrerebbe aprire un dibattito.

In Spagna è legale rifiutare le cure mediche, secondo l'articolo 10-9 della Legge Generale di Sanità 14/1986, del 25 aprile 1986: *"Tutti hanno i seguenti diritti riguardo alle diverse amministrazioni pubbliche sanitarie: Rifiutare le cure nei casi indicati nella sezione 6; per il quale dovrebbero richiedere il periodo contributivo volontario, secondo i termini stabiliti nella sezione 4 del seguente articolo."*

Articolo 6 *"Sulla libera scelta tra le opzioni presentate dal medico responsabile*

*del caso, è necessario un previo consenso scritto dell'utente per la realizzazione di qualsiasi intervento, eccetto nei seguenti casi:*

- a) Quando il non intervento presuppone un rischio per la salute pubblica;*
- b) Quando è incapace di prendere decisioni; nel cui caso, tale diritto spetterà ai familiari o alle persone a lui prossime;*
- c) Quando l'urgenza non consente di aspettare a causa di possibili danni irreversibili o in caso di pericolo di morte ”.*

In Spagna, l'eutanasia o il suicidio assistito sono considerati dei crimini secondo l'articolo 143.4 del Codice Penale, Legge Organica 10/1995, del 23 novembre: Chiunque causi o cooperi attivamente mediante un'azione diretta o necessaria alla morte di un individuo, in seguito a richiesta esplicita,

seria e inequivocabile di questi, anche se la vittima soffre di una grave malattia che lo porterebbe inevitabilmente alla morte, o che producesse gravi sofferenze permanenti e difficili da sopportare, sarà punito con una pena inferiore di uno o due gradi a quelle segnalate ai punti 2 e 3 di questo articolo.

Nel Regno Unito, è legale che un adulto rifiuti una cura medica, anche se tale gesto possa ridurre la sua speranza di vita. Costituiscono eccezioni i malati in cura per problemi mentali e quelli protetti dalla Legge sulla Salute Mentale del 1983. La situazione dei ragazzi di età inferiore ai 18 anni non è molto chiara ed aiuta i bambini che seguono una terapia.

In alcuni casi, i minori di 18 anni possono dare il consenso per continuare una cura, anche se questo vada contro la volontà dei genitori.

Tuttavia, se un ragazzo minorene rifiuta una terapia, i genitori possono

annullare tale decisione.

In casi estremi, è possibile ricorrere al tribunale per stabilire se il medico dovrà o meno continuare la terapia.

La Legge dei Diritti Umani del 1998, stabilisce che il diritto della persona alla vita sia protetto per legge. Nel Regno Unito è illegale aiutare un individuo a commettere suicidio.

Nel 1990 la Camera dei Lord ha respinto (101 voti contro 35) la richiesta di legalizzare l'eutanasia attiva volontaria. La stessa richiesta era stata bocciata nel 1936.

Nel Regno Unito, ad esempio, l'aiuto al suicidio è perseguito a norma del Suicide Act del 1961, pur se, sul piano giurisprudenziale, vi sono aperture consistenti all'eutanasia c.d. passiva (senza considerare come sia attualmente in discussione alla Camera dei Comuni l'Assisted Dying for the Terminally Ill Bill che permetterebbe una forma di suicidio assistito simile a quella prevista dallo statunitense Oregon Death with Dignity Act del 1997) – mentre il testamento biologico è stato espressamente previsto a livello legislativo solo dopo il Mental Capacity Act approvato il 7 aprile 2005 ed entrato in vigore il 1° ottobre 2007.

Nel 1997 la Corte Suprema degli Stati Uniti ha deciso all'unanimità che il diritto all'eutanasia e al suicidio assistito non può essere affermato a livello costituzionale, come è invece accaduto per l'aborto. Questa decisione non preclude però che singoli stati dell'Unione possano legiferare in materia. Fino a questo momento solo l'Oregon si è dotato di una legge pro-eutanasia.

A seguito di un referendum svoltosi nel 1994, in questo stato è stato approvato il “Death with Dignity Act”.

Tra questi ordinamenti emerge il caso del Territorio del Nord della federazione australiana, che nel 1995 si era dotato di una legge il *Rights of the Terminally Act*, che pur essendo stata abrogata appena due anni dopo dal Parlamento federale, rappresenta un intervento legislativo particolarmente rilevante nell’analisi dei testi legislativi sul fine vita, in quanto costituiva storicamente il primo organico provvedimento legislativo in tema di eutanasia attiva. Questa legge, impostata sulla proceduralizzazione, metodo poi seguito, come già visto, anche dal legislatore belga e olandese, è stata approvata allo scopo di riconoscere il diritto dei malati terminali alla richiesta dell’assistenza nel porre fine volontariamente alla propria vita “in maniera umana”, secondo l’espressione usata nella stessa nota introduttiva alla legge e in base alla visione, tipica dei paesi di common law, per cui il diritto alla vita, e, specularmente, il diritto alla morte, è un diritto soggettivo, pienamente disponibile da parte dell’individuo. La legge, oltretutto, non solo autorizzava l’eutanasia attiva e il suicidio assistito e prevedeva l’“immunità” per i medici che avessero accolto la richiesta del paziente, ma considerava queste pratiche come dei trattamenti sanitari posti a tutela delle persone, indipendentemente dalla nazionalità. L’unico limite posto all’esercizio del diritto di morire era individuabile nell’efficacia del trattamento del dolore: di fronte alla possibilità di fornire cure palliative che lenissero il dolore in modo da renderlo accettabile per il paziente, infatti, il medico non avrebbe dovuto dar



seguito alle richieste del malato, per poi invece esservi tenuto successivamente di fronte ad una nuova richiesta, qualora le stesse cure non presentassero più la stessa efficacia.

La prestazione dell'assistenza, che secondo la legge consisteva nel fornire o somministrare una sostanza letale al paziente, era comunque sottoposta alla condizione che egli fosse maggiorenne e lucidamente consapevole della propria decisione, anche grazie alle informazioni che il medico era tenuto a fornire circa la patologia e le possibili cure e misure straordinarie, e che, oltre alla malattia terminale e incurabile, non risultasse sofferente di depressione, secondo l'opinione di un ulteriore medico psicologo.

La legge prevedeva che la richiesta del paziente fosse attestata mediante un "*certificato di richiesta*", firmato dal paziente stesso, o da altri per suo conto, nel caso egli fosse fisicamente impossibilitato, e da un altro medico che comprovava la regolarità della relativa richiesta, e tale documento costituiva anche prova legale della richiesta di assistenza nell'eventuale giudizio che avrebbe potuto instaurarsi nei confronti del medico assistente. La richiesta, sempre revocabile, poteva essere accolta anche se proveniente da persone di nazionalità estera, come già accennato, mentre risultava rifiutabile dal medico che volesse opporre obiezione di coscienza e inaccettabile nel caso emergesse un qualche sospetto di strumentalizzazione, ipotesi rigidamente disciplinata attraverso norme che prevedevano severe sanzioni penali e civili.

La procedura prevista per la fase successiva all'esecuzione della richiesta del paziente comportava infine che il medico riferisse al pubblico ministero

dell'avvenuto decesso e gli inviasse copia del certificato di morte, il certificato della richiesta scritta di assistenza e tutta la documentazione medica riguardante il malato.

Era anche previsto il monitoraggio parlamentare del fenomeno attraverso il rapporto che ogni anno il Procuratore generale avrebbe dovuto rendere noto sul numero dei casi riscontrati di eutanasia o assistenza al suicidio.

Le soluzioni prospettate dalla legge, per certi versi anticipatrici delle successive adottate da altri paesi, tuttavia, non hanno potuto avere un seguito significativo perchè, a pochi mesi dall'entrata in vigore, il Parlamento Federale Australiano ne ha disposto l'abrogazione, ripristinando la disciplina precedente che considerava l'eutanasia attiva e l'aiuto al suicidio come condotte perseguibili penalmente alla stregua dell'omicidio.

Più compiute si presentano le soluzioni espresse nel Nord America, dove si riscontra <<una sorta di "propensione sociale" fenomeno eutanasico>>, anche per via del favore verso la riappropriazione delle fasi della vita e delle relative scelte da parte dell'individuo, che contraddistingue i paesi di common law, e dove il materiale legislativo e giurisprudenziale, nonsempre omogeneo, ma vasto, e l'intensità del dibattito, rendono l'esperienza ivi formatasi <<in qualche misura "simbolica">>.

Rimanendo sul versante degli interventi normativi, si può osservare che il panorama si differenzia da Stato a Stato, rinvenendosi comunque un atteggiamento ancora prevalentemente orientato al divieto delle pratiche di eutanasia attiva e suicidio assistito, pur in un contesto culturale e giuridico in

cui il right to die viene generalmente ricompreso nella sfera di autodeterminazione individuale.

In un panorama così composito, emergono i significativi esempi forniti da due Stati che hanno elaborato una disciplina normativa in tema di fine vita: lo Stato della California, in particolare, che è stato il precursore nella legislazione in tema di diritto al rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale e living wills, e lo Stato dell'Oregon, che ha regolamentato il suicidio medicalmente assistito.

L'Oregon è stato il primo Stato americano ad introdurre la norma nel 1997. Nel 2009 si sono aggiunti Washington e Montana con alcuni distinguo: il primo ha una legislazione pressochè simile a quella dell'Oregon, il secondo invece non ha alcuna norma a stabilire un protocollo, e la legalizzazione si intende de facto in seguito ad una sentenza del tribunale che ha stabilito protetti dalle leggi i medici, che su richiesta di pazienti adulti e terminali, prescrivano medicinali e farmaci ai fini del suicidio assistito. In ultimo, rispettivamente nel 2013 e nel 2014, l'approvazione della pratica è stata sancita dal Vermont – simil Oregon e Washington- e dal New Mexico.

In quest' ultimo caso, in base alla decisione recente di un giudice, il diritto al suicidio assistito medicalmente è materia costituzionale.

In Italia si assiste ad una contraddizione in termini legislativi infatti, al COMMA 1: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

Al COMMA 2 sancisce che: “Nessuno può essere obbligato ad un determinato

trattamento sanitario, se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

L’articolo esprime la necessità di sottoporsi volontariamente ma non la possibilità di una “volontà abdicativa da parte del costituente rispetto alla permanenza del principio [. . . ] della indisponibilità del bene vita anche da parte del soggetto che ne è titolare”.

La salute è riconosciuta come un bene per l’individuo e un interesse per la collettività; la cura è un valore che l’individuo deve ricercare. Giuridicamente nessuno è obbligato a curarsi ma esiste il dovere morale di farlo; il rifiuto o la rinuncia a un trattamento sanitario non può essere considerato un bene né per l’interessato né per la società. Ma qualsiasi trattamento sanitario trova un limite nel rispetto della persona umana.

L’articolo 32 è collocato sotto il titolo II della Costituzione dove sono raccolti tutti quegli articoli ispirati al principio di solidarietà; l’obiettivo è di assicurare a tutti la salute tenendo conto, anzi rafforzando, l’importanza del consenso, dato che una partecipazione attiva della persona migliora l’efficacia della cura. Nel rispetto di un principio di uguaglianza, anche le persone che si trovano impossibilitate ad esprimere il proprio consenso in modo attuale devono poter essere partecipi del loro percorso di cura, esprimendo in anticipo le proprie volontà.

Il rifiuto o la rinuncia a un trattamento sanitario può essere considerato ammissibile non perchè è possibile disporre liberamente sulla vita o sulla morte, sulla salute o sulla malattia, ma perchè ogni persona deve avere la

possibilità di considerare dei trattamenti non adeguati al proprio corpo, quindi scegliere di conseguenza. Questo articolo conferma, dunque, che la scelta di sottoporsi alle cure altro non è che un diritto di libertà della persona. Da qui, l'impossibilità di praticare una cura contro la volontà espressa del paziente, anche quando l'omissione della cura o la sua sospensione porti alla morte; tale disposizione da un lato prevede, come deroga, la possibilità di una imposizione legislativa di trattamenti sanitari obbligatori, ma dall'altro ribadisce, al contrario, il principio stesso del libero consenso.

All'articolo 2 della Costituzione italiana la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali dove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale. Oltre che dall'art. 3 Cost., questo principio è desumibile dall'art. 2 Cost. per il quale "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo", tra i quali rientrano primariamente i diritti alla vita e all'integrità fisica. Dato che questi diritti sono riconosciuti e garantiti come inviolabili nei confronti dell'uomo come tale, ogni discriminazione di riconoscimento e di tutela inciderebbe sulla loro inviolabilità e sarebbe, pertanto, costituzionalmente illegittima.

All'articolo 13 è riconosciuta l'inviolabilità della libertà personale. L'affermazione della libertà personale e della libertà di poterla estrinsecare, del diritto alla salute, della dignità della persona, dimostrano come il Legislatore costituente abbia voluto accogliere l'idea della disponibilità del corpo umano . In particolare, l'interpretazione dell'art. 5 c.c. in relazione agli artt. 2 c.2, 3c.2,

13 e 32 Cost., consentirebbe di affermare il principio della liceità di tutti quegli atti che non sono altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico e al buon costume. Nell'ordinamento italiano l'eutanasia non forma oggetto attualmente di una specifica regolamentazione giuridica e nella giurisprudenza italiana il termine "eutanasia" non ha una definizione giuridica e nel codice penale il termine non compare.

Il nostro Codice penale distingue almeno tre figure che possono essere richiamate nell'ipotesi di eutanasia:

I. art.575c.p. Omicidio (comune volontario) nell'ambito del quale ricade, colui che pratica l'eutanasia (attiva) senza richiesta o espresso consenso

II. art.579c.p. omicidio del consenziente che punisce l'azione di colui che agisce su richiesta e con il consenso dell'interessato.

III. art.580c.p. istigazione o aiuto al suicidio che punisce anche colui che ha suggerito o assistito altri al suicidio eutanasiaco.

Le eutanasie consensuali, cioè attuate con il consenso della vittima dovrebbero attivare gli estremi dell'art.579 c.p.

In concreto, questo non succede perché possono rientrare nella disciplina della norma indicata solo rari casi. Il più delle volte risultano applicabili le disposizioni dell'omicidio comune, quando nel soggetto passivo si verifica una riduzione delle capacità intellettive tale da rendere invalido il consenso prestato

per le condizioni di deficienza psichica.

Sempre con riguardo alle eutanasi consensuali bisogna aggiungere che, ai fini dell'accertamento della validità del consenso, risultano importanti i motivi che indussero il malato a pervenire a soluzioni tanto drastiche. Perciò si deve ritenere invalido quel consenso che pur essendo stato prestato dal malato nel pieno delle sue facoltà mentali, doveva interpretarsi come richiesta non già di morte, ma di conforto.

Un altro criterio di distinzione che viene adottato nell'ambito dell'eutanasia, sempre nel tentativo di darne il più possibile una forma "giuridica" è quello che nella definizione di eutanasia assume come parametro il soggetto che ha praticato l'eutanasia per motivi di pietà, distinguendo se:

- I. la condotta sia posta in essere da chi è legato al malato da vincoli di familiarità
- II. la condotta sia posta in essere da chi si occupa di lui nell'esercizio delle professioni sanitarie

Nel primo caso si richiama l'art.570c.p.. Violazione degli obblighi di assistenza familiare: «Chiunque, abbandonando il domicilio domestico, o comunque serbando una condotta contraria all'ordine o alla moralità delle famiglie, si sottrae agli obblighi di assistenza inerenti alla potestà di genitori o alla qualità di coniuge e punito con la reclusione fino a 1 anno...» delineandoci un obbligo giuridico in tale direzione.

Nel secondo caso non sembra che il nostro ordinamento configuri in campo sanitario il dovere di lottare, sempre e comunque, contro la morte. Il medico

deve operare solo con il consenso del destinatario del suo intervento o quando ricorre lo stato di necessita o è legittimato dalla legge.

Quindi vera e propria eutanasia è soltanto quella attiva, cioè quella che si pone in essere attraverso un comportamento diretto ad abbreviare la vita di un soggetto.

L'eutanasia passiva invece, consiste nell'omissione non vietata degli atti idonei a prolungare la permanenza in vita di un individuo destinato ormai a breve alla morte. Non rientra nella fattispecie in questione alla luce della vigente normativa.

Nel Codice penale è previsto un tipo di reato applicabile alla pratica dell'eutanasia volontaria: omicidio del consenziente.

Secondo una definizione di P.J.VanDerMaas l'eutanasia attiva volontaria è la «terminazione intenzionale della vita da parte di qualcuno che non è la persona interessata, per richiesta di quest'ultima». In questa accezione è chiaramente identificabile l'omicidio del consenziente.

Il consenso del soggetto che muore non esclude l'antigiuridicità dell'atto lesivo, ma vale solo a mutare la qualità del reato, che viene ridotto ad un reato di minore entità rispetto all'omicidio comune: il consenso del morente di fatto riduce la pena per l'imputazione di omicidio. Questo accade perchè la tutela penale del bene della "vita umana" quale bene fondamentale, rende inefficace il consenso dell'avente diritto: infatti, la rinuncia a tale bene non è valida poichè il consenso disporrebbe di un bene che, in base all'art.32 cost. ma anche secondo la giurisprudenza è indisponibile.



Nell'ambito del suicidio (medicalmente) assistito a scopo eutanasi, si possono individuare alcuni elementi che non figurano nei casi di suicidio generico.

Il primo interessa soggetti colpiti da patologie gravi ed incurabili: il soggetto chiede assistenza medica per togliersi la vita, ma non vuole ricorrere ad un metodo violento. Il medico non interviene direttamente ma la sua azione si limita alla prescrizione di farmaci, consigli e suggerimenti; sarà il malato a compiere il gesto finale di privarsi della vita.

Il suicidio assistito non è dunque configurabile nell'omicidio del consenziente.

L'art. 580 c.p. recita: *“chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.*

*Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente.*

*Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.”*

Per quanto riguarda l'eutanasia passiva possiamo osservare che, secondo l'art.40/2c.p. «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale al cagionarlo» perciò si tratta di un reato commissivo compiuto mediante omissione.

Secondo tale disposto il medico che pratica l'eutanasia passiva, cioè che si astiene dall'intervenire pur essendo in grado di agire, è penalmente perseguibile; tuttavia in certi casi ci si trova di fronte alla non punibilità del medico, ma in tali casi è forse più opportuno non parlare di "eutanasia passiva" dal momento che comunque il medico agisca o non agisca l'exitus sarà inevitabile. Anzi il rischio al quale si va incontro, se il medico continua la sua vana azione per scongiurare una morte inevitabile, è quello dell'accanimento terapeutico.

Coloro che più degli altri si trovano quotidianamente ad affrontare la tematica del fine vita sono senza dubbio i professionisti sanitari, da un lato vincolati dalle regole della deontologia che li autodisciplina e li orienta nella pratica della professione, dall'altro lato devono rispondere davanti alla legge.

Faccio riferimento alla definizione di responsabilità secondo la Corte di Cassazione, IV sez. pen. - sent. 2/3/2000, n.447: *"Gli operatori sanitari sono tutti, ex lege, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti... posizione che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale è contrassegnata dal dovere giuridico incombente al soggetto di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsiasi pericolo atto a minacciarne l'integrità".* Il bene giuridico da tutelare è il bene vita e il bene salute.

Questa definizione giuridica riprende "il principio di beneficenza-non maleficenza" deontologico ippocratico.

Nel suo *"Giuramento"*, egli scrisse *"non mi lascerò indurre dalla preghiera di nessuno, chiunque egli sia a propinare un veleno e dare il mio consiglio in una*

*simile contingenza*". Sulla base di queste parole si fonda l'espresso rifiuto dell'eutanasia e la convinzione, assoluta, della necessità di tutelare il bene salute al di là dei desideri di morte dell'ammalato.

Alla guida dell'agire medico ed infermieristico stanno valori basilari come il rispetto della vita e della dignità della persona, l'interesse del paziente, il rispetto della beneficenza dello stesso.

E' interessante ricordare l'antico binomio alla base dell'atto medico, quello di scienza e coscienza: da un lato la scienza del medico, vale a dire il suo sapere offerto al paziente e "corretto" dalla coscienza, dall'altro la volontà dell'individuo che si affida al medico.

Nel Dicembre 2009, proprio mentre la proposta di legge 2350, approvata a Marzo dello stesso anno al Senato, è in discussione alla Camera, il presidente della Federazione Nazionale del Collegio Ispasvi, Annalisa Silvestro, rende pubblica la posizione degli infermieri italiani in merito alla legge sulle dichiarazioni anticipate e sul "fine vita", attraverso un Pronunciamento *La persona nel fine vita*

*"Una legge che, così come è formulata, appare in contrasto con la nostra deontologia professionale, non riconosce la centralità della persona e delle sue volontà e non tiene conto del coinvolgimento dell'intera équipe assistenziale"*.

*"Il Pronunciamento -afferma la Silvestro- è il punto di arrivo di una riflessione avviata dal nostro gruppo professionale già nel 2008, quando abbiamo avviato il percorso di revisione del nostro Codice deontologico. La riflessione etica non*

*poteva non toccare tematiche di particolare sensibilità e rilevanza quali la terminalità della vita, il rispetto della volontà dell'assistito e il suo accompagnamento al fine vita".*

Se si può considerare il medico come il curatore della patologia, l'infermiere rappresenta l'anello delle cure, essendo l'infermieristica una disciplina olistica, capace di accogliere la persona anche nel suo bisogno di autodeterminazione, favorendo la salute, il benessere e la dignità del malato.

E' proprio della professione infermieristica lo stare vicino e accompagnare il malato "nella evoluzione terminale della malattia" e le persone a lui vicino "nel momento della perdita e della elaborazione del lutto" attraverso la relazione, atteggiamenti e gesti che vogliono accogliere, ascoltare, assistere, comunicare, lenire. Gli infermieri sono protagonisti e svolgono una insostituibile funzione nella fase terminale della vita delle persone.

L'infermiere, come il medico, deve impegnarsi a garantire al malato le migliori cure possibili fino al termine della sua vita. Garantendo le migliori cure possibili si risponde al rispetto del diritto di qualità del malato, evitando di correre il rischio di abbandono e di accanimento terapeutico, rischi ugualmente temibili sia dal punto di vista clinico sia etico.

L'articolo 34 riconosce l'importanza di un ruolo attivo dell'infermiere per prevenire e contrastare il dolore cercando di alleviare la sofferenza e facendo sì che l'assistito riceva le migliori cure.

Altri riferimenti sono l'articolo 35 e l'articolo 36 dove si parla di palliazione, di conforto e di rispetto delle volontà dell'assistito fino al termine della sua vita

indipendentemente dalle condizioni cliniche.

Il rischio di accanimento o il rischio di abbandono fondano le basi su una medicina paternalistica, secondo cui sono il medico e l'infermiere a decidere che cosa è bene per la persona malata. Ma se ci si affida al rispetto del diritto di autodeterminazione della persona, si fa valere quel diritto del malato di esprimersi e di essere protagonista nelle scelte terapeutiche, anche quando non è più in grado di intendere e di volere. L'infermiere tiene conto di quanto espresso e documentato prima di perdere la capacità di esprimersi.

Le dichiarazioni anticipate di trattamento sono lo strumento che potrebbe allargare i confini della autonomia personale riconoscendo il diritto della persona di esprimere la propria volontà anche quando si trova in uno stato di incoscienza.

Tale strumento consente alla persona di essere protagonista del proprio percorso di cura, diritto che avrebbe manifestato attraverso il "*consenso informato*" se fosse stata cosciente e in grado di scegliere tra le possibilità di trattamento proposte dal medico. La volontà della persona sembrerebbe così rappresentata al meglio, se si trovasse impossibilitata a esprimere ciò che desidera per se con un consenso attuale alla cura.

Un aspetto controverso e discusso riguarda il carattere vincolante o solo orientativo da attribuire a tale documento; il termine "*direttiva*" sembra orientare a una interpretazione per cui il fiduciario ha l'obbligo di far rispettare quanto espresso, così come il medico e l'infermiere sono obbligati ad intervenire.

Se le direttive anticipate di trattamento avessero un carattere assolutamente vincolante, medici e infermieri si vedrebbero tolta la possibilità di agire in scienza e coscienza per il bene della persona assistita.

Il termine “*dichiarazione*” sembra invece esprimere un orientamento sugli interessi e preferenze della persona, non vincolante per l’agire di medici e infermieri.

Parlare di dichiarazione consente di considerarla all’interno di un rapporto di fiducia, instaurato nell’ambito della alleanza terapeutica tra medico e persona assistita.

Attorno al caso di Welby si accese in Italia un acceso dibattito sulle questioni di fine vita e, più in generale, sui rapporti tra legge e libertà individuali.

L’aspetto che maggiormente colpisce in questa storia è la piena coscienza in cui il paziente si è trovato fino a pochi istanti prima di morire, la sua lucidissima volontà di porre fine a quello stato vegetativo che riteneva accanimento terapeutico e la richiesta esplicita di morire.

La vicenda di Piergiorgio Welby è evidentemente diversa rispetto a tutti gli altri casi di SVP, innanzitutto per le circostanze che l’hanno costretto a letto per lungo tempo; il progredire della distrofia muscolare, malattia che lo ha colpito a sedici anni e che lo ha accompagnato fino alla fine.

Nel 1997, fu colpito da una grave crisi respiratoria che lo costrinse a vivere grazie all’ausilio di un respiratore. Questa condizione, però, gli stava tanto stretta che più volte Piergiorgio chiese che gli fosse staccata la spina, richiesta incompatibile con le leggi in vigore che ritardarono progressivamente

quest'azione. Decisivo fu l'intervento del dottor Mario Riccio che, aiutò Piergiorgio a morire. Il 20 dicembre 2006 Piergiorgio Welby, è stato sedato e gli è stato staccato il respiratore.

Il fascicolo aperto a carico del dottore è stato definitivamente chiuso l'1 febbraio 2007, quando l'Ordine dei medici di Cremona ha riconosciuto che il dottor Riccio ha agito nella piena legittimità del comportamento etico e professionale.

Il 23 luglio 2007 il giudice dell'udienza preliminare, con sentenza di non luogo a procedere, ha prosciolto Riccio dall'accusa di omicidio del consenziente.

Secondo la Sentenza Corte di Cassazione n.699 del 1992 *"..... la salute non è un bene che possa essere imposto coattivamente al soggetto interessato dal valore o, peggio, dall'arbitrio altrui, ma deve fondarsi esclusivamente sulla volontà dell'avente diritto, trattandosi di una scelta che ..... riguarda la qualità della vita e che pertanto lui e solo lui può legittimamente fare"*

La Sentenza del gup di Roma, Zaira Secchi, del 23 Luglio 2007 si esprime così: *".... Non luogo a procedere.... Il Dottor Riccio aveva il dovere di assecondare il malato "*.

La vicenda di Eluana Englaro è quella che ha destato maggiormente il giudizio dell'opinione pubblica, provocando non raramente l'indignazione e lo sgomento da qualsiasi parte si propendesse.

La sua vicenda, se da un lato coinvolge quelle stesse problematiche già presenti nel caso Welby, come il rifiuto di cure e la disposizione sulla vita, dal punto di vista fattuale invece se ne discosta, non trovando origine nell'insorgere o nel

lento e progressivo aggravarsi di una malattia, ma in un evento traumatico, che ha condotto l'esistenza di Eluana ad una condizione di totale incoscienza e incapacità di percezione, e che ha quindi segnato una netta cesura "tra un prima e un dopo", tra la vita cosciente e di relazione e lo stato vegetativo permanente. La storia comincia il 18 gennaio 1992, quando la ragazza, all'età di ventidue anni, tornando da una festa, resta coinvolta in grave incidente automobilistico. Fu ricoverata già in coma profondo, a causa del fortissimo trauma cranico riportato in seguito all'incidente. Al trauma si aggiunse la frattura della seconda vertebra cervicale che l'avrebbe condannata sicuramente alla paralisi totale. I medici, durante le prime quarant'otto ore dall'evento non si sbilanciarono, e cercarono di fare il possibile per tenerla in vita. Eluana fu intubata e le furono somministrati i primi farmaci, ma non manifestò alcun segno di ripresa e cadde in uno stato vegetativo permanente, senza la minima prospettiva di recupero della vita cognitiva e relazionale. Tale condizione, rimasta inalterata nel tempo, configurava quindi il quadro clinico dello stato vegetativo permanente e sulla base di tale accertamento nel 1996 Eluana venne interdetta per assoluta incapacità. Viene nutrita e idratata mediante sondino naso-gastrico. Il padre di Eluana, nominato suo tutore legale, dal 1999, in ragione delle condizioni drammatiche e irreversibili della figlia e soprattutto dell'inconciliabilità delle stesse con le pregresse convinzioni di Eluana sulla vita e la dignità, ha intrapreso una vera e propria battaglia giudiziaria, per ottenere l'autorizzazione all'interruzione dell'alimentazione e idratazione artificiali che la tenevano in vita. Il lunghissimo iter giudiziario, protrattosi per quasi un decennio e



caratterizzato da un continuo arenarsi delle decisioni giudiziarie su sempre nuovi ostacoli contro il rilascio dell'autorizzazione richiesta, ha fatto emergere la problematicità di alcune questioni e in particolare, di quelle riguardanti la legittimità dell'interruzione del sostentamento vitale, la qualifica di tale trattamento e il potere del rappresentante legale nei confronti del soggetto rappresentato.

Si parla di volontà presunta: "La ricostruzione della volontà pregressa di Eluana Englaro fu presa come presupposto, unitamente all'irreversibilità delle sue condizioni, per l'autorizzazione alla disattivazione del presidio sanitario: Cass., Sez. I Civile, 16 ottobre 2007 n. 21748, e App.

Milano, Sez. I civile, 9 luglio 2008;

Ha destato clamore, nel nostro paese, la sentenza della Corte d'assise d'appello, del tribunale di Milano, del 24 aprile 2002, con la quale è stato assolto l'ingegnere Ezio Forzatti, rinviato a giudizio per l'omicidio volontario della moglie, Elena Moroni, avvenuto il 15 aprile del '99. Una decisione che, ribaltando la condanna a sei anni e sei mesi inflitta in primo grado, inevitabilmente riapre il delicato dibattito sull'eutanasia.

L'uomo, il 21 giugno del 1998, era andato al reparto di rianimazione dell'ospedale San Gerardo di Monza, aveva estratto una pistola, regolarmente detenuta, ma sprovvista di proiettili, e l'aveva puntata contro un medico.

Forzatti si era poi diretto al letto di sua moglie, ricoverata in stato di ventilazione assistita dopo essere stata operata per un edema cerebrale, e le aveva staccato il respiratore. Quindi aveva fatto chiamare prima un suo cugino

infermiere, poi un amico medico per avere la certezza che la donna fosse morta. A quel punto l'aveva abbracciata e si era lasciato ammanettare dai poliziotti arrivati in massa in ospedale.

Forzatti è stato assolto in base all'art. 530, 2/o comma del Codice di Procedura penale, ma è stato invece condannato per porto illegale d'armi e violenza privata a un anno e cinque mesi, con la sospensione condizionale e la non menzione e a 400 euro di multa. Claudio Zerbini, uno dei legali ha così commentato la sentenza: *“Siamo ampiamente soddisfatti perché è stata accolta la nostra tesi, cioè di colpevolezza per le modalità con cui è stata condotta l'azione, ma di innocenza per il fatto”*. Probabilmente la difesa ha fatto leva soprattutto sul fatto che il marito ha semplicemente applicato la volontà della moglie. Una volontà espressa chiaramente, con la quale Elena Moroni intendeva rifiutare determinate cure.

E' proprio questo il motivo per il quale la sentenza è stata di assoluzione perché il *“fatto non sussiste”*. La Corte ha semplicemente riconosciuto che Forzatti non ha commesso alcun reato.

La sentenza di assoluzione per l'uomo che staccò il respiratore alla moglie nel 1998 a Monza ha di fatto riaperto il dibattito sull'eutanasia nel mondo della medicina italiana.

Sono in molti a definire pericolosa la decisione dei giudici, la linea del Vaticano è stata durissima e così espressa da Monsignor Sgreccia: *“un precedente di una gravità inaudita”*.

C'è anche qualche voce fuori dal coro che si esprime in favore di una legge che

consenta, a chi lo dichiara nel pieno delle proprie facoltà, di ottenere l'eutanasia. Prima tra questi Rita Levi Montalcini, premio Nobel per la medicina, che dichiara: *" Anch'io rivendico il diritto dell'individuo a scegliere come e quando morire"*.

Per l'ex ministro della Sanità Umberto Veronesi, come preannunciato, quella di Milano è una sentenza storica che potrebbe infatti rappresentare la prima apertura verso un dibattito etico-scientifico che in Italia non c'è.

La giudica invece una sentenza *"gravissima"* il professor Francesco D'Agostino, presidente emerito del Comitato nazionale di Bioetica. *"Così decidendo i giudici hanno creato un precedente pericoloso: d'ora in poi in tanti si sentiranno autorizzati a staccare la spina"* dice il professore. E anche per la donazione di organi potrebbe costituire un esempio negativo: *" A questo punto sembra giustificato anche l'espianto da persone in coma e questo francamente sarebbe spaventoso"*

Davanti alle vicende di Ezio Forzatti su La Repubblica.it del 24 Aprile 2002 si esprimono il cardinale Ersilio Tonini, Umberto Veronesi, Rita Levi Montalcini, Francesco D'Agostino, Girolamo Sirchia e Luana Zanella dei Verdi.

Ho scelto di indagare, in ultima analisi, come il cinema tratta la tematica del fine vita perchè esso rappresenta la forma di comunicazione più immediata, capace di rappresentare l'immaginario collettivo e di sollevare e sensibilizzare le coscienze riguardo tematiche estremamente complesse, affrontandole dai punti di vista più diversi.

Tra i film da me presi in considerazione tre di essi si ispirano a vicende e

personaggi reali come

“Bella Addormentata” di Marco Bellocchio, che affronta il racconto degli ultimi giorni di Eluana Englaro, “ Mare dentro “, che è una toccante ricostruzione della storia di Ramon Sampetro, attivista per l’eutanasia spagnolo, morto nel 1998 all’età di 55 anni. Ricostruisce gli ultimi mesi di vita di Ramon, reso tetraplegico da un grave incidente: si tuffò da uno scoglio in mare ma l’acqua era poco profonda e si ruppe le vertebre del collo restando paralizzato. Ramón riesce quindi nel suo intento di morire grazie a un bicchiere d’acqua con cianuro di potassio: filma la sua azione e racconta, in un ultimo toccante monologo, il proprio dispiacere per essere stato costretto a una fine in clandestinità, lontano dai suoi cari e dalla sua casa e infine “ Youdon'tknow Jack- il dottor morte “ basato sulla vita del Dottor Jacob Kevorkian morto nel 2011 in una stanza del Beaumont Hospital di RoyalOak, vicino a Detroit, celebre per le sue lotte a favore del suicidio assistito e per aver personalmente aiutato a morire numerosi pazienti. La sua vicenda suscitò un ampio dibattito negli Stati Uniti e Kevorkian si guadagnò il soprannome di “ dottor Morte”. Jack Kevorkian è un anziano medico di origine armena, che dal Giugno del 1990 ed il Marzo 1999, ha assistito nel suicidio più di 130 pazienti e quel che mi ha maggiormente colpito è stata, per raggiungere il suo fine, addirittura l'uso di due macchine costruite da lui stesso: era il paziente a spingere il bottone che rilasciava un gas letale in una mascherina o iniettava una soluzione nelle vene. Kevorkian aveva dato personalmente alle macchine nomi come “ Thanatron “ ( dal vocabolo greco per “morte”) o ”Mercitron” ( da mercy, inglese per “

misericordia “).

Quel che ci viene chiesto in questi film, secondo me, è di pensare di trovarci in una situazione di malattia terminale in cui il dolore domina e di porci la domanda su cosa vorremmo per noi stessi.

*Quale assistenza vogliamo e quale assistenza ci spetta per diritto?*

Malati gravi non di rado esprimono il desiderio di morire. Vorrebbero evitare sofferenze fisiche, altrettanto frequenti sono le sofferenze psichiche - paura di un progressivo peggioramento, paura di rimanere solo o di essere di peso ai familiari, depressione, sensazioni di impotenza e di umiliazione, dalle quali il paziente vorrebbe liberarsi con la morte. Nello stato della malattia, gli unici soggetti che vengono in rilievo nella definizione degli atti da porre in essere sono il malato e il suo medico. Attraverso l'informazione e il sostegno dovuti dal sanitario, il paziente è in grado di poter prendere delle decisioni consapevoli riguardanti il suo stato di salute, scegliere gli eventuali interventi da porre in essere e, più in generale, tutti i trattamenti terapeutici da attivarsi.

E' necessario precisare come il sanitario, essendo un professionista che opera pro vita, non dovrà semplicemente limitarsi ad eseguire la volontà del paziente, non attivando o sospendendo una cura, ma dovrà, in ogni caso, attivarsi per sostenere il paziente nella fase terminale della malattia, ponendo in essere tutti i trattamenti, autorizzati, che possono aiutare il soggetto, alleviandolo dal dolore. Spesso la richiesta di eutanasia da parte del paziente è sostanzialmente una richiesta di aiuto, da parte di quest'ultimo, il quale si trova ad affrontare la fase terminale della malattia da solo, senza nessun sostegno morale, e vede

nell'accelerazione del processo mortale l'unica soluzione possibile.

E' fondamentale, per dare piena applicazione al principio di autodeterminazione umana, dare la possibilità al soggetto di scegliere a quali trattamenti terapeutici sottoporsi nel caso in cui versi in una condizione che gli impedisca la manifestazione della sua volontà attraverso il consenso informato. Ritengo assolutamente doveroso, da parte dell'Ordinamento e della società, rispettare la volontà di ogni altro singolo essere umano, anche se la riteniamo moralmente scorretta.

### **Bibliografia**

1-ACOS, *L'infermiere di fronte alla morte*, ACOS, Assisi 1984.

2-AGOSTINI S.(2004), *Eutanasia. Problematiche etiche, medico-legali, giuridiche*. Minerva Medica.

3-ALICI L.(1998), *Filosofia della morte*, in AA.VV., *La dignità degli ultimi giorni*, San Paolo, Cinisello Balsamo.

4-AMADORI D., MALTONI M., FABBRIO M.(1999), *Cure palliative e assistenza domiciliare in oncologia medica. Organizzazione, costi, ricerca*. Il Pensiero Scientifico, Milano.

5-ANDREA SIMONCINI, ORLANDO CARTER SNEAD, *Persone incapaci e decisioni di fine vita (con uno sguardo oltreoceano)*, in "Quaderni costituzionali", 1 Marzo 2010.

6-ANTOLISEI , *Manuale di diritto penale, parte generale*, XV ed., Milano,

2000.

7-ANZANI G., *Consenso ai trattamenti medici e "scelte di fine vita"*, in "Danno e responsabilita", fasc. 10, 2008.

8-ARAMINI M., *L'eutanasia. Commento giuridico-etico della nuova legge olandese*. Giuffrè, 2002.

9-ARAMINI M., *Eutanasia. Spunti per un dibattito*. Ancona, 2006.

10-ASPESI NATALIA, *La Repubblica*, 5.9.2004.

11-AZZALINI M., *Trattamenti life saving e consenso del paziente: i doveri del paziente di fronte al rifiuto di cure*, in "La Nuova giurisprudenza civile commentata", 2008.

12-Bagnetti G.(2001), *La legge olandese su eutanasia e suicidio assistito*, Corriere giuridico.

13-BARBIERI R.(2002), *La gestione domiciliare del paziente oncologico*.Il Pensiero Scientifico, Milano.

14-BARCARO R.(1998), *Eutanasia. Un problema paradigmatico della bioetica* Franco Angeli, Milano.

15-BARCARO R.(2001), *Dignità della morte. Accanimento terapeutico ed eutanasia*. Edizioni Scientifiche Italiane, Milano.

16-BARTOCCIONI S. BONADONNA G. SARTORI F.(2006), *Dall'altra parte*. BUR Biblioteca Univ. Rizzoli.

17-BATTAGLIA L.(2009), *Bioetica senza dogmi*, Soveria Mannelli,Rubbettino.

18-BECCHI M.A.(2000), *Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare. Linee guida in conformità alle norme ISO 9000*. Franco Angeli, Milano.

- 19-BELLINENI C.V.(2006), *La morte dell'eutanasia. I medici difendono la vita*. Societa Editrice Fiorentina.
- 20-BENCIOLINI P.(1998), *Etica e cure palliative. La fase terminale*. CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- 21- BENTHAM JEREMY(2000), *Deontologia*, La Nuova Italia, Firenze.
- 22-BERGAMASCO R.(2000), *Assistenza domiciliare*. McGraw-Hill Libri Italia,Milano.
- 23-BOTTURI M.(2006), *Le malattie inguaribili. Curare? Sempre*. Società Editrice Fiorentina,Firenze.
- 24-BONADONNA G.(2005), *Coraggio,ricominciamo.Tornare alla vita dopo un ictus: un medico racconta*. Baldini Castoldi Dalai Editore,Milano.
- 25-BONADONNA G.(2001), *La Cura Possibile. Nascita e progressi dell'oncologia*, Cortina Raffaello Editore, Milano.
- 26-BONETTI M.(2001), *Il dolore narrato. La comunicazione con il paziente oncologico malato neoplastico grave*, Centro Scientifico Editore (collana Comunicazione in sanita), Torino.
- 27-BINETTI P., *Etica di fine vita e dichiarazioni anticipate di trattamento in " INTERNATIONAL NURSING PERSPECTIVES "* , 2009;9(2):61-69.
- 28-BINELLO DANIELA , *Fine vita, Il valore della persona*, pubblicato su " L'infermiere " 2010; 54(1):11-14.
- 29-Cagli(2001), *La rilevanza penale dell'eutanasia, tra indisponibilità della vita e principio di autodeterminazione*, in S. Canestrari e G. Fornasari (a cura di), *Nuove esigenze di tutela nell'ambito dei reati contro la persona*,Bologna.



30-Calabro M.A. “*Cattolici divisi sul film Bella addormentata*”, Il Corriere della Sera, 7 settembre 2012.

31-CANANZI F., *Necessari nuovi strumenti di valutazione per eutanasia e assistenza al suicidio*, nota a Corte app., Milano sez. I, 21 giugno 2002, 23/02 in GD, n. 40 del 19/10/2002.

32-CANCIAN M.(2004), *Cure palliative in Medicina Generale. Aspetti etici relazionali, clinici, organizzativi delle cure palliative domiciliari*. Pacini Editore, Pisa.

33-CAPRARA F., “*Sedici minuti di applausi per il film su Eluana*”, La Stampa, 6 settembre 2012.

34-CATANIA E.(2001), *Vivere a tutti i costi? Eutanasia, dilemma del terzo millennio*.

Marsilio, Venezia.

35-Catechismo della Chiesa Cattolica , *Parte Terza La Vita in Cristo, Sezione II“ I dieci comandamenti”*; Articolo 5 Il quinto comandamento << *Non uccidere* >>( Es, 20,13)

36-CARETTA F., PETRINIM., *Gli operatori sanitari e la morte*, in Petrini M., Caretta

F., Antico L., Bernabei R., *L'accompagnamento della persona anziana morente*,

CEPSAG/Universita Cattolica del Sacro Cuore, Roma 1994.

37-*Carta degli Operatori Sanitari*(1995) , Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Citta del Vaticano.

38-CASONATO C., *Il malato preso sul serio: consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Corte di Cassazione*, in “ Quaderni costituzionali ”, 3, 2008.

39-Codice di Deontologia Medica, 2006

40-Codice Deontologico dell’Infermiere, 2009

41-Comitato Nazionale di Bioetica, *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, 14 Luglio 1995

42-Comitato Nazionale di Bioetica, *Dichiarazioni Anticipate di Trattamento*, 2003

43-Comitato Nazionale di Bioetica, *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*, 30 Settembre 2005

43-Comitato Nazionale di Bioetica, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione medico-paziente*, 24 Ottobre 2008

44-CONTE A.(2005), *Eutanasia. Problemi di bioetica e principi giuridici*. Aracne Editore, Roma.

45-CRESPI A. “*Quattro storie per Bellocchio*”, L’Unita, 6 settembre 2012

46-DE TILLA M. , MILITERNI L. ,VERONESI U.(2008), *La parola al paziente, il consenso informato e il rifiuto delle cure*, Sperling & Kupfer.

47-DELBECCHI N., “*Bellocchio, ritratto di un paese in coma*”, Il Fatto Quotidiano, 6 settembre 2012.

48-DEL SAVIO G.(2004), *La cura e l'affetto. Guida per chi cura a domicilio*

*persone malate e non autosufficienti*. EdUP.

49-Documento elaborato dal Consiglio Direttivo e dalla Commissione di Bioetica della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale, SINPE(2007) “*Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della Nutrizione artificiale*”.

50-DI MOLA G.(1993), *Cure palliative approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*. Masson,Milano.

51-DWORKIN G.(2001), *Eutanasia e suicidio assistito.Pro e contro* , Einaudi,Torino.

52-*Eutanasia e diritto. Confronto tra discipline*(2003)a cura di Canestrari, Cimbalo, Pappalardo, Torino.

53-FARALLI C.(2010), *Bioetica e Biodiritto. Problemi, casi e materiali*. Ed. Giappichelli, Torino.

54-FRANZONI G, *Eutanasia. Pragmatismo, cultura e legge*. EdUP, 2004.

55-FRANZONI G, *La morte condivisa. Nuovi contesti per l'eutanasia*. EdUP.

56-FUCCI S.(2004), “ *I diritti di Eluana: prime riflessioni,*” 1, in “Bioetica” pagg.95- 99

57-GALLI(1999), voce: *Art. 579, in C.p. Commentato, parte speciale*, a cura di MARINUCCI-DOLCINI, Milano.

58-GENSABELLA FURNARI M.(2001), *Alle frontiere della vita. Eutanasia ed etica del morire*. Vol.1. Rubettino.

59-GENSABELLA FURNARI M.(2003), *Alle frontiere della vita. Eutanasia ed etica del morire*. Vol.2. Rubettino.

60-GIUNTA(1997), *Diritto di morire e diritto penale. I termini di una relazione problematica*, in “Riv. It. dir. proc. pen.”, Milano, 74 e ss.

61-GUENZI PIER DAVIDE(2007) , *Spunti bioetici per una correlazione tra principi e atteggiamenti virtuosi. Dalla parte della vita*, Effata Editrice, Torino.

62-“Guida al diritto de Il Sole-24ore” del 1 maggio 1999 n.17

63-GUIZZETTI G.B.(2006), *Terri Schiavo e l’umano nascosto. La medicina tecnologica e lo stato vegetativo*. Societa Editrice Fiorentina,Firenze.

64-HENNEZEL M.D.(2002), *La dolce morte*. Sonzogno, Milano.

65-HUMBERT V.(2003), *Io vi chiedo il diritto di morire*. Sonzogno,Milano.

66-*Il diritto di morire bene*(2002), a cura S. Semplici,Il Mulino, Bologna.

67-LAMBERTO A.(2006), *Razionalizzare emotivamente. La gestione delle emozioni nelle cure palliative*. Centro Volontari Sofferenza.

68-LAROSA S.(2005), *Vivere fino in fondo. Riflessioni sull’accanimento terapeutico, sull’eutanasia e sull’etica del morire*. Cassiopea.

69-MACCHI F.(2007), *Più forte del male.La mia sfida contro ogni limite*. Piemme Editore

70-MAGRO(2001), *Eutanasia e diritto penale*, Torino.

71-Media Critica Film History. Catalogo Infinitydestival 2004. Cinema e ricerca dello spirito. EffataEdtrice 2004.

72-Mill J.S.(1981), *Saggio sulla libertà*, il Saggiatore, Milano.

73-NARDINI F.(2002), *La dolce morte. Eutanasia: per morire senza dolore*. Malatempora.

74-NUVOLI F.(2002), *L’eutanasia e il valore della persona*. CUSL.

- 75-*Oncologia e cure palliative*,(2002), McGraw-Hill Companies.
- 76-PANCHERI P.(2006), *Dolore e depressione: aspetti clinici e terapia antidepressiva*. Pacini.
- 77-PANERAI A.(2004), *Terapia del dolore*. Selecta Editrice.
- 78-PANERAI A.(2013), *Le basi farmacologiche della terapia del dolore*. Edizioni Ermes.
- 79-PERTOSA A.(2006), *Scelgo di morire? Eutanasia, accanimento terapeutico, eubiosia*. ESD.
- 80-PERUGGIA G.(2002), *L'abbraccio del mantello. Vita d'equipe e spiritualità nelle cure palliative*. Monti.
- 81-POHIER J.(2004), *La morte opportuna. I diritti dei viventi sulla fine della loro vita*,Avverbi.
- 82-PONZANELLI, *Eutanasia passiva: sì, se c'è accanimento terapeutico*, nota alla sentenza della Corte di appello di Milano del 31/12/1999, ne "Il foro italiano", n. 6, Bologna, 2000, col.2023 e ss.
- 83-Pronunciamento.*La persona nel fine vita*, pubblicato su *L'infermiere*, n.5-6/2009
- 84-PUGLIESE ROBERTO , *Il Lido della foca* , Segnocinema n.130
- 85-*"Quella legge che manca sull'eutanasia"* 18 Giugno 2014, Umberto Veronesi
- 86-RABELLO A.M.(1995), *Diritto ebraico*, in "Encicl. Giur.", XI, Treccani, Roma.
- 87-RAUZI P.(1993), *La morte medicalizzata. Una ricerca sul comportamento*

*medico nei confronti dell'eutanasia.* EDB.

88-REICHLIN M.(2002), *L'etica e la buona morte.* Einaudi.

89-Regutti E., "*Beppino Englaro: il film è bello, per me micidiale*", Il Fatto Quotidiano, 8 settembre 2012.

90-RODOTA S.(2006), *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto,* Feltrinelli,Milano.

91-Rodriguez D. e A. Aprile(2004), *Medicina legale per infermieri.* Ed. Carocci Faber.

92-ROMBOLI R.(2009), *Il conflitto tra poteri dello stato sulla vicenda Englaro: un caso di evidente inammissibilità,* in " Foro italiano I ".

93-SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'Eutanasia , Gaudium et Spes ,* 5 Maggio 1980

94-SAMPEDERO R.(2006), *Mare dentro. Lettere dall'inferno.* Mondadori.

95-SANNELLA A.(2003), *Sulle orme di Endimione. Una riflessione sociologica sull'eutanasia.* Franco Angeli.

96-SANTOSUOSSO(2000), *Novità e remore sullo stato vegetativo permanente,* nota al decreto della Corte di appello di Milano del 31/12/1999, ne "Il foro italiano", n. 6, Bologna, col.2026 e ss.

97-Santosuosso Cfr A.(2008), *La volontà oltre la coscienza. La Cassazione e lo stato vegetativo.*

98-SAUNDERS C.(2008), *Vegliate con me - Hospice un'ispirazione per la cura della vita.* EDB.

*Luisa Marra*<sup>42</sup>

**LA TESTIMONIANZA DEL MINORE:**

**QUANDO UNA VERITÀ PROCESSUALE CORRISPONDE AD UNA VERITÀ STORICA?**

**Riassunto**

L'abuso dell'infanzia, nelle sue diverse forme, fisica, sessuale e psicologica, è un fenomeno complesso, potenzialmente in grado di alterare non solo il naturale sviluppo del soggetto abusato, ma anche la sua capacità di rapportarsi agli altri.

Il presente lavoro mira a sottolineare il cammino che il minore si trova a dover compiere dal momento in cui decide di rilevare il suo essere vittima di abuso al momento in cui è chiamato a testimoniare circa l'abuso subito, con tutte le difficoltà che tale testimonianza implica, non solo per il minore stesso, ma anche per coloro che sono chiamati a decidere e pronunciarsi sulla qualità di tale testimonianza.

Il vigente codice di procedura penale all'art. 196 riconosce a chiunque la capacità di testimoniare, inclusi dunque i minori. Nulla vieta perciò, agli

---

<sup>42</sup> Criminologa, Avvocato

operatori, di assumere informazioni dal minore nell'ambito del procedimento penale.

Per di più gli investigatori godono di ampia discrezionalità non solo sul "se" sentire il minore, ma anche sulle modalità di questa audizione.

Ciò comporta seri rischi sulla genuinità del risultato probatorio: labilità mnestica, suggestionabilità, tendenza ad assecondare le aspettative dell'interlocutore, che sono tutti fattori tipici del soggetto minorenni che possono compromettere la corretta ricostruzione dei fatti.

**Parole chiave:** Testimonianza del minore, abuso sessuale, tecniche di intervista

### **Abstract**

The child abuse in its various forms, physical, sexual and psychological violence, is a complex phenomenon, potentially able to alter not only the natural development of the subject abused, but also his ability to relate to others.

This paper aims to point out the way that the child has to take from the moment decided to take over her being a victim of abuse at the time when it is called to testify about the abuse right away, with all the difficulties that this witness It implies, not only for the child itself, but also for those who are called upon to decide and rule on the quality of that testimony.



The current Code of Criminal Procedure art. 196 recognizes everyone the ability to testify, then, including minors. Nothing therefore forbids, to operators, to take information from the minor in criminal proceedings.

For more investigators have wide discretion not only on the "if" you feel younger, but also about how this hearing.

This entails serious risks on the authenticity of the evidential result: mnemonic lability, suggestibility, tendency to pander to the party's expectations, all of which are typical factors of the minor subject that can compromise the correct reconstruction of the facts.

**Key words:** Testimony of the child, sexual abuse, interview techniques

## 1. La fenomenologia dell'abuso sul minore: le diverse tipologie

*“Gli abusi sono gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono le trascuratezze e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale”<sup>43</sup>.*

È possibile classificare gli abusi in:

- *Maltrattamento fisico*: aggressioni, percosse, morsi spintoni ecc., con conseguenze fisiche;

- *Maltrattamento psicologico*: aggressioni e violenze verbali, attiva pressione psicologica;
- *Patologia della fornitura di cure*: *trascuratezza o incuria* (omissioni o carenza nel provvedere ai bisogni), *disuria* (cure fornite in modo distorto e inadeguato rispetto al momento evolutivo del bambino), *ipercuria* (eccesso di cure e sindrome di Munchausen per procure, medical shopping, help seekers, chemical abuse, sindrome da indennizzo per procura);
- *Abuso sessuale*: il minore è coinvolto, in pratiche sessuali manifeste o mascherate che presuppongono violenza o ai quali egli/ella non può acconsentire con totale consapevolezza, oppure è coinvolto in attività tali da violare tabù vigenti nella società circa i ruoli parentali. Tra le diverse forme di abuso sessuale distinguiamo: pedofilia, incesto, atti di libidine, violenza carnale.

### **1.1. Gli indicatori di abuso sessuale**

Gli indicatori di abuso possono essere definiti come comportamenti atipici comuni ad un'ampia percentuale di soggetti vittime di abuso sessuale<sup>44</sup>.

Dal punto di vista clinico *i segni e sintomi nei bambini vittime di abuso sessuale* sono aspecifici, in genere sovrapponibili ai sintomi caratteristici di

---

<sup>43</sup> Espressione del Consiglio d'Europa nel 1978 (IV Seminario Criminologico) nel definire il "child abuse and neglect".

Post-traumatic Stress Disorder, e vanno considerati con cautela all'interno di una valutazione diagnostica complessiva. È necessario valutare ogni singolo caso sia dal punto di vista sincronico che diacronico.

I sintomi possono essere rappresentati da:

- comportamenti sessualizzati (re-enactment) trauma correlati, riproducenti lo scenario dell'abuso e non compatibili con l'età ed il grado di sviluppo del bambino;
- giochi sessuali persistenti con altri bambini, con giocattoli, o contenuti sessuali nelle produzioni grafiche del bambino;
- comportamenti seduttivi nei confronti di adulti; ...

Nel caso di child sexual abuse le *condotte erotizzate* possono rappresentare un importante indizio, vero è che occorre tener conto che tali indicatori di abuso non possono essere utilizzati indiscriminatamente, poiché la presenza di uno o più di essi può essere determinata anche da altre cause; bisogna fare attenzione al rischio di vedere una correlazione illusoria tra causa supposta (abuso sessuale) e conseguenze (indicatori), dove questa non c'è.

Dal *punto di vista emotivo* la vittima di child sexual abuse può mostrare: paura, rabbia, tristezza, colpa, vergogna, confusione.

Per accertare l'effettivo verificarsi di un abuso sessuale è possibile utilizzare una serie di *criteri o indicatori*, i quali però non possono costituire un elenco

---

<sup>44</sup> E' importante ricordare, però, che la presenza di uno o più di questi comportamenti in un minore, non indica che il minore stesso sia stato di sicuro vittima di abuso, né la loro assenza sicuramente prova il contrario.

completo e certo sul quale poter desumere con esattezza se l'abuso si è realizzato oppure no.

Gli indicatori variano in relazione alla fase di sviluppo del minore e si distinguono in:

1- *Indicatori cognitivi.*

Tra gli indicatori cognitivi rientrano le conoscenze sessuali inadeguate per l'età, le modalità di rivelazione da parte del bambino dell'abuso sessuale, i dettagli dell'abuso e, a volte, si verifica una certa confusione nel ricordo dei fatti e nella sovrapposizione dei tempi. Per scoprire questi indicatori, le aree da indagare sono: il livello di coerenza delle dichiarazioni, l'elaborazione fantastica, la distinzione tra il vero e il falso.

2- *Indicatori fisici.*

Gli indicatori fisici di abuso sessuale sono: la deflorazione, la rottura del frenulo, le ecchimosi e i lividi in zona perineale, i sintomi di malattie veneree ed altri che devono considerarsi più equivoci per le molteplici cause che possono averli generati<sup>45</sup>.

3- *Indicatori comportamentali / emotivi*

Gli indicatori comportamentali ed emotivi comprendono sentimenti di paura, depressione, disturbi del sonno e dell'alimentazione, un comportamento ipervigilante che indica la paura della ripetizione del trauma, la mancanza di

---

<sup>45</sup> Come le incisure imenali, le neovascolarizzazioni a livello del derma nelle grandi labbra (nelle bambine) o le irritazioni del glande o del prepuzio (nei bambini) oltrechè arrossamenti e infiammazioni aspecifiche localizzate.

interesse verso le attività ludiche con i compagni, l'alterazione significativa della personalità con possibili sintomi psiconevrotici.

Tuttavia, gli indicatori da soli non possono essere considerati gli indici certi di un avvenuto abuso sessuale, ma sono necessarie ulteriori indagini sulla situazione<sup>46</sup>.

## **1.2. Problematiche relative alla corretta ricostruzione retrospettiva in sede testimoniale**

Un resoconto retrospettivo credibile<sup>47</sup> potrebbe essere quello di una narrazione che si presenta logica e coerente intrinsecamente, aderente alla realtà e a dati circostanziali che siano fuori discussione.

---

<sup>46</sup> Nel caso degli indicatori fisici, ad esempio nelle bambine, una diagnosi di neovascolarizzazione è giudicata compatibile con atti traumatici ripetuti (quali atti di abuso sessuale), ma anche con esiti di infiammazioni vaginali. La stessa integrità dell'imene si presta a conclusioni equivocate, in quanto apparenti lacerazioni di essa possono in realtà corrispondere a particolarità morfologiche congenite.

<sup>47</sup> Sul concetto di credibilità esistono molte divergenze di opinione. Da alcuni lo si fa coincidere con quello di attendibilità, da altri viene inteso come complementare a quello psicologico di idoneità a rendere testimonianza, nel senso precisato dalla seguente sentenza della Cassazione: "l'indagine psicologica concerne due aspetti fondamentali: l'attitudine del bambino a testimoniare, sotto il profilo intellettuale e affettivo e la sua credibilità. Il primo consiste nell'accertamento della sua capacità a recepire le informazioni, di raccordarle con altre, di ricordarle ed esprimerle in una visione complessa... Il secondo, da tenere distinto dall'attendibilità della prova che rientra nei compiti esclusivi del giudice, è diretto ad esaminare il modo in cui la giovane vittima ha

È pur vero che la testimonianza<sup>48</sup> è una conseguenza diretta della fissazione e dell'evocazione di un evento, ma è altrettanto vero che già nell'immediatezza del fatto, e ancor più con il trascorrere del tempo, sia nei bambini sia negli adulti, intervengono almeno quattro fattori che possono disturbare e deformare la fissazione e, di conseguenza, la rievocazione del ricordo:

- la carica affettiva che accompagna la particolare esperienza del soggetto;
- i significati conferiti all'evento;
- la suggestione di origine esterna;
- l'interferenza dell'immaginario sul reale.

Il ricordo, quindi non è mai la riproduzione fedele di un evento.

Rispetto all'adulto, il bambino più difficilmente elabora ed arricchisce gratuitamente eventi di cui è stato vittima, se non nel caso in cui viene strumentalizzato dagli adulti con cui vive o suggestionato dai racconti di suoi coetanei o influenzato dai mezzi di comunicazione.

La valutazione della testimonianza costituisce dunque un problema molto complesso, infido e difficile, nella misura in cui essa, pur quando prende le mosse dalla percezione diretta di fatti agiti o subiti o visti o sentiti raccontare è il risultato, più o meno consapevole, dell'elaborazione di tale percezione.

---

vissuto e rielaborato la vicenda in maniera da selezionare sincerità, travisamento dei fatti e menzogna” (Cass. Pen., sez. III, 3.10.1997, n.8962).

<sup>48</sup> Accertamento, questo, di esclusiva spettanza del giudice (Cass. Pen., sez.III, 8.3.2007, n. 9817). La citata sentenza contiene alcuni fondamentali principi in tema di esame del minore e di ruolo dell'esperto.

Ricordare significa andare a recuperare le tracce della memoria a lungo termine, che sono immagazzinate in maniera sparpagliata nelle varie parti della corteccia cerebrale, rimetterle insieme in modo coerente, ricostruendo nel suo insieme le scene di cui si è stati vittime o protagonisti<sup>49</sup>.

I dati più recenti possono influire sul ricordo dell'evento in questione e modificarlo, le informazioni che si possono ricevere successivamente circa un determinato evento creano fenomeni di interferenza che distorcono il ricordo dell'evento originario.

Si può creare un "effetto di misinformazione" (o "effetto di suggestionabilità"), per cui il ricordo di un evento può peggiorare fino a diventare falso: si parla di "effetto di compiacenza", quando il testimone riferisce ciò che l'intervistatore vuole sentirsi dire, riportando la versione fornita da chi fa la domanda<sup>50</sup>.

Nel valutare una testimonianza, dunque, occorre tenere presenti i seguenti aspetti:

- la capacità di ricordare con precisione un evento diminuisce con il passare del tempo (curva dell'oblio o di Ebbinghaus) e può essere "contaminata" da informazioni successive e dal tipo di domande poste;

---

<sup>49</sup> Questo dato è particolarmente importante nei casi in cui il trauma (fisico, affettivo, sessuale) è stato violento e precoce (oppure si ripropone in maniera costante e ripetitiva) e ha azzerato, per così dire, la funzione riflessiva della coscienza e la "mentalizzazione" dell'evento.

<sup>50</sup> Quanto più si insiste nel sollecitare il ricordo tanto più si creano false memorie.

- i ricordi si organizzano attorno a dettagli significativi che hanno stimolato l'attenzione e l'interesse della persona, piuttosto che in maniera sequenziale e lineare.

Pertanto ogni testimonianza contiene sempre, nella sua rievocazione, un giudizio che soffre di influenze cronologiche, affettive, culturali e ambientali, contingenti e relazionali le quali, a loro volta, assumono un ruolo pertinente significativo solo se rapportate al contesto in cui sono state raccolte le diverse deposizioni e alle caratteristiche psicologiche o psicopatologiche del testimone, nonché al contesto in cui si sarebbero verificati gli eventi narrati.

## **2. Notizia di reato ed incidente probatorio**

La denuncia di abuso sessuale costituisce il primo passo necessario per avviare sia un intervento di tutela della vittima, sia un procedimento penale nei confronti del presunto colpevole e dovrebbe essere fatta dalla persona cui il bambino ha raccontato per la prima volta dell'abuso subito<sup>51</sup>.

La presentazione della denuncia è una decisione molto difficile, spesso subordinata ad una serie di condizioni: prima fra tutte la preventiva attendibilità del minore (giudizio che, invece, può essere fatto solo al termine delle indagini e che è di pertinenza esclusiva del magistrato penale) o, peggio ancora, una

---

<sup>51</sup> Spesso l'estrema delicatezza e difficoltà del procedimento penale per fatti di abuso sessuale crea sempre tra gli operatori sociali e coloro che stanno a contatto con i bambini (ad esempio le insegnanti) una forte riluttanza ad adire l'autorità penale.



valutazione sull'esistenza di riscontri obiettivi o sulla dannosità del processo penale.

Tutte queste valutazioni sono fatte dall'operatore che si trova di fronte ad un caso sospetto di abuso e si vengono così a creare, fra *notitia criminis* e denuncia, una serie di filtri.

Una situazione di abuso sessuale può emergere o in forma esplicita (*rivelazione diretta*), quando il minore confida la propria situazione traumatica ad una persona a lui vicina, oppure in forma implicita (*rilevazione mascherata*), attraverso indicatori comportamentali.

L'acquisizione della notizia del reato apre la fase degli accertamenti che potranno portare, se saranno riscontrati concreti elementi di prova, al procedimento penale.

La *notitia criminis* può derivare o dalla ricezione, da parte del pubblico ministero e della polizia giudiziaria, della rivelazione del reato da parte della vittima o di terzi oppure da un'iniziativa diretta da parte di tali organi, comunque venuti a conoscenza del fatto od operanti per l'individuazione di fatti costituenti reato.

Per i reati in cui le vittime sono minori sarebbe opportuno che si costituisse un nucleo di polizia specializzata in grado di effettuare indagini approfondite al

fine di identificare situazioni in cui è più facile lo sfruttamento del soggetto in formazione<sup>52</sup>.

Regola fondamentale, ai fini di un'efficace indagine penale, è la possibilità per il pubblico ministero di ricevere la notizia criminis con tempestività, e cioè prima che il potenziale indagato sia a conoscenza delle indagini in corso.

Perché questo possa realizzarsi è necessario istituire con tutti gli operatori del settore (ASL, servizi sociali dei comuni, scuola, istituti minorili, ecc..) intese finalizzate a creare rapporti stabili, basati sulla fiducia reciproca e sulla conoscenza dei rispettivi metodi di lavoro, in modo da renderli reciprocamente compatibili ed ottimizzare i risultati.

Bisogna, inoltre, che sia incentivata la trasmissione dovuta all'ufficio del pubblico ministero di tutte le segnalazioni che presentino, oggettivamente, le caratteristiche minimali di una notizia criminis, tranquillizzando gli interlocutori<sup>53</sup>.

Infine, sarebbe utile promuovere una forte esortazione di tutti gli operatori del settore a contatto diretto con il pubblico ministero (o con la polizia giudiziaria): essi devono essere competenti non solo quando viene trasmessa una denuncia

---

<sup>52</sup> È molto difficile che in questi casi vi sia una denuncia diretta, perché spesso l'ambiente in cui vive il minore è insensibile ai suoi bisogni e, così, solo una vigilanza continua sul territorio da parte di organi di polizia, particolarmente attenti a questi aspetti della tutela della personalità del minore, potrà far emergere il fenomeno.

che richiede interventi d'urgenza (tipico è il caso dell'allontanamento), ma anche in tutti i casi dubbi nei quali occorra stabilire se sussistano o meno gli elementi essenziali della *notitia criminis*. Infatti, persino quando sussistono meri sospetti di abuso, anche se la denuncia può essere ritenuta prematura, è importante un contatto preliminare con il pubblico ministero al fine di concordare le modalità di un approfondimento che potrebbe portare alla rivelazione dell'abuso.

Per consentire un pronto intervento nei casi delicati ed urgenti potrebbe essere opportuno creare nelle grandi Procure, una sorta di "turno esterno" fra pubblici ministeri che si occupano della materia, eventualmente dotato di mezzi di pronta reperibilità, quale il telefono cellulare, al fine di far fronte alle segnalazioni da parte degli operatori del settore.

### **2.1. La fase delle indagini preliminari**

Dopo che la notizia del reato è stata iscritta negli appositi registri, si dà inizio alle *indagini preliminari*.

Si tratta di un momento particolarmente delicato, in quanto rappresenta il primo impatto tra il minore e il meccanismo processuale, e l'ascolto può avvenire ad

---

<sup>53</sup> Soprattutto dicendo loro che le indagini verranno condotte con la massima riservatezza, senza alcun clamore esterno, all'insaputa del diretto interessato e con la metodologia che tenga conto delle esigenze del minore.

opera di soggetti diversi<sup>54</sup>, in luoghi generalmente ritenuti non idonei. (ad es. locali di Polizia).

Il nostro ordinamento, tuttavia, nulla prevede in questa fase in relazione all'audizione del minore vittima di reati sessuali, tutto è rimesso alla preparazione e alla sensibilità di tali soggetti, che per ascoltare il minore potrebbero comunque utilizzare in via analogica le modalità previste per l'audizione protetta e quindi servirsi di uno psicologo o utilizzare gli strumenti della registrazione o della videoregistrazione per la verbalizzazione del racconto.

L'utilizzabilità probatoria degli atti assunti dalla Polizia giudiziaria e dal Pubblico Ministero è limitata, in quanto generalmente, e salvo eccezione, acquisiscono valore solo ai fini della valutazione della credibilità del testimone e non come elemento di prova di quanto affermato.

Diventa pertanto di fondamentale importanza la scelta circa la tempistica in cui cristallizzare in prova il racconto accusatorio reso dal minore attraverso lo strumento dell'incidente probatorio.

---

<sup>54</sup> Il minore, normalmente, potrà essere sentito dalle autorità competenti a gestire il «colloquio», ovvero dalla Polizia giudiziaria o dal PM, o comunque da un consulente di quest'ultimo nel caso in cui venga disposta una consulenza tecnica, caso peraltro assai frequente in questa tipologia di reati.

## 2.2. L'incidente probatorio

La sede naturale per l'ascolto del minore è, senz'altro, l'incidente probatorio, previsto dall'art. 392 comma 1bis, c.p.p., a norma di cui “nei procedimenti per i delitti di cui agli articoli 600bis, 600ter, 600quinqies, 609bis, 609ter, 609quater, 609quinqies e 609octies del c.p. il p.m. o la persona sottoposta alle indagini possono chiedere che si proceda con incidente probatorio all'assunzione della testimonianza di persona minore degli anni sedici, anche al di fuori delle ipotesi previste dal comma 1”.

L'art. 398 comma 2bis c.p.p., dispone, inoltre, che il giudice con l'ordinanza che accoglie la richiesta di incidente probatorio, stabilisce il luogo, il tempo e le modalità particolari attraverso cui procedere allo stesso, quando le esigenze del minore lo rendono necessario od opportuno. A tal fine l'udienza può svolgersi anche in luogo diverso dal tribunale, avvalendosi il giudice, ove esistano, di strutture specializzate di assistenza o, in mancanza, presso l'abitazione dello stesso minore.

Secondo quanto dichiarato dal legislatore, la previsione dell'incidente probatorio “speciale” incardina la sua *ratio* nell'esigenza di tutelare la dignità, la riservatezza, e l'integrità psico-affettiva del minore, rendendo residuale la partecipazione alla fase dibattimentale, di impatto inevitabilmente traumatico sulla sua fragile psiche. Tale finalità, senz'altro preminente, convive con un'altra, altrettanto importante: quella di presidiare la genuinità della prova. Prima si cristallizza il contributo probatorio del minorenne, più lo si sottrae al

rischio di dispersione o inquinamento, ineluttabilmente legato al trascorrere del tempo.

Il luogo più adatto all'audizione, in genere, consisterebbe in un' aula adibita presso strutture specializzate, attrezzata con mezzi di registrazione audio-video, e divisa in due zone collegate attraverso un sistema di microfoni e tramite un vetro a specchio unidirezionale. Questo aspetto potrebbe essere fondamentale per evitare che il minore entri in contatto visivo con l'accusato<sup>55</sup>.

Il minore sarà, dunque, esaminato dal giudice che potrà avvalersi dell'ausilio di un ausiliario, da individuare o in un familiare con il quale il minore si relazioni più facilmente, o in un esperto dell'età evolutiva; il p.m., l'indagato, il suo difensore, ed eventuali consulenti di parte, seguono la testimonianza nella sala collegata. Alle parti è consentito di rivolgere domande al minore ma solo indirettamente, per il tramite del giudice<sup>56</sup>.

Il minore viene, di norma, previamente preparato all'atto, informandolo sul suo significato, spiegandogli qual è il compito del giudice e qual è lo scopo dell'audizione.

---

<sup>55</sup> Occorre adottare ogni precauzione volta ad impedire incontri, anche casuali, tra il minore e l'indagato, per non minarne la serenità.

<sup>56</sup> È importante che il giorno scelto per l'incidente probatorio sia interamente dedicato ad esso, e che non vi siano altri impegni o procedimenti da trattare per lo stesso giudice, in considerazione che i tempi di audizione del minore non sono in alcun modo prevedibili e si correrebbe il rischio di dover concludere in maniera frettolosa l'audizione.

Nei primi istanti del colloquio, inoltre, il giudice cercherà di “rompere il ghiaccio” con argomenti neutri. Solo in un secondo momento affronterà il tema dell’audizione.

Quanto alla tecnica di conduzione dell’esame si è ritenuto inopportuno stabilire un percorso di gestione dell’audizione rigido, dato che in questa materia l’efficacia dell’assunzione della prova dipende dalla capacità di gestire in modo flessibile gli strumenti normativi disponibili<sup>57</sup>.

In applicazione delle norme di cui all’art 499, commi 2 e 3, c.p.p, il giudice dovrà evitare domande nocive e domande suggestive, che potrebbero indurre indebitamente il minore a fornire la risposta che costui ritenga che l’adulto si aspetti da lui.

L’audizione dovrà essere documentata integralmente con mezzi di riproduzione fonografica o audiovisiva, e sarà, inoltre, redatto verbale.

### **3. Il minore informato sui fatti**

Nel sistema processuale la testimonianza occupa un posto centrale e lo è ancor di più nei casi di un sospetto abuso sessuale poiché il minore, oltre che vittima, è spesso l’unico testimone oculare disponibile.

---

<sup>57</sup> Allo stesso scopo si è ritenuta non raccomandabile la predisposizione griglie precostituite di domande stabilite all’inizio dell’audizione in accordo con le parti. Tale prassi rischia di ingessare l’esame e di impedire all’intervistatore in relazione con il minore.

La testimonianza possiede una parte di verità oggettiva ed un'altra parte di costruzione soggettiva che va verificata di caso in caso, in relazione al tipo di persona che testimonia e al suo coinvolgimento. Per questo motivo ogni testimonianza deve essere letta in un quadro più ampio, come fonte per la ricostruzione storica dei fatti, ma non come elemento sul quale basare le indagini o l'esito del processo. Occorre cioè, attraverso verifiche incrociate, che la testimonianza possa essere confermata da altre risultanze o che sia essa a confermare altre prove e non costituire di per sé l'elemento fondante il giudizio. La testimonianza del minore<sup>58</sup> è un evento ancor più particolare e complesso, occorre esaminare in che modo il minore è stato fino ad ora considerato dall'ordinamento e quali sono le difficoltà che comporta l'assunzione delle deposizioni del minore.

Fino a un recente passato, era radicato il convincimento che la testimonianza dei fanciulli fosse sospetta e molta letteratura psicologica e psichiatrica è stata concorde nell'attribuire alla stessa un valore del tutto relativo; tale posizione è stata giustificata con la presenza nel bambino o nell'adolescente, specie in riferimento a maltrattamenti in famiglia e reati sessuali, di bisogni di rivalsa o di vendetta, di richieste di attenzione e di affetto, di paura di punizioni, di copertura di altre persone, di desiderio di scindere o di riunire la coppia parentale, e così via.

---

<sup>58</sup> Per convenzione è definito “minore” il soggetto che non abbia ancora compiuto il diciottesimo anno di età, alla stregua di quanto si legge nelle Convenzioni Internazionali emesse in materia.



Poi si è radicata la convinzione che il bambino, anche in tenerissima età, sia un testimone attendibile e credibile, che ha la capacità di cogliere fedelmente i fatti<sup>59</sup>.

Esercitando il loro potere discrezionale, molti giudici dimostrano nelle loro sentenze di essere convinti che il bambino, anche in tenera età, sia un testimone attendibile, capace di registrare e poi riferire gli accadimenti accadutigli in modo veritiero, realistico, genuino (Cass. Pen., Sez. III, 6 marzo 2003 e 23 maggio 2007); che il ricordo libero e spontaneo (senza domande specifiche) di un bambino (anche inferiore all'età di 4 anni) possa essere accurato come il ricordo di un adulto.

Il minore, nel diritto processuale penale, è destinatario di una serie di norme *ad hoc* a tutela della sua personalità fragile volte a evitare che possa subire il trauma di un processo penale e finalizzate alla sua fuoriuscita dal circuito penale nel minor tempo possibile<sup>60</sup>, considerato dall'ordinamento un testimone vulnerabile a causa della sua mancanza di maturità fisica e intellettuale.

### **3.1. Il minore quale “testimone vulnerabile”**

---

<sup>59</sup> D'altro canto, non si può sottovalutare la presenza “fisiologica” di elementi di tipo immaturo, di ideazione magica, di facile suggestionabilità, d'incapacità o difficoltà nel separare l'Io dal Non Io, il soggettivo dall'obiettivo, l'accaduto dall'immaginario.

<sup>60</sup> Queste garanzie sono previste anche con riguardo al minore che abbia assistito a un reato e debba essere ascoltato quale persona informata sui fatti.

Per il diritto processuale penale, “*il testimone è vulnerabile se l’ordinamento giuridico esclude a priori il ricorso al confronto dialettico quale strumento di raccolta del suo sapere testimoniale*” (S. Maffei, *Il diritto al confronto con l’accusatore*, Piacenza, 2003, p. 186). La scelta di escludere lo strumento del confronto dialettico si fonda sulla convinzione che, da un lato, taluni dichiaranti non siano in grado di reggere, sotto il profilo emozionale, l’antagonismo della controparte, e dall’altro, che tale metodo sia addirittura controproducente ai fini dell’accurata ricostruzione del loro personale vissuto. Sono, dunque testimoni vulnerabili, quei soggetti che si trovano in una particolare condizione fisica o psichica tale da renderli incapaci di affrontare un confronto dialettico sulla propria testimonianza, quali ad esempio le vittime di reati sessuali o gli adulti infermi di mente o con difficoltà di linguaggio.

I testimoni vulnerabili che rivestono un ruolo chiave possono essere intervistati attraverso interrogatori protetti<sup>61</sup>, al di fuori del dibattimento e appena è possibile dopo il presunto reato.

Le dichiarazioni del minore comportano una serie di problemi interpretativi. Sebbene si sia ormai concordi nel ritenere che le loro dichiarazioni non debbano considerarsi di per sé inattendibili, è comunque chiaro che il minore è più esposto dell’adulto a fenomeni suggestivi ed è necessaria una maggiore

---

<sup>61</sup> Per questi soggetti l’ordinamento giuridico dovrebbe predisporre un’audizione protetta che, tutelando la personalità e la salute del dichiarante, evitandogli per quanto possibile il trauma derivante dal processo e dal contatto diretto con l’accusato, assicuri il rispetto dei diritti di difesa.

cautela per evitare che la loro narrazione possa essere falsata proprio attraverso inadeguate modalità d'intervista.

Non per questo, però, bisogna evitare di ascoltare il minore o non tenere conto, nella decisione finale, delle sue dichiarazioni. Anzi, “il minore ha bisogno di essere ascoltato e il procedimento giudiziario è indicato come uno dei campi dell’ascolto, spostando l’interrogativo da “se” ascoltare al “come” ascoltare il minore”.

### **3.1.1. Rischio di un “trauma da processo”**

L’esperienza del processo determina nel minore un trauma, un accentuato stress emozionale, anche nei casi in cui egli è coinvolto soltanto a titolo di persona informata sui fatti. L’effetto ansiogeno che inevitabilmente si determina, è riconducibile a un insieme di fattori: il dover deporre in un contesto freddo e incomprensibile e dinanzi a soggetti alieni, il dover ricordare l’esperienza del reato, il dover subire in caso di dibattimento l’esame incrociato delle parti e il doversi confrontare con l’autore della condotta illecita, tutti fattori che hanno un forte e negativo impatto psicologico.

Oltre a ciò, il trauma che il minore vive a causa dell’audizione ha ripercussioni immediate sulla sua capacità di comunicare e rievocare correttamente e con precisione l’evento cui ha assistito, comportando seri problemi per quanto riguarda il corretto accertamento dei fatti sotto il profilo della genuinità e spontaneità della prova.

### **3.1.2. Rischio di contagio dichiarativo**

Almeno oltre una certa soglia di maturazione psicofisica, il problema non è tanto la capacità cognitiva del minore, ma la sua accentuata inclinazione a incorporare informazioni post evento nel proprio patrimonio mnestico. È come se la sua fosse una “memoria in progress”, o addirittura una sorta di memoria creativa: l’evento esterno non lascia nella retina della memoria del minore un fotogramma, destinato a rimanere stabile, nella sua fissità, bensì gli elementi di base per un quadro, che potrà essere completato sfruttando sollecitazioni, spunti o stimoli successivi.

È chiaro, dunque, come un intervento metodologicamente e psicologicamente inadeguato può compromettere la spontaneità delle risposte e realizzare quell’effetto che è chiamato, dagli esperti del settore, “contagio dichiarativo”. Tale fenomeno può conseguire all’attivazione di percorsi investigativi privati paralleli a quello giurisdizionale<sup>62</sup>. A tal fine, dunque, il contatto tra il minore e coloro che ne raccolgono le prime dichiarazioni è estremamente rilevante e in grado di condizionare il futuro del processo.

Il primo fenomeno suggestivo è quello esercitabile dal contesto educativo-familiare che si relaziona col minore già all’indomani dei fatti: di regola, il genitore o l’insegnante sono i primi destinatari delle conoscenze di cui il

---

<sup>62</sup> Il fenomeno è conosciuto dalla giurisprudenza, che ha avuto modo di analizzarlo in occasione delle analisi della testimonianza dei collaboratori di giustizia, ed è connesso alla diffusione di notizie ad alto impatto emotivo in

minorenne è portatore. Interrogazioni, richieste di informazioni da parte di costoro, ripetuti inviti a raccontare l'accaduto, sono tutti comportamenti che, anche se tenuti in buona fede, consentono da un lato la riproduzione all'infinito del trauma vissuto; dall'altro inducono ricordi, reminiscenze rispondenti più alle attese di sapere dell'adulto che alla realtà percepita dal minorenne. In considerazione dell'etero induzione, consapevole o inconsapevole, di contenuti inquinanti da parte dei genitori è sconsigliabile la loro presenza nel corso dell'esame: il minore ascoltato potrebbe sentirsi condizionato dalla presenza della persona con cui ha avviato lo svelamento, a causa dell'ineliminabile impatto emotivo che questo produce nel ricevente; il minore potrebbe, inoltre, sentirsi a disagio nel riferire aspetti diversi da quelli rilevati al primo confidente.

Oltre a questo, il minore sarà costretto a subire sommarie informazioni di p.g., audizioni del p.m., assunzione di informazioni da parte della difesa dell'imputato, integrazioni probatorie in fase di udienza preliminare, prima di arrivare alla testimonianza dibattimentale. Ognuno di questi momenti può rappresentare l'occasione per l'introduzione di effetti suggestivi, di ricostruzione fantastiche, di riorganizzazione del ricordo per adeguarlo ad eventuali informazioni successive.

Ecco perché non dovrebbe essere consentito il contatto diretto dell'inquirente, pubblico o privato, con il minorenne: consentendo l'interpello da parte di

---

ambienti ristretti, caratterizzati dall'omogeneità degli interessi e dalle

soggetto interessato ad una determinata ricostruzione dei fatti si rischia che il minore faccia proprio il punto di vista dell'interrogante cercando di non deluderne le attese<sup>63</sup>.

Un'esclusione totale di ogni contatto diretto con l'inquirente appare, però, una strada difficilmente percorribile. L'inquirente, per dovere istituzionale, deve essere messo nella condizione di poter esercitare l'azione penale e di fissare le coordinate dell'accusa su cui il giudice sarà chiamato a pronunciarsi, anche attraverso la verifica della pertinenza-rilevanza dell'apporto conoscitivo del minore. Sebbene dovrebbe essere l'incidente probatorio la sede più idonea per acquisire le conoscenze del minore; il p.m. deve essere messo nella condizione di individuare l'addebito da cui l'imputato dovrà difendersi e sul quale il minore deve essere sentito. Un incidente probatorio a scatola chiusa senza conoscere con la dovuta precisione i termini del *thema probandum* rischia di trasformarsi in un boomerang, sia per il processo, sia per la serenità dello stesso dichiarante.

È evidente come i rischi di contagio dichiarativo aumentino nell'ambito dell'investigazione difensiva, che è funzionalmente e direttamente orientata all'acquisizione di elementi di prova pro reo. Più l'indagine è "parzialmente orientata, maggiore è, infatti, il rischio di patologiche ricostruzioni".

---

peculiarità delle persone che li compongono.

<sup>63</sup> Inoltre, le domande suggestive solitamente tipiche dell'approccio investigativo potrebbero veicolare, più o meno consapevolmente, la creazione di ricordi.

Ma se si concede al p.m. di ascoltare il minore, per la necessaria uguaglianza tra i diritti dell'accusa e quelli della difesa necessaria a garantire un giusto processo come sancito dall'art. 111 della Costituzione Italiana, non si può impedire al difensore di avere un colloquio con il minore.

Bisognerebbe, allora, che entrambe le modalità di conduzione di queste interviste fossero specificamente disciplinate, ma ciò non avviene nel quadro normativo esistente.

### **3.1.3. Rischio derivante dalla reiterazione**

La reiterazione delle interviste sarebbe da evitare perché i risultati delle successive tenderebbero ad inglobare le precedenti, o meglio i contenuti delle domande e delle risposte in cui sono articolate. Inoltre, questa reiterazione potrebbe comportare quella che è stata definita "*vittimizzazione secondaria*" (in giurisprudenza si veda ad esempio Cass. 18 settembre 2007).

Numerosi studi sull'argomento hanno evidenziato come la ripetizione di audizioni con modalità e dinamiche distinte, ad opera di soggetti diversi, nei confronti della stessa fonte minore d'età, può ingenerare nel dichiarante l'impressione che la sua parola non venga creduta dall'adulto e provocare una perdita di fiducia nell'interlocutore, che porta, di riflesso, ad ottenere un risultato contrario a quello voluto. Il minore, a questo punto, può chiudersi, ritirarsi e non palesare le conoscenze di cui è portatore o, viceversa, "*inventare una verità, inframmezzando il discorso con elementi inesatti, volti esclusivamente a compiacere l'interrogante*" (.G. Gulotta, L. De Cataldo

Neuburger, S. Pino, P. Magri, *Il bambino come prova negli abusi sessuali*, in C. Cabras (a cura di), *Psicologia della prova*, Milano, 1996, p. 185).

### **3.2. Il ruolo dell'esperto**

Fondamentale nella valutazione e nella raccolta delle dichiarazioni del minore è il ruolo dell'esperto.

Infatti, la prima cosa che gli operatori sono tenuti ad accertare, mediante l'ausilio di un perito, sono le capacità cognitive, emotive e sociali del minore. Il perito deve essere un esperto in materia di minori, perché c'è il rischio che il suo intervento, vista la delicatezza dei fatti esplicitati, crei un danno ancor più grave sul minore.

L'esperto deve analizzare primariamente se il minore sia in grado di differenziare i suoi pensieri e sentimenti dai dati reali e se è in grado di cogliere il significato della sua posizione di testimone. In un secondo momento dovrà appurare l'influenza delle valenze effettivo-emotive sulla funzionalità della memoria e sulle capacità di giudizio morale specie in relazione alle sue concezioni di verità e bugia<sup>64</sup>.

L'esperto può, ancora, fornire un'assistenza all'interrogante nel compimento dell'esame. Il suo intervento, in tal caso, riguarda più aspetti: il modo in cui si deve assumere le domande, il linguaggio da impiegare, le spiegazioni che

---

<sup>64</sup> Si può, dunque, affermare che l'indagine psicologica concerne due aspetti fondamentali: l'attitudine del minore ad essere ascoltato sotto il profilo intellettuale e affettivo, e la sua credibilità.



vanno date al minorenne sui significati giuridici delle attività che si sta compiendo. Egli assume, essenzialmente, la veste di interprete, di filtro psicologico tra l'interrogante e la fonte di prova, funzionale al contenimento sia dell'impatto traumatico sia della suggestionabilità attraverso l'indicazione all'operatore delle tecniche più opportune per un migliore esame<sup>65</sup> (Cass. Pen., 30 agosto 1995).

### 3.3. Valutazione delle dichiarazioni

L'orientamento attuale è quello di considerare credibile il racconto di un minore caratterizzato da una modalità di esposizione dei fatti spontanea e coerente<sup>66</sup>.

La giurisprudenza in materia ha affermato che nel valutare le dichiarazioni dei minori il controllo del giudice deve essere *“diretto ad escludere che l'accusa possa essere in concreto frutto di auto o etero suggestione del soggetto, ovvero*

---

<sup>65</sup> Il ruolo dell'esperto va, però, tenuto ben distinto da quello del giudice. Al primo spetta valutare la idoneità e la capacità ad essere ascoltato del minore, intesa come disponibilità delle competenze strumentali, linguistiche e comunicative per fornire una dichiarazione di scienza e come possesso delle normali funzioni della memoria. Al giudice, e solo a lui, spetta decidere sull'attendibilità giuridica della deposizione del minore, dunque, sulla sua credibilità, con una valutazione propedeutica all'adozione di determinazioni finali circa la fondatezza o meno dell'ipotesi accusatoria.

<sup>66</sup> Invero, il carattere progressivo della narrazione non è di per sé indicatore di una mancanza di genuinità del racconto. È infatti naturale, soprattutto quando il minore è anche vittima di abuso sessuale, che sia per pudore, sia a seguito dell'attivazione di un processo di rimozione psichica, non riveli, inizialmente

*frutto della sua esaltazione e fantasia ovvero della sua immaturità psichica, e tale controllo va effettuato attraverso un esame dell'origine, delle modalità e del contenuto della dichiarazione del minore, nonché della sua organicità, uniformità e costanza, almeno nelle parti essenziali"* (Corte d'Appello di Milano, Sez. pen. 1, sent. n. 1756 del 17/11/97).

Ancora sul tema la Corte di Cassazione ha affermato che per avere una testimonianza genuina, il cui risultato sia dotato di alta affidabilità, è necessario che il metodo con cui si svolge l'intervista dei bambini sia corretto e la formazione della prova dichiarativa non sia manipolata, anche inconsapevolmente, da coloro che hanno condotto gli interrogatori<sup>67</sup>.

I bambini molto piccoli, inoltre, hanno una memoria malleabile e possono incorporare nel loro patrimonio mnestico delle informazioni ricevute dagli intervistatori fino a creare dei falsi ricordi autobiografici. Pertanto, è necessario che colui che li interroga non ponga inopportune domande inducenti e suggestive e non trasmetta informazioni che vengono recepite dai bambini ed utilizzate nel rispondere.

---

tutti i dettagli che emergono a seguito dell'incalzare delle domande o grazie ad un processo di elaborazione del trauma.

<sup>67</sup> Gli studi sulla memoria infantile hanno comprovato come i bambini presentino modalità relazionali orientate in senso imitativo e adesivo, siano influenzabili da stimoli potenzialmente suggestivi e, non avendo adeguate risorse critiche e di giudizio ed un distinto sentimento del se, tendano a non differenziare le proprie opinioni da quelle dell'interlocutore.

Per controllare che il bambino non abbia inteso compiacere l'interlocutore ed adeguarsi alle sue aspettative, è utile poter ricostruire la genesi della notizia di reato, cioè focalizzare quale sia stata la prima dichiarazione del minore che, se spontanea, è la più genuina perché immune da interventi intrusivi, quali siano state le reazioni emotive degli adulti coinvolti, quali domande; e ancora se la narrazione del bambino si sia amplificata nel tempo; “ è necessario verificare se l'incremento del racconto sia dovuto alla abilità degli intervistatori oppure a loro indebite interferenze” (Cass. pen., Sez. 3, 7 giugno 2007, n. 34902).

Nella valutazione delle dichiarazioni del minore occorre, infine, valorizzare altri elementi, quale la reiterazione spontanea del racconto a persone diverse e in contesti diversi ma con gli stessi contenuti, e l'assenza di sentimenti di malanimo ovvero ricostruzioni fantastiche.

#### **4. Provvedimenti normativi: uno sguardo d'insieme**

Nella consapevolezza della naturale fragilità dei soggetti minori d'età, non ancora pienamente formati da un punto di vista psico-fisico, sia il legislatore nazionale, che quello internazionale ed europeo sono intervenuti con provvedimenti normativi stratificati nel tempo volti alla salvaguardia della personalità del minore, soprattutto con riguardo ai reati a sfondo sessuale.

##### *- La Convenzione di New York e le Convenzioni dell'Unione Europea*

L'istituto dell'ascolto della persona minore di età è stato introdotto quale principio generale nell'ordinamento interno dall'art. 12 della legge 176/1991 di

ratifica<sup>68</sup> della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 1989. Tale Convenzione prevede quale principio generale il diritto per ogni fanciullo capace di discernimento di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa e che quest'opinione sia debitamente presa in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità.

Il diritto del minore di essere ascoltato viene poi rafforzato dalla CEDU sull'esercizio dei diritti dei minori adottata dal Consiglio d'Europa il 25 gennaio 1996, ma ratificata in Italia solo nel 2003 con la legge comma 77 del 20 maggio 2003.

La Convenzione prevede che al minore che abbia capacità di discernimento debba essere riconosciuto, oltre al diritto a essere ascoltato, anche quello di ricevere informazioni sui procedimenti giudiziari che lo riguardano e delle eventuali conseguenze di ogni decisione presa dall'Autorità Giudiziaria.

Inoltre, con la Carta dei diritti fondamentali dell'UE proclamata il 7 dicembre 2000 a Nizza, l'ascolto del minore diventa un tema centrale delle politiche dell'UE<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> La legge di ratifica della Convenzione di New York è fondamentale perché, innanzitutto, inserisce nell'ordinamento italiano un vero e proprio diritto del minore di essere ascoltato, e lo fa con riguardo a tutti i procedimenti giudiziari che riguardano un minore capace di discernimento. Fino a quel momento, infatti, l'ordinamento interno prevedeva che il minore fosse ascoltato in pochi procedimenti e per casi tassativi.

<sup>69</sup> L'art. 24 prevede, infatti, il diritto dei minori di esprimere liberamente la loro opinione e impone che questa venga presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità.

- *La carta di Noto*

Nel 1996 si è tenuto a Noto un convegno avente come tema “l’abuso sessuale sui minori e processo penale”. A conclusione dell’incontro di esperti magistrati, avvocati, docenti di diritto penale, psicologi giuridici, esperti in scienze forensi, è stato redatto un documento, la c.d. “Carta di Noto”, contenente linee guida per un corretto e efficace esame del minore vittima di abusi sessuali<sup>70</sup>.

La Carta di Noto prevede, innanzitutto che gli incarichi di consulenza tecnica e perizia in materia di abuso sessuale, devono essere affidate a professionisti che abbiano conseguito una specifica formazione. Nel raccogliere e valutare le informazioni del minore gli esperti devono: utilizzare metodologie *evidence-based* e strumenti (test, colloqui, analisi delle dichiarazioni, ecc.) che possiedano le caratteristiche di ripetibilità e accuratezza e che siano riconosciuti come affidabili dalla comunità scientifica di riferimento; esplicitare i modelli teorici utilizzati, così da permettere la valutazione critica dei risultati.

Ancora, si prevede che le dichiarazioni del minore vadano sempre assunte utilizzando protocolli d’intervista o metodiche ispirate alle indicazioni della letteratura scientifica, nella consapevolezza che ogni intervento sul minore, anche nel rispetto di tutti i canoni di ascolto previsti, causa modificazioni, alterazioni e anche perdita dell’originaria traccia mnemonica. Un particolare approfondimento dovrà essere effettuato in ordine all’abilità del minore di

---

<sup>70</sup> Nel corso degli anni la Carta di Noto è stata aggiornata tenendo conto “dell’introduzione di nuove normative e dei progressi della ricerca scientifica”, come si legge nella premessa all’ultimo aggiornamento.

organizzare e riferire il ricordo in relazione alla complessità narrativa e semantica delle tematiche in discussione e all'eventuale presenza di influenze suggestive, interne o esterne, derivanti dall'interazione con adulti.

Le attività di acquisizione delle dichiarazioni e dei comportamenti del minore devono essere video-registrate<sup>71</sup>, in quanto anche gli aspetti non verbali della comunicazione sono importanti per una corretta valutazione.

L'art. 15 prevede, inoltre, l'incidente probatorio come sede privilegiata di acquisizione delle dichiarazioni del minore nel corso del procedimento, sempre che venga condotto in modo da garantire, nel rispetto della personalità in evoluzione del minore, il diritto alla prova costituzionalmente riconosciuto.

Bisogna, però, precisare che la Carta di Noto, benché rappresenti un utile guida per l'operatore giudiziario, è priva di qualsiasi valore normativo; rappresenta, dunque, solo delle linee guida la cui violazione non può comportare alcun tipo di inutilizzabilità<sup>72</sup>. Lo scopo di tale documento è, infatti, quello di fornire dei

---

<sup>71</sup> La videoregistrazione è finalizzata anche a ridurre le audizioni del minore.

<sup>72</sup> Cfr. Cass. pen., Sez. 3, 10 aprile 2008, n. 20568, secondo la quale “*i principi posti, in tema di esame testimoniale dei minorenni parti offese nei reati di natura sessuale, dalla c.d. Carta di Noto, lungi dall'aver valore normativo, si risolvono in meri suggerimenti diretti a garantire l'attendibilità delle dichiarazioni del minore e la protezione psicologica dello stesso, come illustrato nelle premesse della Carta medesima*”; Cfr. anche Cass. pen., Sez. 3, 14 dicembre 2007, n. 6464 secondo la quale “*in tema di esame testimoniale dei minorenni parti offese nei reati di natura sessuale, le cautele metodologiche prescritte nella c.d. Carta di Noto, pur di autorevole rilevanza nell'interpretazione delle norme che disciplinano l'audizione di detti soggetti,*

suggerimenti metodologici che consentano di contemperare le esigenze di protezione del minore con quelle connesse alla genuinità della fonte dichiarativa.

- *L'introduzione dell'istituto in Italia: legge 66/1996*

Influenzato dal panorama internazionale, il legislatore italiano ha emanato la legge 15 febbraio 1996 n. 66, rivista e modificata dalla successiva legge 269/1998, sulla violenza sessuale che, oltre ad inserire nel codice penale le diverse fattispecie di reati sessuali commessi a danno di minori, ha previsto all'art. 609-decies del codice penale l'assistenza morale e psicologica per il minore in ogni fase del procedimento penale. Ha inserito, inoltre, nel codice di procedura penale, il comma 1bis all'art. 392 e il comma 5bis all'art. 398, i quali prevedono un incidente probatorio speciale per i minori vittime di abusi sessuali e specifiche modalità di audizione, norme modificate successivamente con la legge 38/2009.

- *La Decisione Quadro 2001/220/GAI*

A rafforzare la tutela del minore a livello europeo, viene emanata la Decisione Quadro del Consiglio 15 marzo 2001, 2001/220/GAI relativa alla posizione della vittima nel procedimento penale.

L'art. 2 di questa Decisione Quadro del Consiglio dell'UE impone a ciascuno stato membro di prevedere nel proprio sistema giudiziario, un ruolo effettivo e appropriato delle vittime, adoperandosi affinché alle stesse sia garantito un

---

*presentano carattere non tassativo, sicché l'eventuale inosservanza di dette*

trattamento rispettoso della loro dignità personale e assicurando un trattamento specifico alle vittime particolarmente vulnerabili.

Sempre in tema di audizione della vittima, il successivo art. 3 impone agli Stati membri di adottare misure che assicurino un esame della vittima soltanto per quanto necessario al procedimento penale. Inoltre, l'art. 8 prevede la tutela della riservatezza e dell'immagine della vittima e dei suoi familiari, nonché l'impegno degli stati a evitare che vi siano dei contatti all'interno dei palazzi di giustizia tra la vittima e l'autore del reato proteggendo altresì le vittime, soprattutto le più vulnerabili, come i minori, dalle conseguenze della loro deposizione in pubblica udienza. In tal caso, infatti, la norma prevede che ciascuno Stato membro garantisca alla vittima la facoltà, sulla base della decisione del giudice, di rendere la testimonianza in condizioni che consentano di conseguire tale obiettivo e che siano compatibili con i principi fondamentali.

- *La direttiva 2012/29/EU*

Il 25 ottobre 2012 è stata adottata la direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2012/29/UE recante norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, la quale sostituisce la decisione quadro 2001/220/GAI relativa alla posizione della vittima nel procedimento penale.

---

*prescrizioni non comporta la nullità dell'esame stesso*".



Tale direttiva, con riguardo ai minori, prevede una specifica tutela per la vittima minorenni dentro e fuori del processo. L'art. 24 di tale direttiva dispone, infatti, che gli Stati membri debbano provvedere affinché nell'ambito delle indagini penali tutte le audizioni del minore vittima di reato possano essere oggetto di registrazione audiovisiva e tali registrazioni possano essere utilizzate come prova nei procedimenti penali<sup>73</sup>.

- *Le linee guida del Consiglio d'Europa*

Il Consiglio d'Europa, il 17 novembre 2010 ha adottato le linee guida per una giustizia a misura di minore allo scopo specifico di garantire che la giustizia sia sempre sensibile nei confronti dei bambini, indipendentemente da chi sono o da ciò che hanno fatto. Per essere a misura di minore, la giustizia dovrebbe incarnare gli ideali propri dell'amicizia; dovrebbe cioè sapersi porre come un amico, che è una persona che ti tratta bene, che si fida di te e di cui ti puoi fidare, che ascolta quello che hai da dire e a cui presti ascolto, che ti capisce e che sei in grado di capire, e come un vero amico avere il coraggio di dirti quando sei nel torto e stare dalla tua parte per aiutarti a trovare una soluzione. Un sistema giudiziario a misura di minore deve saper trattare i bambini con dignità, rispetto, attenzione ed equità. Deve essere accessibile, comprensibile e affidabile.

Tali linee guida fissano cinque principi fondamentali per il minore: a) partecipazione; b) interesse superiore del minore; c) dignità; d) tutela contro la

---

<sup>73</sup> Prevede, inoltre, che le norme procedurali per le registrazioni audiovisive e la

discriminazione; e) tutela giurisdizionale. Esse sottolineano la necessità che le opinioni del minore siano tenute in debita considerazione e, affinché la sua partecipazione sia significativa, gli organi competenti debbono prestare adeguata attenzione al livello di maturità e alla capacità di comprensione raggiunta in base all'età.

- *La Convenzione di Lanzarote e la legge di ratifica*

Il 25 ottobre 2007 è stata sottoscritta a Lanzarote la Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, entrata in vigore il 1 luglio 2010. Tale Convenzione prevede che ogni Stato adotti le necessarie misure legislative per garantire che le indagini e le azioni penali siano svolte nel migliore interesse e nel rispetto dei diritti del minore<sup>74</sup>.

La Convenzione di Lanzarote è stata ratificata in Italia con la legge 1 ottobre 2012, n. 172, che interviene a colmare un vuoto normativo fino a quel momento esistente.

In particolare l'art. 5 della legge in questione ha aggiunto il comma 1ter nell'art. 351 c.p.p. per stabilire che la p.g., nei procedimenti per i delitti previsti

---

loro utilizzazione siano determinate dal diritto nazionale.

<sup>74</sup> Dispone, inoltre, che siano adottate le misure opportune per garantire che i colloqui con il minore abbiano luogo senza ritardi ingiustificati dopo la segnalazione dei fatti alle autorità competenti e che le interviste con il minore si svolgano, ove necessario, in locali appositi o adattati allo scopo, che quest'ultime siano svolte da operatori formati a tale scopo e che le stesse persone, se possibile e opportuno, conducano tutte le interviste con il minore, considerando che il numero di interviste deve essere quanto più limitato possibile e nella misura strettamente necessaria ai fini del procedimento penale.

dagli articoli 600, 600bis, 600ter, 600quater, 600quater, 600quinquies, 601, 602, 609bis, 609-quater, 609-quinquies, 609octies e 609undecies c.p., è tenuta ad avvalersi, quando deve assumere sommarie informazioni da persone minori, dell'ausilio di un esperto in psicologia o in psichiatria infantile nominato dal p.m., e il comma 1bis nell'art. 352 c.p.p. per prevedere che analogo obbligo gravi sul p.m. che intenda assumere informazioni da un minorenne. Infine ha aggiunto il comma 5bis nell'art. 391bis c.p.p. per porre lo stesso dovere a carico del difensore che proceda a investigazioni.

Il novellato art. 351, comma 1ter, ha introdotto un nuovo istituto che potrebbe denominarsi “*assunzione assistita di informazioni da persone minori*” e si può considerare la norma capostipite, perché contiene in dettaglio l'elenco di tutti i reati in materia sessuale nei cui procedimenti le informazioni devono essere assunte dal minore in presenza di un professionista psicologo o psichiatra. L'esperto, dunque, affianca il soggetto istituzionalmente preposto all'audizione effettuando una mediazione nella raccolta delle dichiarazioni, fondata sul presupposto che i minori, in quanto soggetti in età evolutiva, necessitino di particolari cautele. Si tratta di una scelta volta non a sostituire la parte investigante con l'esperto ma a consentire all'autorità procedente di dotarsi delle abilità necessarie all'audizione del minore.

L'ausilio dello psicologo o dello psichiatra infantile all'autorità che procede all'assunzione di informazioni da persone minori sembra sia stato reso obbligatorio dalla novella in esame. La perentorietà dell'indicativo presente utilizzato nel testo di tutte le norme in commento, tuttavia non reca traccia di

sanzioni comminate per l'inosservanza dell'obbligo di assistenza e la violazione della regola che impone la presenza dell'esperto non può neppure avere l'effetto di rendere l'atto inutilizzabile. Tale sanzione, infatti, non è stata espressamente prevista. La presenza dell'esperto è piuttosto una cautela, rimessa alla valutazione del p.m., ai fini del giudizio di attendibilità e genuinità della deposizione del minore.

La legge modifica la disciplina del c.p. in materia di reati sessuali introducendo nuove fattispecie criminose e nuove pene accessorie nonché modificando le norme già esistenti<sup>75</sup>.

In estrema sintesi, le modifiche apportate al codice di rito sono: inserimento di nuovi reati alla lista di quelli contemplati dall'art. 51, comma 3bis e comma 3quinques c.p.p., tra cui il nuovo reato di associazione per delinquere diretta a commettere reati in tema di sfruttamento e abuso sessuale contro i minori (art.

---

<sup>75</sup> In particolare è stato introdotto all'art. 414bis c.p. l'inedito delitto di istigazione a pratiche di pedofilia e di pedopornografia; è stata configurata una nuova aggravante dell'associazione per delinquere finalizzata al compimento di reati in tema di sfruttamento e abuso sessuale (art. 416 c.p.); è stato sostituito l'art. 572 c.p. rubricato ora "maltrattamenti contro familiari e conviventi"; è stato introdotto un nuovo comma nel testo dell'art. 583bis c.p. prevedendo nuove pene accessorie per le mutilazioni genitali femminili, compresa la decadenza dall'esercizio della potestà genitoriale; sono stati sostituiti gli art. 600bis e 600septies c.p.; sono stati modificati gli art. 600ter, 602ter, 604, 609quater, 609sexies, 609nonies c.p.; ha introdotto un nuovo art. 602quater rubricato "ignoranza della persona offesa", e la nuova fattispecie di adescamento di minori all'art 609undecies c.p.; sono infine stati abrogati gli art. 609sexies e 602bis c.p.

416 comma 7 c.p.); modifica all'art. 282bis comma 6 c.p.p., relativo all'allontanamento dalla casa familiare, introducendo nel testo della norma nuovi titoli di reato; modifica del catalogo dei delitti per i quali è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza di reato, aggiungendo a tale elenco la fattispecie di atti sessuali con minorenni di cui all'art. 609quater commi 1 e 2 c.p.; nel catalogo dei reati per i cui procedimenti la durata massima delle indagini è di due anni viene incluso il secondo comma dell'art. 600ter c.p. relativo al commercio di materiale pornografico; modifica alla disciplina del patteggiamento, volta ad escluderne l'applicazione in tutte le ipotesi di prostituzione minorile definite dall'art. 600bis c.p.

## **5. L'audizione protetta del minore: tecniche di intervista**

Gli esperti di psicologia infantile in collaborazione con gli operatori giuridici hanno elaborato tecniche di intervista standardizzate che consentono di garantire la valorizzazione massima delle acquisizioni delle informazioni rese dal minore, riducendo al minimo lo stress emotivo e i rischi cui si incorrerebbe. In particolare quattro sono le tecniche che hanno avuto maggior seguito: 1) l'intervista cognitiva; 2) l'intervista strutturata; 3) la Step Wise Interview; 4) il protocollo operativo ideato dalla Squadra Mobile della Questura di Roma.

### **5.1. Intervista cognitiva**

La c.d. "intervista cognitiva", elaborata dagli psicologi statunitensi Ed Geiselman e Ron Fisher nel 1984, in risposta alle numerose richieste ricevute

da parte di ufficiali di polizia e professionisti legali, per ottenere un metodo che migliorasse l'interrogatorio dei testimoni<sup>76</sup>.

Questa tecnica è basata su principi psicologici riguardanti il ricordo ed il recupero di informazioni dalla memoria. È nata come tecnica diretta agli adulti<sup>77</sup>, ma la sua estensione ai minori è stata prevista dallo stesso Geiselman che ha individuato una serie di criteri nuovi da utilizzare in questa situazione.

Il metodo di intervista si basa su alcuni principi teorici: in primo luogo, ci sono numerosi metodi per recuperare dalla memoria un evento, per cui informazioni non accessibili con una tecnica possono esserlo con un'altra.

Inoltre, bisogna tener conto che ci sono molteplici parti che compongono una traccia di memoria<sup>78</sup> ed un suggerimento per il recupero è effettivo purché ci sia una sovrapposizione tra esso e l'informazione codificata. Più sono gli indizi che concorrono al recupero dell'informazione, maggiore è la possibilità di recupero dell'informazione stessa.

Infine, si rileva come informazioni memorizzate in precedenza diventano tanto più accessibili quanto più il contesto e il vissuto al momento della rievocazione assomigliano a quello iniziale. Per questo motivo viene adottata una strategia di

---

<sup>76</sup> È, dunque, una metodologia che consente agli operatori di Polizia di interrogare un minore minimizzando il rischio di contaminazione dei ricordi, facendo sì che gli stessi possano fornire racconti accurati e completi.

<sup>77</sup> Poiché questo metodo comporta l'attuazione di tecniche mnemoniche che richiedono un certo sviluppo cognitivo non è utilizzabile per bambini in età prescolare, che non abbiano compiuto almeno otto anni.

<sup>78</sup> La traccia di memoria è composta da parecchi elementi, detti *cue*.

ricostruzione del contesto facendo in modo che l'intervistato si metta mentalmente nella situazione iniziale.

Durante lo svolgimento dell'intervista vengono impiegate quattro tecniche mnemoniche di recupero delle informazioni:

a) quella di ricostruire il contesto; viene chiesto al soggetto di ricostruire mentalmente il contesto fisico e personale esistito al momento del fatto per riuscire così ad aumentare l'accessibilità dell'informazione conservata in memoria. Si chiede inoltre, di recuperare un'immagine o un'impressione circa le caratteristiche ambientali della scena originale (per esempio la disposizione degli oggetti nella stanza), di commentare le reazioni emozionale e le sensazioni avute in quel momento (sorpresa, rabbia, ecc..) e di descrivere qualsiasi suono, odore o condizioni fisiche (caldo, umido, fumo, ecc..) che fossero presenti nel contesto in cui si è svolto il fatto.

b) la seconda tecnica consiste nel chiedere al minore di riportare tutto quello che ricorda, indipendentemente dall'importanza<sup>79</sup>.

c) In terzo luogo, si può chiedere al minore di ricordare gli eventi partendo da punti di vista diversi, come se fosse un altro soggetto, oppure se si trovasse in un punto diverso del luogo<sup>80</sup>.

---

<sup>79</sup> Queste potranno essere utili per riuscire a ricollegare i vari dettagli dello stesso fatto riferiti in momenti diversi.

<sup>80</sup> Lo scopo è quello di aumentare la quantità di dettagli del racconto.

d) la quarta e ultima tecnica è quella di chiedere al minore intervistato di ricordare partendo da diversi momenti nel tempo, iniziando, ad esempio, dalla fine o dalla metà o, ancora, dall'episodio più rilevante.

L'intervista si divide in varie fasi: la prima è quella della conoscenza, utile a instaurare un buon rapporto con il minore, che deve sentirsi a proprio agio<sup>81</sup>; la seconda fase è quella della libera narrazione<sup>82</sup> chiedendo di ricostruire il contesto, si passa alla fase delle domande e a racconto finito si invita il minore a ripetere quanto fin lì riferito, mutando l'ordine e/o la prospettiva dei fatti

### **5.2. La c.d. Intervista “strutturata”**

L'intervista “strutturata” è una metodologia basata sulla intervista cognitiva, ma semplificata rispetto a questa e frequentemente utilizzata per i bambini in età pre-scolare.

Si articolano nelle stesse fasi previste per l'intervista cognitiva, con la differenza che non si applicano le tecniche mnemoniche.

In sintesi, vengono impiegate semplici tecniche in fasi distinte l'una dall'altra, partendo da notizie più generali fino a quelle più specifiche, utilizzando domande poco inducenti e cercando di intervenire il meno possibile.

### **5.3. La c.d. “Step Wise Interview”**

---

<sup>81</sup> Qui l'intervistatore dovrà chiarire il proprio ruolo e lo scopo del colloquio, rassicurando il minore e informandolo dei propri diritti.

<sup>82</sup> Durante questa fase è importante non interrompere il racconto, si interviene solo se necessario per incoraggiare il minore a continuare il racconto.



Consapevoli della necessità di porre al minore domande che lo aiutino a ricordare ma che non producano interferenze con i suoi ricordi originari, un gruppo di professionisti dell'Home Office, in sinergia con il Department of Health, nel 1992, ha diffuso in Gran Bretagna un *Memorandum of Good Practice on Video-Recorded Interview with Child Witnesses in Criminal Proceeding*, che da indicazioni sulle modalità che devono essere seguite nell'intervistare un minore.

Una procedura rappresentativa del metodo proposto dal *Memorandum of Good Practice*, che gli psicogiuristi considerano idonea a raggiungere buoni risultati, è la c.d. *Step Wise Interview*<sup>83</sup>.

La *Step Wise Interview* prevede nove fasi, che devono essere scrupolosamente attuate in successione.

#### *Fase 1: Creare un buon rapporto con il bambino*

Serve a costruire con il minore un buon rapporto di fiducia e creare un'atmosfera quanto più tranquilla e serena possibile. I modi per raggiungere

---

<sup>83</sup> Si tratta di un protocollo di intervista elaborato nei paesi anglosassoni da *John Yuille*, psicologo e psicoterapeuta canadese, in collaborazione con psicologi, operatori sociali, polizia e pubblici ministeri. Il suo scopo è quello di ridurre al minimo il trauma dell'investigazione per il minore e minimizzare il rischio di contaminazione che l'intervista può avere sulla memoria che il minore ha dell'evento e allo stesso tempo ottenere la maggiore quantità possibile di corrette informazioni ottenibili dal minore.

questo scopo variano a seconda dell'età, delle necessità e dell'ansia del minore<sup>84</sup>.

L'intervista dovrebbe avere come protagonisti unicamente il minore e il suo intervistatore ma ci sono situazioni in cui è opportuno, o in cui il minore lo richiede, che vi sia la presenza di altre figure di supporto. È assolutamente sconsigliata la presenza al colloquio di altri adulti coinvolti nella vicenda, come genitori o terapeuti, la cui presenza potrebbe compromettere l'integrità della procedura e rendere difficile al minore l'elaborazione dei dettagli della vicenda.

*Fase 2: Chiedere al bambino il racconto di eventi neutri riferentesi a particolari specifici della sua vita*

Prima di iniziare l'intervista è necessario acquisire quante più informazioni possibili sulle capacità del minore di ricordare, di rievocare, di fornire dettagli, sulle conoscenze spazio/tempo<sup>85</sup>. A tal fine gli si chiede di raccontare uno o due eventi neutri come ad esempio una gita, una festa di compleanno, una giornata al parco.

*Fase 3: Accertarsi che il minore dica la verità appurando che conosca il significato di "verità"*

---

<sup>84</sup> Il minore non deve essere mai minacciato o criticato, gli deve essere garantito un rapporto amichevole e deve avere la consapevolezza che per l'intervistatore è importante tutto quello che dirà.

Questo tema viene presentato al bambino in modo generale, ad esempio con una domanda del tipo «sai cosa significa dire la verità?». Se il bambino non è in grado di dare una risposta, si possono usare domande più specifiche come «se dico che i miei capelli sono lisci, è una bugia o è la verità?».

A questo punto è bene stipulare con il minore un patto: ci si accorda affinché le cose che verranno dette corrispondano solo alla verità. Bisogna chiarire al minore che laddove non sappia rispondere ad una domanda potrà dire che non ricorda, che non conosce la risposta, e lo stesso potrà fare nel caso in cui non capisca ciò che gli è stato chiesto<sup>86</sup>.

*Fase 4: Introdurre l'argomento di cui si vuol parlare*

Bisogna spiegare al minore in che cosa consiste l'intervista e qual è il suo scopo, ma senza far trapelare quali sono le aspettative<sup>87</sup>.

E' bene che l'introduzione al tema sia graduale: occorre iniziare con una domanda generica e proseguire con domande più mirate all'evento<sup>88</sup>.

---

<sup>85</sup> Ad esempio è utile porre una domanda del tipo: «il tuo compleanno è stato prima o dopo Natale?»

<sup>86</sup> È utile informare il minore che non si tratta di un'interrogazione, che non esistono risposte giuste o sbagliate, ma solo risposte vere, e che nessuno lo criticherà o giudicherà per quello che dirà.

<sup>87</sup> Bisogna, inoltre, tenere presente che alcuni minori possono pensare di aver fatto qualcosa di sbagliato o sentirsi colpevoli, per il fatto di essere ascoltati.

<sup>88</sup> Il passaggio da un argomento all'altro deve avvenire molto lentamente come le immagini di un film che

Le domande utilizzabili per sollevare l'argomento della testimonianza potrebbero essere:

«Sai perché sei qui oggi?»

(se non c'è risposta)

«Se c'è qualcosa che ti preoccupa, è importante per me capirlo» / «Ti è accaduto qualcosa di cui vorresti parlarmi?»

(se non c'è risposta)

«Ho saputo che hai raccontato qualcosa alla tua insegnante/amica/mamma la scorsa settimana. Vuoi raccontarmi di che cosa avete parlato?»

(se non c'è un racconto precedente)

«Ho sentito che qualcosa ti può aver turbato. Raccontami tutto quello che puoi riguardo a questo»

(se non c'è risposta)

«Come ti ho detto, il mio lavoro è di parlare con i bambini di cose che possono averli turbati. È molto importante che io capisca cosa ti può aver agitato. Raccontami per quale motivo tu credi che (il tutore) oggi ti abbia portato qui».

(se non c'è risposta)

«Ho sentito che qualcuno può aver fatto qualcosa che non era giusto fare. Raccontami tutto quello che sai a questo riguardo, tutto quello che ti ricordi».

In nessun caso l'intervistatore dovrà fare il nome della persona sospettata o suggerire cose accadute nel corso dell'eventuale abuso.

---

si susseguono lentamente; altrimenti il pensiero può aderire alla precedente

*Fase 5: Libera narrazione*

Una volta introdotto il tema, l'intervistatore deve incoraggiare il minore a raccontare, quanto più liberamente possibile<sup>89</sup>.

Al minore deve essere concesso di procedere a suo modo e secondo i suoi tempi, accettando pause, divagazioni ed elaborazioni anche di dettagli irrilevanti per le indagini. L'intervistatore, dunque, deve resistere alla tentazione di interrompere, di parlare appena il bambino sembra aver finito, e deve riuscire a tollerare le pause e i silenzi.

L'approccio dell'intervistatore dovrebbe manifestarsi mediante un "ascolto attivo", in cui s'impegna a far sì che il bambino sappia che, ciò che quest'ultimo ha raccontato, è stato da lui sentito (ad esempio ripetendo le sue stesse parole).

*Fase 6: Domande generali*

Al termine della narrazione libera è possibile iniziare a porre le domande di ordine generale, nel caso in cui il minore non appaia stressato o angosciato. Se, invece, quest'ultimo dovesse sembrare turbato, è necessario valutare la possibilità di interrompere o sospendere il colloquio.

---

immagine creando distorsione.

<sup>89</sup> Il minore potrà utilizzare parole proprie e descrivendo, dall'inizio alla fine, tutto quanto è successo, facendo attenzione a non correggerlo e soprattutto senza mettere in dubbio quanto sta raccontando.

Al minore deve essere posta soltanto una domanda per volta. Il linguaggio utilizzato in ogni domanda deve essere appropriato al bambino, di rado, o forse mai, potrebbe essere appropriato un linguaggio adulto: le proposizioni devono essere semplici e non ambigue, evitando le doppie negazioni o altre costruzioni confusionarie<sup>90</sup>.

Deve anche essere evitato il ripetere le domande subito dopo che un bambino ha risposto, dal momento che ciò può essere interpretato dai minori come una critica alle risposte già date. Quando si vuole ripetere una domanda già fatta, è sicuramente meglio dire con chiarezza al bambino che è una ripetizione, così lui sarà più tranquillo nel rispondere, ad esempio dicendogli: «scusa se ti rifaccio la domanda, ma non ricordo più la risposta».

#### *Fase 7: Domande specifiche*

Se dopo le domande generali non si hanno ancora elementi sufficienti, può essere chiesto di rievocare mentalmente il contesto di un dato evento (chiedendogli «ti ricordi che tempo faceva?» oppure «ti ricordi cosa stavi facendo prima?») e di esaminarlo da prospettive diverse («se qualcuno guardava dalla finestra che cosa avrebbe visto?») <sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> Alcune domande che utilizzano la parola «perchè» possono essere interpretate dai bambini come se ci fosse l'intenzione di attribuire loro colpa e responsabilità. Tali domande dovrebbero essere evitate.

<sup>91</sup> Quando si tratta di bambini molto piccoli può accadere che abbiano difficoltà a localizzare gli eventi secondo uno schema adulto, ovvero utilizzando i giorni o le date; sarà quindi necessario utilizzare eventi particolarmente significativi

Questa fase può, inoltre, essere utilizzata per affrontare con il minore le contraddizioni emerse durante la narrazione libera (per esempio: «non ho capito bene una cosa che tu hai detto prima...»- e ripete le parole del bambino; «me la puoi spiegare meglio?»).

Le *domande a scelta vincolata* non sono raccomandabili, in quanto esse presentano al testimone poche alternative e lasciano supporre che la risposta sia necessariamente una di queste (ad esempio «ma eravate in camera da letto o in salotto?»).

Lo stesso vale per le *domande a scelta multipla*, cioè quelle che contengono molte domande insieme (ad esempio: «ricordi qualcos'altro? Tu stavi guardando la televisione o stavi giocando? E in quale stanza ti trovavi? E poi, la mamma dove era?»). È difficile memorizzare tutte le domande e nello stesso tempo crearsi le relative immagini mentali e, quindi, spesso qualche domanda viene dimenticata e tralasciata. Se si deve rivolgere una domanda di questo tipo occorre che le alternative siano di più di due («il tempo era nuvoloso, sereno o così così?») ed occorre comunque ripeterla successivamente, ponendo le alternative in ordine diverso per controllare se la prima risposta data dal bambino era in qualche modo indotta dalla forma della domanda.

#### *Fase 8: Elementi di supporto per il colloquio*

---

per la loro collocazione temporale, come Natale o i compleanni. Lo stesso sistema dovrà essere utilizzato per gli orari, prendendo come riferimento momenti quali la colazione, il pranzo, la cena, l'ora di andare a letto

Dopo la narrazione verbale, può essere utile usare delle tecniche che possono massimizzare l'apporto di informazioni fornite dal minore o che permettano ai minori reticenti di parlare delle loro esperienze servendosi di uno stile di intervista meno diretto<sup>92</sup>.

Le tecniche “complementari” sono:

#### *LE BAMBOLE ANATOMICHE*

Questa tecnica<sup>93</sup>, consiste nel dare al bambino due bambole provviste di dettagli anatomici (anatomic dolls) , maschio e femmina, chiedendogli di mostrare quello che è successo.

#### *SCENO-TEST*

Consiste nel far utilizzare al bambino un insieme di bambole raffiguranti una famiglia (bambino/a, mamma, papà, nonni, zii, animali, ecc.) ed una casa per bambolotti, in cui siano visibili le stanze e tutti gli accessori (la camera da letto, il bagno, la cucina). Il minore, giocando, deve inventare delle storie oppure deve rispondere ad eventuali domande dell'operatore, di solito postegli in modo impersonale (ad esempio «qual è la stanza che piace meno al bambino? Perché?»).

#### *IL DISEGNO*

In esso il bambino trasferisce pensieri, sentimenti, comportamenti e relazioni interpersonali in immagini concrete.

---

<sup>92</sup> Tuttavia il loro impiego e il modo di interpretarne i risultati sono tutt'ora oggetto di indagine e si preferisce non utilizzarle.

<sup>93</sup> Utilizzata soprattutto in America e in Inghilterra



In uno studio sui disegni di bambini<sup>94</sup> sessualmente confrontati con quelli di bambini non abusati, è emerso che le vittime di abuso:

- evitano di disegnare gli aspetti traumatici di quanto hanno subito ma proiettano numerosi indicatori d'ansia, presenza di conflitti familiari e concezioni di se stessi come "oggetti trasparenti";
- rivelano una rappresentazione sessualizzata del proprio sé;
- assumono, nel disegno, espressioni di tristezza e disorganizzazione affettiva.

Questi aspetti sono soprattutto desumibili dalle spiegazioni che il bambino fa di quello che ha voluto disegnare.

#### *LE FAVOLE DELLA DÜSS*

Sono brevi storie, che vengono raccontate al bambino sotto forma di gioco, e che lui deve completare.

Per esempio: "I genitori fanno una festa per il loro anniversario di matrimonio ma il bambino è triste e solo in fondo al giardino: coma mai?" e dalla risposta data dal minore si cerca di comprendere i suoi stati d'animo e le sue paure<sup>95</sup>.

#### *Fase 9: Conclusione del colloquio*

Fase questa importantissima, e da non trascurare. Qui l'intervistatore potrà non solo riassumere quanto il minore ha raccontato, ma ancora più importante è non

---

<sup>94</sup> Prima dei quattro anni

<sup>95</sup> Anche le informazioni apportate da questo metodo, però, non possono costituire una prova risolutiva dell'avvenuto abuso sessuale.

lasciare il minore in uno stato di tensione, stress o ansia. Occorre trasmettere al minore che quanto ha raccontato è stato molto importante.

Successivamente è opportuno cambiare argomento e riportare la conversazione su un piano emozionalmente "neutro" o piacevole, parlando di altri aspetti che riguardano la vita del bambino.

#### **5.4. Protocollo operativo per l'ascolto del minore**

Un protocollo operativo per l'ascolto del minore è stato ideato, in Italia, dalla Squadra Mobile della Questura di Roma, collaudato con la Procura della Repubblica di Roma, il quale consente di garantire la valorizzazione massima delle acquisizioni delle informazioni rese dal minore, riducendone al minimo lo stress<sup>96</sup>.

Il modello proposto è quello di un'audizione protetta che vede l'interconnessione dei compiti attribuiti all'investigatore con quelli attribuiti al funzionario psicologo della Polizia di Stato, utilizzando una sala appositamente attrezzata, denominata *Sala Calipari*<sup>97</sup>.

---

<sup>96</sup> Questo progetto, che inevitabilmente ingloba operativamente la figura dei funzionari psicologi della Polizia di Stato, offre il vantaggio di costituire un modello uniforme, che sperimentato quotidianamente sul campo, ha portato risultati tangibili in termini di esiti favorevoli sia per le indagini, sia per i risultati dibattimentali, assicurando la tutela, giuridica e psicologica, del minore.

<sup>97</sup> La stanza è arredata tenendo conto dei gusti dei minori, con colori vivaci e con la disponibilità di giochi e matite colorate per disegnare, al fine di accogliere il minore facendolo sentire a suo agio.

La stanza è collegata ad una sala regia attraverso un sistema di microfoni e telecamere così che l'audizione venga condotta da una sola persona, il funzionario psicologo, ma possa nel contempo essere supervisionata dall'organo inquirente, che se ritiene opportuno approfondire alcuni aspetti, può decidere di intervenire comunicando attraverso un telefono.

L'intervista viene documentata da parte dell'ufficiale di p.g. presente nella sala regia, attraverso la redazione in forma riassuntiva di un verbale di sommarie informazioni e con una relazione tecnica redatta dal funzionario psicologo.

Con questo modo di operare viene messa a disposizione delle indagini una figura professionalmente competente a raccogliere la deposizione di un soggetto dalla personalità fragile come il minore, e si coglie l'importanza di adibire una struttura ad hoc in cui svolgere l'audizione, che metta a proprio agio il minore e permetta uno svolgimento sereno dell'audizione.

### **5.5. Cosa fare se il minore non parla**

Può accadere che un minore, per motivi diversi e indipendenti dalle abilità degli operatori che abbiano provato a intervistarlo, non riesca o non sia ancora pronto a parlare di quanto accaduto.

In tal caso, la cosa migliore da fare è interrompere l'intervista senza far trapelare il proprio disappunto, ma anzi, rassicurando il minore e sgravandolo da ogni responsabilità, cercando di non compromettere il rapporto creato.

Se l'età del minore lo consente ci si può anche accordare direttamente con lui circa la possibilità di un secondo incontro.

È importante non obbligare il minore a parlare, ma rispettare il suo silenzio, e soprattutto non minacciare il minore di ritorsioni che porterebbero come unico risultato quello di sentirsi dire che non ricorda e di incombere in un ulteriore chiusura del minore.

Meglio avere “la certezza che il minore ha qualcosa da dire ma non è ancora pronto a rivelarla, piuttosto che obbligarlo a parlare in quel momento”.

## **6. La valutazione della testimonianza e gli errori degli esperti**

I processi che sorgono dalle denunce di abuso sessuale a danno di un minore sono, nella loro quasi totalità, di carattere indiziario, poiché raramente si individuano prove dirette d’abuso.

Le maggiori fonti di errori nella valutazione di abuso sessuale da parte degli esperti vengono individuati principalmente negli errori cognitivi, negli errori connessi alla professionalità dell’esperto e negli errori procedurali.

Gli specialisti possono sbagliare innanzitutto per deformazione professionale, in quanto la specializzazione su un particolare argomento influenza la propria percezione. Fenomeno definito da *Tversky e Kahneman* (1974) con il nome "*euristica della disponibilità*" e consiste nella tendenza umana ad utilizzare le informazioni e le esperienze che più sono rimaste vive nella memoria: il significato dell’euristica è che ciascuno di noi, in base alla propria cultura e condizione, percepisce ciò che è disposto a vedere. Tale pratica non è di per sé erranea, ma in determinati casi può portare a risultati totalmente erronei, ciò succede ad esempio nel caso degli abusi sessuali, dove le preconcezioni

possono influenzare in maniera dannosa l'interpretazione dei dati raccolti e avere conseguenze disastrose per coloro che sono coinvolti.

Un altro errore commesso dagli esperti è quello della perseveranza nella credenza: una determinata teoria viene protetta e difesa da tutti quei dati dell'esperienza da essa discordanti. La tendenza è quella di non mettere in discussione la teoria se non in situazione di crisi, in cui essa si mostra incapace di spiegare e risolvere i problemi.

Uno degli errori più gravi, sempre per le conseguenze dannose che produce, è l'atteggiamento verificazionista (*Nickerson, 1998*): partendo da un'ipotesi, si cercano elementi che la confermino, che la verifichino trascurando ciò che potrebbe disconfermarla, falsificarla.

Un'altra fonte di errore degli specialisti è la sopravvalutazione del significato simbolico, la tendenza a dare un'interpretazione di tipo clinico alla realtà fenomenica, cioè ad interpretare simbolicamente elementi reali. E' il caso della valutazione da parte di alcuni psicologi dei disegni di bambini sospettati di essere abusati<sup>98</sup>.

Accade quindi spesso che si interpretino simbolicamente fatti senza che vi siano elementi che giustifichino tale interpretazione, la gravità sta nel fatto che

---

<sup>98</sup> Ad esempio nel caso del disegno di una casa con il tetto a punta, quest'ultimo viene interpretato come un simbolo fallico, nel caso concreto la bambina aveva semplicemente copiato quanto vedeva su un poster, un palazzo settecentesco con delle guglie.

ciò accade in un contesto in cui i giudici credono ai loro consulenti, e in base anche alle loro valutazioni decidono di condannare un individuo.

Uno dei possibili errori procedurali compiuti dagli specialisti, in particolare dagli psicologi o psicoterapeuti, è la confusione tra il compito terapeutico e il compito processuale, nei casi in cui siano chiamati a testimoniare in un processo che veda un loro paziente coinvolto come vittima. Da un lato lo psicologo è abituato a trattare con il proprio paziente in modo empatico, egli considera come vera qualsiasi cosa che il paziente affermi, in quanto si tratta di contenuto psichico della mente del paziente, dall'altro in ambito processuale è indispensabile trovare dei riscontri fattuali a quanto viene affermato, lo psicologo assume un ruolo diverso, egli deve controllare le affermazioni su fatti che il paziente riporta, deve verificare l'accuratezza dei racconti attraverso fonti multiple ed indipendenti. Per questo motivo l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1988) nelle linee guida elaborate per la valutazione clinica dell'abuso sessuale afferma che "colui che compie la valutazione e il terapeuta devono essere persone differenti: questo chiarifica i ruoli, e preserva la confidenzialità del rapporto terapeutico"<sup>99</sup>.

### **6.1. Le domande suggestive e la suggestionabilità**

---

<sup>99</sup> Questo principio è reso esplicito nell'art. 16 delle Linee Guida Deontologiche per lo psicologo forense e nell'art. 10 della Carta di Noto.

Un errore procedurale che merita particolare attenzione è rappresentato dalle domande suggestive.

Con il termine "*intervista suggestiva*" si intende un'intervista che contenga domande inducenti o guidate, ma anche altri fattori quali l'induzione dello stereotipo, i suggerimenti d'aiuto, le pressioni (come la ripetizione della stessa domanda nella stessa intervista), i ricatti più o meno consapevoli, e i rinforzi positivi o negativi<sup>100</sup>.

Le domande possono risultare inducenti se vengono formulate in modo da dare per scontati contenuti non accertati e/o informazioni che dovrebbero essere invece direttamente fornite dal soggetto esaminato.

Esistono inoltre i cosiddetti "attivatori sintattici di presupposizione", espressioni grammaticali in grado, da sole, di implicare uno stato di cose in base al quale dare un senso alla frase (ad esempio l'utilizzo di alcuni verbi come riuscire, implica che un tentativo c'è comunque stato, o di avverbi come perfino, ancora).

In merito alle domande suggestive il legislatore italiano ha previsto nell'art. 499 c.p.p., secondo e terzo comma, nel dettare le regole per l'esame

---

<sup>100</sup> Il rinforzo positivo in un'intervista consiste nel dare o promettere un plauso, un'approvazione, nel dichiararsi d'accordo, o nel dare un qualsiasi altro tipo di ricompensa al bambino, o ancora nel dichiarare che il bambino, a seguito della risposta data, è bravo, intelligente o possiede una qualche abilità positiva. Il rinforzo negativo invece consiste nel criticare un'affermazione del bambino, o nel mostrarsi in disaccordo con essa, dichiarando che quanto detto dal bambino è incompleto, inadeguato

testimoniale, il divieto di domande che possono nuocere alla sincerità delle risposte e delle domande che tendono a suggerire le risposte.

Nei bambini molto più che negli adulti i dettagli suggestivi a vario livello richiesti, suggeriti o imposti, se accettati ed integrati nel proprio racconto, finiscono per trasformarsi in vere e proprie scene mnemoniche, al pari di un episodio realmente accaduto ed appartenente al passato.

Così la domanda diventa specchio per la risposta.

Modi di dire tipici di un intercalare riconducibile ad un comportamento genitoriale come: “stai attento! Ascolta bene quello che ti chiedo! Negli occhi! Puoi giocare se rispondi alla domanda” ecc.

Espressioni di assenso o dissenso altamente suggestive come per esempio: “sei bravissimo!, Non dire bugie! Sei un ragazzo in gamba!”. Espressioni dubitative:” Ma cosa dici? Non mi dire?”. Esclamazioni di sorpresa: “Oh ,veramente!”.

Si verifica un meccanismo per il quale il bambino asseconda l'intervistatore e racconta quello che lo stesso si attende.

In sintesi, l'adulto crede di chiedere per sapere mentre in realtà trasmette al bambino una informazione su ciò che ritiene sia successo.

Accanto ai fattori cognitivi (informazioni contenute nelle domande, attivatori sintattici di presupposizioni, domande ripetute,..) ed emotivi che possono influenzare la testimonianza dei minori, si deve tener conto anche delle circostanze che hanno caratterizzato il contesto di vita del bambino.



E' importante che i fattori cognitivi e sociali siano interpretati anche nelle loro interrelazioni. La suggestionabilità non si limita più alla considerazione dei tratti personologici, ma viene vista come un fenomeno contesto-dipendente<sup>101</sup>.

In conclusione la suggestionabilità individuale insieme alle influenze suggestive presenti nell'ambiente del bambino e nel contesto dell'intervista sono la principale causa delle false dichiarazioni.

### **Conclusioni**

Quando ci si trova per la prima volta a confrontarsi con il tema dell'ascolto del minore informato sui fatti, ci si aspetta di trovarsi di fronte numerosi interventi normativi volti a creare una rete protettiva attorno ad una fonte dichiarativa così fragile quale si è rivelata essere il minorene.

Come si evince dal quadro tracciato nel corso di questo lavoro, in realtà così non è.

Nel corso di questa trattazione vi è l'analisi delle direttive derivanti dalla legislazione nazionale e sovranazionale, per arrivare a concludere che manca, ancora oggi, una disciplina completa e specifica della fonte dichiarativa di

---

<sup>101</sup> Si considerare le "dinamiche parentali" per accuse di abuso sessuale all'interno del nucleo familiare in contesti di separazione coniugale, casi in cui la dichiarazione del bambino può essere influenzata strumentalmente da uno dei genitori contro l'altro (Sindrome di alienazione parentale - PAS) fino ad arrivare, nei casi più gravi, a formulare nei suoi confronti false accuse di abuso sessuale.

minore età nell'ambito di quel delicatissimo momento qual è quello delle indagini preliminari.

Tali direttive sono riuscite col tempo a predisporre un sistema nel quale il giudice dibattimentale e quello dell'incidente probatorio potevano avvalersi di esperti, spostare la sede fisica dell'esame in un luogo confacente alle esigenze del minore, coinvolgere un familiare, fissare orari di espletamento adatti a non alterare troppo i normali ritmi di vita del minore, adottare modalità tecniche di svolgimento adeguate all'età e all'esigenza del suo equilibrio.

Di contro, in corso di indagine, i soggetti legittimati a raccogliere informazioni dai minori risultavano in sostanza privi di vincoli ed erano chiamati ad utilizzare per i minorenni gli stessi schemi operativi previsti per gli adulti.

Tale quadro, oggi, è stato solo in parte modificato dalla legge 172/2012. La novella si è limitata, infatti, a prevedere l'assistenza di un esperto in psicologia o psichiatria infantile per l'autorità che proceda alla raccolta delle dichiarazioni del minorenne. Una previsione di grande importanza ma, tuttavia, non sufficiente.

Restano fuori tutte le altre garanzie di cui gode il minore nel corso dell'esame dibattimentale o durante l'incidente probatorio: la possibilità di effettuare l'esame in un luogo più adatto alle esigenze del minore, la possibilità che un familiare assista all'esame, di fissare orari adatti a non alterare troppo i normali ritmi di vita del minore, di adottare modalità tecniche di svolgimento adeguate all'età e all'esigenza del suo equilibrio, di videoregistrare il colloquio in modo da renderlo fruibile in caso di verifica sull'attendibilità, sono tutte previsioni

che non riguardano, tuttora, l'assunzione di informazioni in sede di indagine preliminare.

A ciò va aggiunto che tutta questa rete protettiva è prevista solo per un ristretto catalogo di reati circoscritto alla sfera sessuale, mentre nulla è disposto relativamente alle dichiarazioni di un minore che abbia assistito ad uno dei tanti altri reati previsti dal nostro codice penale.

Spesso ci si domanda se si può fare affidamento sulle ricostruzioni poste in essere attraverso le testimonianze rese da minori e da fonti indiziarie, come spesso accade nei nostri processi.

La memoria umana, e ancor più in quella dei bambini, non fotografa mai quanto realmente succede e raramente accade il contrario, il più delle volte è traviata da innumerevoli condizionamenti. Inoltre si può mentire, essere influenzati da pregiudizi: in pratica esistono nella realtà un complesso di circostanze che possono a loro volta condurre ad una verità processuale totalmente disgiunta dalla verità storica.

In questo lavoro, seguendo un'impostazione interdisciplinare, si è cercato di mostrare le numerose difficoltà cui si va incontro nella valutazione dei casi di abuso sessuale, abbiamo in particolare cercato di dare una risposta alla questione se le perizie e consulenze tecniche psicologiche effettuate dagli esperti sul minore siano sufficienti e valide a sostenere un giudizio di colpevolezza "al di là di ogni ragionevole dubbio".

Si è visto come siano state elaborate efficaci tecniche di conduzione dell'audizione adatte a ridurre al minimo il rischio di vittimizzazione

secondaria e di creazione di falsi ricordi. Il problema è che queste tecniche non sono previste come vincolanti e nessuna norma disciplina in concreto quali linee debba seguire l'organo inquirente nel corso dell'audizione.

Ancora più allarmante è, inoltre, che non siano previsti soggetti appositamente formati allo scopo di condurre un'intervista con un soggetto di minore età.

Sarebbe opportuno, invece, favorire la specializzazione in materia ed affidare il compito di ascoltare il minore a soggetti adeguatamente preparati a svolgere l'audizione in un *setting* adeguato all'età e alle esigenze del minore.

Da quanto emerso è possibile asserire che i ricordi, in particolare di eventi traumatici, subiscono l'influenza di fattori cognitivi, emotivo-affettivi e relazionali. Il professionista del settore non può prescindere dalla considerazione che la testimonianza in sede giudiziaria non è esente da questi fattori di distorsione. Uno dei rischi più frequenti e deleteri per la qualità dei ricordi forniti dai bambini è che nel corso di una procedura giudiziaria i minori siano soggetti a varie testimonianze rese a persone diverse; il contatto con il contesto penale e soprattutto la richiesta ripetuta di riportare l'esperienza traumatica, oltre ad essere di per se potenzialmente stressanti, rischiano di indurre distorsioni nel racconto.

A questo si aggiungono le caratteristiche dell'intervistato (età, suggestionabilità ed altre caratteristiche personologiche e/o psicopatologiche) e della modalità di intervista, che se caratterizzata da domande suggestive e fuorvianti può portare non solo alla distorsione del ricordo originario, ma perfino alla produzione di falsi ricordi, come argomentato nell'elaborato.

Infine, va tenuto conto che partecipare ad un processo giudiziario può comportare un aumento del rischio di stigmatizzazione e vergogna per i bambini. Spesso, nell'ambito di procedimenti penali relativi a reati come l'abuso sessuale, accade che il bambino non venga creduto; tale situazione può comportare, oltre a vergogna e imbarazzo, anche una resistenza a partecipare al procedimento stesso. Pertanto, è possibile assistere a ritrattazioni nelle fasi successive del processo penale.

Senonchè, nell'ambito giudiziario è opportuno tenere conto dell'ampia e complessa mole di fattori che possono portare alla distorsione del ricordo e della testimonianza.

Oggigiorno la collettività sta prendendo coscienza dei molti abusi fisici e psicologici che vengono compiuti a danno dell'infanzia, ma tutto ciò, insieme anche all'attività di stampa e televisione, crea un "clima emotivo" che rischia di rendere del tutto sterile questa presa di coscienza del problema. Vi è il forte rischio che l'emozione e l'indignazione restino "epidermiche" se si fermano ad osservare il fenomeno dal punto di vista esteriore. Questo potrebbe portare, alla fine, a considerare la violenza sui minori come una delle tante notizie che appaiono sui nostri giornali e, quando anche la nostra indignazione morale sarà satura, allora nessuno più si scandalizzerà di sentire che un minore è stato abusato da un genitore.

È dunque necessario un approfondimento culturale ed un impegno di indagine riguardo a tale problema: dovrebbero essere attivati, nelle varie parti d'Italia, degli osservatori sull'infanzia in collegamento tra loro, i quali dovrebbero

cercare di realizzare un'attività di prevenzione, creando anche adeguate strutture territoriali che si occupino del problema dal punto di vista pratico.

Costruire una simile nuova cultura dell'infanzia non può essere un compito esclusivo degli specialisti delle varie discipline che si occupano del minore e delle sue esigenze; è necessaria anche la partecipazione della collettività nel suo complesso.

### ***BIBLIOGRAFIA***

- APRILE E. (2011), L'acquisizione e la valutazione della testimonianza del minore nel processo penale: un ennesimo "banco di prova" nel dialogo tra il giurista e l'esperto di scienze ausiliarie, in Riv. it. med. leg., pg. 1597
- BULL R. (2000), Una corretta modalità d'intervista con minori testimoni nel processo penale, in MAZZONI G., La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori, Milano, pag. 120.
- CAMALDO L. (2000), La testimonianza dei minori nel processo penale: nuove modalità di assunzione e criteri giurisprudenziali di valutazione, in Ind. pen., pg. 174
- CARACENI L. (2008), Assunzione di dichiarazione dalla fonte di prova minorenni e attività investigativa della pubblica accusa, in CESARI C. (a cura di), Il minorenni fonte di prova nel processo penale, Milano, p. 62.

- COPPETTA M. G. (2008), Il contributo dichiarativo del minore nell'incidente probatorio, in C. CESARI (a cura di), Il minorente fonte di prova nel processo penale, Milano, p. 124.
- DE CATALDO NEUBURGER L. (1988), Psicologia della testimonianza e prova testimoniale, Milano, p. 312.
- DE CATALDO NEUBURGER L. (1997), L'esame del minore, in DE CATALDO NEUBURGER L., Abuso sessuale di minore e processo penale: ruoli e responsabilità, Padova, p. 139.
- DE CATALDO NEUBURGER L. (2005), La testimonianza del minore, Padova, p. 16 ss.
- DE CATALDO NEUBURGER L. (2005), La testimonianza del minore. Tra "scienza del culto del cargo" e fictio juris, Padova, pp. 159-162.
- DE CATALDO NEUBURGER L. (2007), La prova scientifica nel processo penale, Padova, p. 520
- DE LEO G., PETRUCCELLI I. (1999), "L'abuso sessuale infantile e la pedofilia. L'intervento sulla vittima", Milano, p. 39.
- DE YOUNG H. G. (1996), Among us, in Industry Week, 17 giugno 1996, pp. 13-16.
- DE YOUNG M. (1986), A conceptual model for judging the truthfulness of a young child's allegation of sexual abuse, in American Journal of Orthopsychiatry, pp. 550-559.

- FARINONI P., SCABINI E. (1991), La violenza sui bambini, Milano, pp. 159-167.
- FORNARI U. (2013), Trattato di psichiatria forense, Milano, pp. 307-325, 708.
- GIOSTRA G. (2005), La testimonianza del minore: tutela del dichiarante e tutela della verità, in Riv. it. dir. proc. pen., p, 1019.
- GULOTTA G., (1986) Psicologia della testimonianza e prova testimoniale, Milano.
- GULOTTA G., DE CATALDO NEUBURGER L., PINO S., MAGRI P. (1996), Il bambino come prova negli abusi sessuali, in CABRAS C. (a cura di), Psicologia della prova, Milano, p.185.
- GULOTTA G. (1996), Metodologia giudiziaria: accusare, difendere, giudicare, in CABRAS C., Psicologia della prova, Milano, pp. 1-18.
- GULOTTA G. (1997), Le fonti di errore nelle valutazioni di abuso sessuale, in DE CATALDO NEUBURGER L., Abuso sessuale di minore e processo penale: ruoli e responsabilità, Padova, pag. 173.
- GULOTTA G., CUTICA I. (2004), Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e alla sua critica, Milano, pg. 84-87.
- INVERNIZZI N., SIMONCINI G. A. (2012), Metodi di intervista standardizzati, in INVERNIZZI N. (a cura di), L'ascolto e la tutela dei minori in fase di indagine preliminare, Milano, p. 31.



- MAFFEI S. (2003), Il diritto al confronto con l'accusatore, Piacenza, pg. 186
- MALACREA M. (1990), Dalla rilevazione all'accertamento, Milano, pp. 93- 100.
- MEMON A. (2000), Un'introduzione all'intervista cognitiva come procedura per interrogare i bambini, in MAZZONI G., La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori: la memoria, l'intervista e la validità della deposizione, Milano, p. 135.
- MUSATTI C. (1986), Elementi di psicologia della testimonianza, Padova, pg. 1931
- NICKERSON R.S. (1998), Confirmation Bias: a ubiquitous phenomenon in many guises, in Review of General Psychology, vol. 2, no. 2, pp. 175-220.
- PRESUTTI A. (2005), La tutela dei testimoni deboli: minore e infermo di mente, in AA.VV., Verso uno statuto del testimone nel processo penale, Milano, p. 142.
- RIZZI V., MONALDI F. (2012), L'ascolto del minore nella fase delle indagini preliminari, in CAVALLO M. (a cura di), Le mille facce dell'ascolto del minore, Roma, p. 238.
- ROTRIQUENZ E. (2000), La realtà dell'abuso: elementi descrittivi, in MAZZONI G., La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori, Milano, p. 66.

- SALVATORE B., VICARI A. (2012), Il minore nell'intervista protetta, in INVERNIZZI N. (a cura di), L'ascolto e la tutela del minore in fase di indagine preliminare, Milano, p. 62.
- SIRACUSANO F. (2008), Indagini difensive e persona informata di minore età, in C. CESARI (a cura di), Il minore fonte di prova nel processo penale, Milano, p. 87.
- STELLA F. (2001), Giustizia e Modernità. La protezione dell'innocente e la tutela delle vittime, Milano, p. 345.
- TONINI P. (1999), Manuale di procedura penale, Milano, pp. 292-295.
- TRIPICCIONE D. (2012), L'ascolto del minore nel processo penale, in CAVALLO M. (a cura di), Le mille facce dell'ascolto del minore, Roma, p. 278.
- TVERSKY A. E., KAHNEMAN D. (1974), Judgement under uncertainty: heuristics and biases, in Science, n. 185, pp. 1124-1131.
- VASSALLI A. (1990), Abuso sessuale sui bambini: definizione, caratteristiche e conseguenze, Milano, p. 14.
- YUILLE J. C. (1992), The Step-Wise Interview: a protocol for interviewing children.

## **Norme di Pubblicazione per gli Autori**

Chi vuole pubblicare lavori originali sulla “Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense”, di cui l’acceptazione avverrà previo esame di un Comitato Redazionale che può accettarli, rifiutarli o accettarli con riserva, deve inviarli all’indirizzo di posta elettronica [calderaromonica6@gmail.com](mailto:calderaromonica6@gmail.com), rispettando le seguenti indicazioni:

1. - il titolo completo del lavoro
2. - suo riassunto in italiano e “abstract” in inglese, contenenti le ragioni dello studio compiuto, le principali osservazioni, e le conclusioni dell’Autore;
3. - parole chiave in italiano e “key words” in inglese
4. - nome e cognome dell’Autore (o Autori) in prima pagina in alto con richiamo a piè di pagina con i suoi titoli e le qualifiche più rilevanti: qualora si tratti di un lavoro di ricerca effettuato presso un istituto universitario o un reparto ospedaliero o altro ente, indicarne la denominazione esatta, con la firma di autorizzazione alla stampa del direttore, completo di numero di telefono e CAP;
5. - la bibliografia: le opere elencate vanno numerate progressivamente secondo l’ordine alfabetico. Di ognuna va indicato il cognome dell’autore e le iniziali del nome, il titolo del libro dell’edizione originale con in parentesi: città e casa editrice. Nel testo la bibliografia va richiamata con il numero corrispondente posto fra parentesi; il nome dell’autore citato va scritto in neretto, seguito dall’anno di pubblicazione (es.: Granone, 1989); se le pubblicazioni citate per uno stesso autore sono più di una, aggiungere la lettera alfabetica che la contraddistingue.

Si accettano anche volentieri, [notiziari](#), [notizie utili](#), [interviste originali](#), [recensioni](#), [condensazioni](#) o [traduzioni](#) di articoli o riviste straniere di ipnosi, informazioni su [convegni](#) e [congressi](#).

Con l’atto dell’invio dei lavori originali, gli Autori si impegnano a non pubblicare lo stesso lavoro in altra rivista, libro o in internet e cedono tutti i diritti alla Direzione della Rivista. Per informazioni in proposito rivolgersi alla Direzione responsabile [vincenzo.mastronardi@uniroma1.it](mailto:vincenzo.mastronardi@uniroma1.it) .

Finito di stampare il  
28 novembre 2016  
presso  
Lineart Studio  
Via Ottavilla, 10 – 00152 Roma

## SOMMARIO

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anselmi Nino, Ghini Francesca , Pescina Danila</li> <li>- <b>LA CHIUSURA DEGLI OPG E LE REMS: UN CONTRIBUTO CRITICO</b></li> </ul>	<b>Pag. 7</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marchetti Elena, Mastronardi Vincenzo, Anselmi Nino</li> <li>- <b>L'INTERPRETAZIONE DEL COMPORTAMENTO CRIMINALE NELL'OTTICA DELLA PSICOLOGIA DINAMICA.</b></li> </ul>	<b>Pag. 19</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Giorgi Fabiana, Pescina Danila</li> <li>- <b>EUTANASIA: CRIMINE O LIBERO ARBITRIO?</b></li> </ul>	<b>Pag. 73</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marra Luisa</li> <li>- <b>LA TESTIMONIANZA DEL MINORE: QUANDO UNA VERITÀ PROCESSUALE CORRISPONDE AD UNA VERITÀ STORICA?</b></li> </ul>	<b>Pag. 129</b>

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

