

Criminale ma non imputabile: la capacità di intendere e di volere

ILARIA CAVALLONE

Hanno scelto di compiere il male perché ne hanno subito il fascino i serial killer, né pazzi né mostri, più semplicemente uomini con gravi disturbi della personalità, fatti di un legno particolarmente storto e saturo di violenza, ma al tempo stesso ricco di una materia non diversa da quella umana.

Una tesi difficile da accettare e, comunque, sostenuta dal criminologo Gianluigi Ponti e dallo psichiatra Ugo Fornari i quali, nella loro veste di periti incaricati di analizzare le personalità di Marco Bergamo, Giancarlo Giudice e Luigi Chiatti – tre casi eclatanti di assassini seriali in Italia – per appurarne le capacità di intendere e di volere, sono giunti alla conclusione che il loro comportamento violento, pur rappresentando un modo distruttivo, crudele e sadico di agire, fosse in fondo una forma di risposta possibile ai problemi dell'esistenza umana.

Prevale nei serial killer, infatti, quella stessa parte “cattiva e negativa” che esiste in ogni persona, e che drammaticamente la unisce a noi nel momento in cui li vogliamo allontanare etichettandoli come “mostri”, “malati”, “diversi”.

In ciò sta l'aspetto “mostruoso” e al tempo stesso “umano” delle loro vicende perché, anche in persone che possiamo certamente catalogare come sadici, uomini dai sentimenti gelati, spietati carnefici, rimarrà sempre un piccolo barlume di umanità.

Esiste tuttavia in questi individui un insieme di fattori che, se raggiunge la soglia critica, può innescare il comportamento omicidiario seriale, e renderli diversi da noi. Ora, perché mai la nostra immaginazione rimane così colpita e si fa travolgere da queste terribili figure, orchi del nuovo millennio?

La risposta più semplice sta nel fatto che, oltre a farci paura, il serial killer è la personificazione di quanto ancora d'irrazionale, ferino e primordiale esiste nella nostra vita apparentemente logica e ordinata; è il

mostro che aspetta in agguato, che si nasconde nelle nostre menti e penetra nelle nostre strade; è la dimensione misteriosa che si proietta dentro di noi stessi, facendoci conoscere una civiltà malvagia e violenta.

Ma è davvero pazzia quella che spinge gli assassini seriali a compiere gesti così terrificanti, macchiandosi del più turpe dei reati?

Cosa ci divide dai veri criminali, sempre in bilico tra normalità e follia?

Spesso è solo una breve distanza a separarci da queste creature così efferate, viste non come semplici delinquenti, ma come la fetta malata del cuore umano.

Infatti, chiunque tenti di affacciarsi sugli abissi della nostra mente per conoscere il male oscuro che s'impadronisce dei più deboli e li trasforma in assassini, chi sta dall'altra parte della barricata e si mette alla stregua del loro universo segreto per capirne le intenzioni, riesce sempre a mantenere la sua integrità morale, oppure cade anch'esso nel baratro della follia?

Come diceva il filosofo tedesco Nietzsche, "qualunque persona che combatte con i mostri deve fare attenzione a non diventare a sua volta un mostro: perché, se guarderai a lungo nell'abisso, alla fine anche l'abisso guarderà in te".

Eppure restiamo affascinati dal volto anonimo di implacabili killer, assassini sicuramente preda di deviazioni mentali evidenti, ma molto spesso lucidi e metodici nella loro perversione.

Cosa scatta dunque in loro? Un impulso, un forte impulso.

Da dove trae origine un simile raptus? È genetico, ormonale, biologico o dovuto ad un condizionamento culturale?

Forse, è un po' di tutto questo quando l'assassino, non avendo alcun tipo di controllo sui propri desideri, diviene inevitabilmente schiavo dei suoi appetiti bestiali.

Devono essere "pazzi", allora.

Quale persona sana massacrerebbe un altro essere umano per il solo piacere di farlo? Ed invece, la cosa più raggelante dei serial killer è che sono razionali e calcolatori. D'altronde, una mente può essere malvagia anche senza essere anormale.

Si pensa, infatti, di poter facilmente individuare la pazzia, e che un maniaco con l'irrefrenabile desiderio di uccidere sia incapace a controllarsi.

Sull'autobus, per strada, è il malato di mente che evitiamo, passando lontano dal barbone scarmigliato che farnetica qualche offesa personale.

Ma, se non vogliamo incrociare il cammino di un serial killer, il modo migliore è quello di stare alla larga dall'individuo affascinante, ben educato e vestito in maniera impeccabile.

Lui si mescola agli altri mimetizzandosi nell'anonimato, sa come seguire le proprie vittime e ottenere la loro fiducia; non parla col cuore in mano, ma si cela dietro una ben costruita facciata di normalità.

Poi, improvvisamente, quando È catturato assume una "maschera di follia" e, come un attore dalla naturale tendenza alla recitazione, finge di avere una personalità multipla, di essere schizofrenico o soggetto ad amnesie.

Qualsiasi cosa, pur di evitare la responsabilità dell'azione delittuosa e svelare la sua vera natura.

Possono, dunque, persone che compiono crimini così atroci essere considerate "normali"? Quanto ha di sano a livello mentale un uomo che, pur di materializzare la propria sensazione d'onnipotenza, si fa vampiro succhiando il sangue altrui e appaga i suoi fantasmi con la morte?

A questi interrogativi, sono spesso chiamati a rispondere i periti psichiatrici che rivestono un forte impatto processuale nel momento in cui devono discriminare chi è folle da chi non lo è, o chi simula di esserlo soltanto per non pagare il dazio.

Da qui, l'esigenza di distinguere gli assassini seriali in due grandi categorie: quella del pluriomicida sano di mente, etichettato come "psicopatico" o "sociopatico", in altre parole del soggetto che soffre di uno o più disturbi della personalità ma che, fondamentalmente, è consapevole delle proprie azioni e si rende conto del confine tra realtà e fantasia.

E quella del serial killer incapace di intendere e di volere che, nel sentire comune viene definito "pazzo" o "malato" in quanto non responsabile del suo agire, e che mostra un quadro patologico abbastanza grave, nel quale la diagnosi più frequente è la schizofrenia di tipo paranoide caratterizzata dalla compromissione del senso di realtà che va a confondersi al delirio, e dalla presenza di allucinazioni visive e uditive.

A questo punto, è inevitabile porsi una serie di domande.

"Bad or mad", "malvagi o malati"? "Sani, matti o delinquenti"?

Il serial killer è un folle, oppure un individuo che deliberatamente accetta la seduzione del male, percorre gli abissi della crudeltà, vuole infliggere sofferenze, torturare a morte, fare scempio dei corpi di vittime innocenti?

E ancora, gli assassini seriali colpiscono perché esseri umani liberi, dunque mossi da una consapevole cattiveria, o perché disturbati da una malattia della mente da curare in manicomio?

Sono mostri da abbattere, o persone come tante altre che hanno agito invece di immaginare?

Cosa ha provocato in loro il superamento del confine tra realtà e fantasia? Com'è possibile che comportamenti così estremi siano il frutto di un soggetto capace?

Non è necessariamente folle chi commette simili atrocità?

Ora, per capire se e quando dubitare della responsabilità del serial killer è necessario, oltre che analizzarne a fondo la personalità, vedere soprattutto come si muove la giustizia penale nei loro riguardi, al fine di comprendere quale collegamento esista fra gli orrori commessi e la follia che sembrerebbe esprimersi da una condotta tanto perversa e distruttiva.

Fondamentale risulta quindi esaminare le caratteristiche psichiche di chi si è macchiato dell'evento delittuoso, perché non si può pensare di applicare una pena senza prima conoscere le modalità di funzionamento del pensiero del reo.

Premesso che il disturbo psichico non comporta una maggiore inclinazione a commettere delitti, ci si deve occupare necessariamente del problema della responsabilità da attribuire al malato di mente che commette un reato.

La questione è stata affrontata, in base al moderno codice, dal metodo psicopatologico normativo che consiste nell'accertare, prima, la presenza di un'infermità psichica e valutare, poi, l'incidenza sulla capacità di intendere e di volere al momento del crimine perpetrato.

In base al principio cardine della nostra cultura giuridica, infatti, e ai fini della valutazione della responsabilità, chiunque non sia sano di mente – ignorando l'imperativo divieto della legge – non può esser chiamato a rendere conto alla giustizia della sua condotta, ma deve semmai essere isolato e curato.

Per non imbattersi negli stessi errori che ancora secondo *Cesare Lombroso* si commettevano a fine '800 – quando per eccessiva precauzione alcuni giudici “non volevano trovare pazzo nessun criminale anche alienato”, mentre altri “abbondavano in senso contrario così da convertire in manicomi criminali tutte le prigioni” – il punto di partenza circa il tormentato rapporto tra follia e colpevolezza degli autori di reato va sicuramente individuato nel concetto di *imputabilità*.

Proprio sulla base di tale principio, il serial killer si vedrà rinchiuso dietro le sbarre di un carcere o tra le mura di un ospedale psichiatrico giudiziario, avrà condanne all'ergastolo oppure potrà uscire dopo alcuni anni ed essere sottoposto a trattamento medico.

Quando il tema della follia fa dunque il suo ingresso nelle aule di un tribunale, è all'espressione *imputabilità* che occorre far riferimento in quanto essa, fornendo il criterio minimo dell'attitudine ad auto-determinarsi, costituisce la prima condizione per poter muovere un rimprovero all'agente colpevole di aver compiuto un fatto tipico ed antiggiuridico, ossia punibile dalla legge e contrario alle norme vigenti.

La definizione normativa d'imputabilità è indicata dall'*art. 85* del codice penale che recita così: “nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato se, nel momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere”. (“*Nulla poena sine culpa*”).

Ora, cosa indicano esattamente questi due presupposti dell'imputabilità, gli unici atti a stabilire la responsabilità giuridica di un soggetto?

La *capacità di intendere* può essere definita come l'attitudine dell'uomo ad orientarsi nel mondo esterno in un quadro di esatta e non distorta percezione della realtà, ossia secondo parametri di normalità, e quindi come l'idoneità psichica del soggetto a comprendere a pieno le proprie azioni, a conoscere ciò che lo circonda, a rendersi conto, interpretare e dare un significato agli accadimenti o agli stessi atti che compie, rivestendoli così di valore sociale.

Si tratta, in sostanza, del possesso delle facoltà cognitive, di comprensione e di previsione presenti in ciascuno di noi; tale capacità manca in tutte le ipotesi-limite di sviluppo intellettuale così ritardato e deficitario da precludere al soggetto il potere di orientarsi nel rapporto col mondo esterno.

La *capacità di volere* consiste, invece, nel potere di esercitare il controllo sui normali impulsi ad agire, e di auto-determinarsi in modo autonomo secondo il motivo che appare più ragionevole o preferibile in base ad una concezione di valore.

Essendo la determinazione libera e volontaria del proprio comportamento, essa prevede la possibilità di optare per la condotta che appare più razionale, di resistere agli stimoli degli avvenimenti esterni e di volere ciò che l'intelletto in maniera autonoma ha reputato giusto doversi fare, e di comportarsi coerentemente con tale scelta.

Vi sono, infatti, persone che, pur sapendo distinguere il bene dal male, non sono però in grado di agire in conformità al proprio giudizio.

Sono queste le ipotesi in cui manca la capacità di volere.

L'attività conoscitiva e quella volitiva sono saldamente fuse tra loro e si generano l'un l'altra in uno sviluppo reciproco, influenzandosi a vicenda.

E proprio gli strettissimi rapporti tra le due attitudini spingono il legislatore a richiedere – affinché un soggetto sia imputabile – il concorso di entrambe le capacità al momento della commissione del fatto: la mancanza anche di una sola di esse priva il soggetto della capacità naturalistica, e fa venir meno la stessa nozione di imputabilità.

Nonostante il comportamento umano sia in larga misura condizionato dai sentimenti e dagli affetti – ai fini dell'imputabilità – il codice penale prende in esame solo due delle tre facoltà psichiche presenti nell'uomo, ossia l'intelligenza e la volontà, lasciando da parte il sentimento.

Proprio la voluta limitazione della nozione di imputabilità ai soli momenti volitivo e intellettuale – oltre che la natura squisitamente patologica delle cause idonee ad escluderla – sembra spiegare il motivo per cui il legislatore non dia rilevanza ad eventuali vizi che interessano il terzo centro della psiche, individuato appunto nel *sentimento*.

A confermare tale disposizione, l'*art. 90 c.p.* per il quale “gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità”.

Il contenuto sostanziale dell'imputabilità va pertanto ravvisato nella maturità psichica e nella sanità mentale; tutto ciò fa supporre che nel nostro ordinamento legislativo siano contemplate norme che prevedono cause di esclusione o diminuzione dell'imputabilità.

Tali circostanze, disciplinate negli *art. da 88 a 96 c.p.*, possono sca-

turire da alterazioni psicologiche dovute ad uno stato d'infermità di mente, da condizioni di natura tossica con l'abuso di alcool (ubriachezza) e di sostanze stupefacenti, oppure di immaturità fisiologiche riguardanti la minore età e le anomalie congenite (sordomutismo).

Per i soggetti anormali dal punto di vista medico-psichiatrico è dunque possibile elidere o diminuire l'imputabilità, soprattutto quando entrano in gioco gravi alterazioni di natura patologica che rendono il reo completamente folle.

A regolare gli elementi che comportano una degenerazione totale o parziale della sfera intellettuale e volitiva sono gli *art. 88 e 89 c.p.*

ART 88

Parliamo di *vizio totale di mente* quando diciamo che "non è imputabile chi nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere".

Non basta tuttavia accertare la presenza di una malattia mentale per dedurre automaticamente la non colpevolezza del soggetto, ma occorre soprattutto appurare se ed in quale misura il disturbo stesso abbia l'attitudine a compromettere gravemente sia la capacità di percepire il disvalore del fatto commesso, sia quella di recepire il significato del trattamento punitivo.

L'infermità che dà luogo al vizio di mente può dunque consistere in un'alterazione morbosa psichica o fisica, funzionale od organica, acuta o cronica, transitoria o permanente, continua o accessoria, congenita o acquisita.

Ad essere incluse in una simile categoria saranno quindi le malattie mentali, cerebrali e somatiche, in quanto comprensive di caratteri patologici tali da poter essere ricondotti ad un preciso quadro clinico nosografico.

Non sufficienti a turbare le capacità di rappresentazione e autodeterminazione di un individuo sono invece la semplice disarmonia affettiva, la bizzarria del carattere, la stravaganza della condotta, le anomalie comportamentali prive di substrato organico, l'immaturità, le manifestazioni di tipo nevrotico.

A livello sanzionatorio, una volta abolita la presunzione legale di pericolosità sociale del malato di mente, l'accertamento dell'incapacità di intendere e di volere del folle può avere come effetto la completa rinuncia a qualsiasi trattamento penale.

Una conseguenza che ha bisogno di particolare cautela, considerato l'alto rischio di rimettere in piena libertà, senza il sostegno di adeguate strutture alternative alla detenzione – finalizzate cioè alla cura e all'assistenza – persone incapaci di comportarsi in maniera auto-responsabile.

Ecco perché all'imputato prosciolto per vizio totale di mente si applica la misura di sicurezza del ricovero in un *ospedale psichiatrico giudiziario* (art. 222 c.p.).

ART 89

La facoltà intellettuale e volitiva è poi diminuita in presenza di un *vizio parziale di mente*: a norma dell'art 89 c.p., infatti, “chi nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita”.

Il codice penale affida la differenza tra le due forme di vizio di mente ad un criterio quantitativo e non qualitativo, prendendo la legge in considerazione il “grado” di riduzione delle funzioni, e non l'estensione della malattia mentale.

In effetti, vizio parziale non è l'anomalia che interessa un solo settore della mente, bensì quella che la investe tutta ma in misura meno grave.

Perché si possa ravvisare la diminuzione dell'imputabilità, occorre che sia accertato uno stato clinicamente definibile come morboso, tale cioè da determinare in concreto una consistente riduzione delle facoltà intellettive e volitive impiegate dal reo per commettere uno specifico reato.

Sul piano del trattamento sanzionatorio, il soggetto seminfermo scontrerà prima il cumulo di pena ridotta e poi gli si applicherà la misura di sicurezza del ricovero in una *casa di cura e custodia* (art. 219 c.p.).

Il principio in base al quale chi sia folle, alienato, malato di mente, affetto da disturbo o sofferente psichico – in modo da vedere compromesse le capacità di comprensione o di libera determinazione – debba essere considerato poco o per nulla responsabile dei propri atti, è principio di antica data e di quasi universale accettazione.

Partendo dal *diritto romano* che equiparava il *furiosus* all'*infans*, cioè al neonato, per cui se ci macchiava di un crimine in stato di furor, ossia di pazzia così com'era concepita a quel tempo, non si veniva in alcun

modo puniti, passando per il *diritto penale canonico* che cancellava l'imputabilità verso coloro che dimostravano difficoltà nel discernimento e nella libera volontà, dunque nei riguardi dei dementi, accettando anche le situazioni di delirio improvviso e transitorio, fino al *diritto laico* che faceva riferimento proprio al vizio dell'intelletto.

Andando avanti nel tempo, durante il *periodo illuministico* la giusta punizione per essersi macchiati di un fatto delittuoso corrispondeva all'idea di tormento, atroce sofferenza, insopportabile dolore fisico e morale, anche per il folle colpito da sragione.

A rimettere ordine dopo il caos dell'epoca dei Lumi, fu il *Codice napoleonico del 1810* (Code Civil des français), prima raccolta organica di leggi che aggiornò tutta la codificazione europea del XIX secolo, anche sulle norme relative all'imputabilità.

Recitava, infatti, il suo *art. 64* "non esiste né crimine né delitto allorché l'imputato trovavasi in stato di demenza al momento dell'azione, ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non poté resistere".

Questo significava che il codice prevedeva l'assenza di responsabilità nel caso il delitto fosse commesso sotto la spinta di una forza incontrollabile, tale da non potervi resistere, che togliesse la ragione.

Per quanto riguarda la legislazione italiana, è del 30 giugno 1890 il *Codice Zanardelli* che, all'*art. 46*, prevedeva la non punibilità di chi, nel momento in cui aveva commesso, il fatto era in tale stato di deficienza o di morbosa alterazione di mente da togliergli la coscienza dei propri atti o la possibilità di operare altrimenti.

Risale invece al 1° luglio 1931 l'entrata in vigore dell'attuale codice penale, che prese il nome dall'allora ministro di Grazia e Giustizia *Arturo Rocco*: ai fini dell'accertamento dell'imputabilità, era necessario che chi avesse posto in essere il fatto presentasse l'attitudine psicologica del volere, perché non si poteva concepire una volontà come un "*fiat*" nato dal nulla, come mero "*arbitrium indifferentiae*".

In questo modo si confermava l'orientamento a favore di una responsabilità penale delle azioni umane, ossia dei reati, saldamente affidata al principio dell'imputabilità psichica e morale dell'uomo, fondato a sua volta sulla normale capacità di intendere e di volere.

Ora, quale il significato sostanziale del concetto di *infermità*, l'unico in grado di intaccare le facoltà intellettive e volitive al momento del reato?

Dal latino “*infirmitas*”, il termine sta ad indicare qualsiasi malattia che degradi l’organismo, lo stato o la condizione di chi ne è affetto, soprattutto se permanente o di lunga durata, e tale da immobilizzare l’individuo che risulta inabile alle sue normali attività. Non si limita in ogni modo a veri e propri disturbi mentali, ma comprende ogni condizione patologica in grado di interferire anche solo transitoriamente sulla capacità di intendere e di volere.

Fino all’800 era proprio la presenza di una malattia mentale “*stricto sensu*” (insufficienze cerebrali, psicosi acute o croniche) a determinare, secondo il *criterio nosografico* o paradigma medico, la non imputabilità del reo psichicamente disturbato; perciò, la malattia rilevante per l’esclusione o la riduzione dell’imputabilità era riconducibile esclusivamente ad origini medico-legali, che comportavano una degenerazione della sfera intellettuale e volitiva dell’agente.

A partire dagli inizi del ‘900, prese a proporsi il *paradigma psicologico* per il quale i disturbi mentali rappresentavano disfunzioni dell’apparato psichico; dunque il concetto di infermità si allargava fino a comprendere le nevrosi, le psicopatie e i disturbi dell’affettività, non a carattere necessariamente organico o anatomico.

Cosa intendono gli psichiatri con questi termini tanto spesso utilizzati nel linguaggio comune, quanto incerti nel significato?

E, soprattutto, che rapporto hanno tali patologie con l’omicidio seriale?

Chiamata ad affrontare la delicata questione sul tema dell’imputabilità è stata – il 25 gennaio 2005 – la *Corte di Cassazione a Sezioni Unite* che ha fatto finalmente chiarezza sul punto estendendo, con una specifica sentenza, i confini e le maglie dell’infermità anche ai disturbi di personalità senza che risultassero necessarie radicate patologie psichiatriche.

Accogliendo, infatti, il ricorso di un individuo al quale, nel secondo grado di merito per accusa di omicidio, non era stato riconosciuto il vizio parziale di mente (art. 89 c.p.) in quanto causato da disturbo della personalità di tipo paranoideo e non da infermità, la Corte di Cassazione con *sentenza n. 9163 dell’8 marzo 2005* si è pronunciata a riguardo attribuendo anche al primo un’attitudine scientificamente condivisa ad incidere sull’imputabilità.

Recita, infatti, la massima: “anche i *disturbi di personalità*, come quelli da nevrosi o psicopatie, possono costituire causa idonea ad esclu-

dere o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere del soggetto agente, sempre che siano di consistenza, rilevanza, intensità e gravità tali da incidere concretamente sulla stessa; per converso, non assumono rilievo ai fini dell'imputabilità le altre anomalie caratteriali o gli stati emotivi e passionali che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale e la specifica condotta criminosa sussista un nesso eziologico che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo.

Tuttavia i dati parlano chiaro.

Il fatto che un individuo possa uccidere deliberatamente e crudelmente un altro essere umano, pianificando le sue azioni in piena coscienza e lucidità e provando soddisfazione in ciò che fa, ci obbliga a considerare la possibilità che tale soggetto sia "normale", cioè cosciente di sé stesso e delle sue azioni.

Una constatazione che, se da un lato può sembrare inevitabile, dall'altro spaventa perché il raziocinio umano rifiuta di ritenere "sana" una persona che commette crimini così atroci.

Da qui, l'appellativo di "mostro" che ci porta a considerare l'assassino seriale come qualcosa di alieno, che nulla ha a che fare con i comportamenti della gente comune.

Ed invece, il più delle volte, è necessario affrontare una dura realtà: gli esami condotti dai periti sulla psiche di questi soggetti confermano la loro appartenenza alla sfera della "normalità".

Accurate indagini cliniche e ricerche di tipo epidemiologico hanno dimostrato che la maggior parte dei delinquenti non presenta disturbi psichici di rilievo, e che i malati di mente non commettono reati in percentuali superiori alle persone normali.

Tutte le stime effettuate dagli esperti concordano, infatti, nell'evidenziare che soltanto un quarto degli assassini seriali registrati nelle casistiche internazionali soffre di una qualche forma di psicosi, ovvero di un delirio schizofrenico che comporta allucinazioni e perdita di contatto con la realtà.

Raramente nell'omicidio seriale viene dunque riconosciuta la presenza di un disturbo psichiatrico d'importanza tale da compromettere del tutto la capacità di intendere e di volere dell'assassino.

Anche se, l'analisi degli atti commessi dall'omicida cosiddetto "sano di mente" fa emergere il dubbio che, dietro un comportamento così effettato, si nasconda un qualche tipo di malattia; non si esclude allora che il serial killer, in alcuni casi, possa effettivamente essere affetto da una grave infermità mentale.

Il problema però consiste nel conciliare l'idea comune di "malato mentale", cioè di persona diversa nel ragionamento e nella capacità di adeguarsi alla vita sociale rispetto alla media, e l'immagine di un certo tipo di serial killer, ossia di un soggetto che si muove abilmente nell'ambito civile assoggettandolo alle sue attitudini predatorie e mostrandosi apparentemente adattato.

Nonostante la ricerca abbia dimostrato che non più del 20% dei serial killer patisce di una malattia mentale significativa, non si può fare a meno di considerare come i loro comportamenti siano così orribili e al di là dell'umana comprensione da invocare necessariamente la pazzia.

Naturalmente non esiste alcuna prova scientifica che colleghi l'infermità ad aggressività e violenza, anzi la maggior parte degli individui affetti da un disturbo psichiatrico a volte è vittima piuttosto che carnefice.

E ciò è tanto più vero, quanto più è grave la malattia.

La psichiatria forense italiana, affrontando il tema dell'imputabilità del serial killer, è giunta alla conclusione che sono pochissimi gli assassini seriali ai quali viene riconosciuto un vizio parziale di mente, ancor più raro il giudizio di totale incapacità di intendere e di volere.

Non è quindi accettabile che il criminologo o lo psichiatra riconduca sempre le deviazioni della norma ad una patologia, perché "il male è in ogni modo una scelta".

Lo dimostra il fatto che solo in piccola parte i serial killer sono affetti da una malattia di mente tale da azzerare le loro capacità di intendere e di volere; certamente, per alcuni, il ricorso alla follia può costituire l'unica strategia per evitare la condanna ma, dati statistici alla mano, la percentuale d'assassini seriali prosciolti per infermità almeno negli USA dagli inizi del '900 in poi si aggira appena intorno al 3,6%.

Non è possibile oggi immaginare l'incapacità assoluta.

Nulla di ciò che è umano ci è estraneo.

Non è neanche possibile negare un significato ai gesti che una persona compie, come se quei gesti fossero delle espressioni fuori dalle rela-

zioni, fuori dal tempo, fuori dallo spazio in cui viviamo, fuori dall'umano sentire, al di fuori dunque di qualsiasi possibilità di comprensione.

Sappiamo al contrario che i gesti più estremi diventano comprensibili quando sono osservati all'interno di una relazione, all'interno di una storia, all'interno di un contesto sociale e familiare.

Così molti credono che la malattia di mente sia un particolare stato patologico, dovuto ad un qualche difetto dell'organismo del cervello che comporta la difficoltà di vivere quotidianamente con gli altri.

Molti altri pensano che gli psichiatri siano gli "apostoli della saggezza", ossia gli unici medici in grado di trattare questa condizione di svantaggio, altrimenti dannosa e insopportabile per chi ne è colpito e preoccupante per chi gli sta incontro.

Eppure il problema è molto più complicato: dato che la malattia mentale nega i nostri presupposti di razionalità, è normale non ritenere colpevoli delle proprie azioni i malati di mente.

Non tanto perché li scagioniamo da una situazione che, a prima vista, è di responsabilità, quanto piuttosto perché, trovandoci nell'impossibilità di considerarli esserli completamente razionali, non possiamo affermare la condizione essenziale per cominciare a considerarli anzitutto come agenti morali.

In questo i malati raggiungono il livello dei bambini, delle bestie selvatiche, nessuno dei quali è responsabile a causa dell'assenza di presupposti di razionalità.

Così si scopre che qualsiasi problema che si va a discutere con lo psicanalista può essere, quando convenga ai malati o quando sia utile a quelli da cui loro dipendono, esaminato e giudicato come pretesto di invalidazione psicologica ed, eventualmente, ad arbitro del giudice, usato come motivo sufficiente per la sottrazione della responsabilità giuridica e per la privazione dei diritti civili e politici con la degradazione da cittadino uguale agli altri ad individuo squalificato, senza potere alcuno e senza alcuno spiraglio di espressione personale.

Non è, o meglio, non può essere esattamente così.

La distinzione fra normalità e anormalità, fra normalità e devianza, fra normalità e follia è, infatti, una distinzione più fluida di quanto noi possiamo immaginare.

E di fronte alla domanda: "la follia è diversità oppure avere paura

della diversità?”, la risposta più ovvia è che diverso non è solo chi è affetto da un disturbo psichico ma anche chi, pur non essendolo, ne ha timore perché di fronte ad esso si ritrae.

Folli quindi saremmo tutti in maniera indistinta e il problema starebbe nel cercare un equilibrio, una misura che ci permettesse di vivere insieme la diversità e la sua paura, la regolarità e l'irregolarità, l'eccezione e la norma, che ci faccia concedere al diverso e ritrarci da lui, ci renda capaci di oscillare perennemente tra i due estremi.

Ma tanti dubbi affollano la nostra anima.

La follia è davvero una malattia, comunque un'anomalia, o non è piuttosto un modo dell'individuo – spesso il solo che gli è dato – per reagire alla normalità che pretende di sopprimere la sua individualità?

E, al contrario, non è forse il modo in cui la normalità organizzata reagisce al tentativo, sentito come un pericolo intollerabile, di minarne le fondamenta?

Solo lui, il folle, potrebbe definire questa labile frontiera che ci riguarda tutti.

Ma il folle è, per antonomasia, colui che non può rispondere, che è muto, “irresponsabile” appunto.

Soprattutto quando si rende protagonista di atroci delitti, che lasciano attonita l'intera società.

Da un lato si grida al pazzo criminale, alla pericolosità e al bisogno di sicurezza, dunque anche ai luoghi di reclusione.

Dall'altra l'umanità si impietosisce davanti agli OPG perché lì la gente non vive, non ha speranza.

Noi possiamo essere dispiaciuti un giorno e terrorizzati il giorno dopo.

Dobbiamo piuttosto capire se quel criminale sia davvero pazzo o più semplicemente un individuo perfettamente normale dalla naturale e spiccata tendenza omicida.

“La legge soltanto un fantasma ammette: ed è quello della follia.

Soltanto allora si ritrae dal fatto criminale, non giudica, abbandona il giudizio allo psichiatra e lascia che la pena astrattamente – poiché in concreto è tutta un'altra faccenda – sia cura”, affermava, del resto, Leonardo Sciascia.

Bibliografia

- Accorsi A. – Centini M., *“La sanguinosa storia dei serial killer”*, Roma, Newton & Compton, 2003.
- Albamonte A., *“Gli stati emotivi e passionali e l'imputabilità”*, in Giust. Pen. II°, 1974.
- American Psychiatric Association (1994), *“Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM – IV)”*, Tr. It. Masson, Milano, 1995.
- Andreoli V., *“Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani”*, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Roma, 2002.
- Andreoli V., *“Delitti”*, Rizzoli, Milano, 2001.
- Antolisei F., *“Manuale di diritto penale – Parte generale”*, ed. Giuffrè, 1997.
- Assante G., *“Manuale di diritto minorile”*, Latenza, 2000.
- Balbi B., *“Infermità di mente e imputabilità”*, in Rivista italiana di diritto e procedura penale, 1991, vol. 2.
- Bandini T.-Gatti U., *“Perizia psichiatrica e perizia criminologia”*, in Riv. It. Med. Legale, 1982.
- Bandini T., *“Criminologia”*, Milano, Giuffrè Editore, 1991.
- Basaglia F., *“L'istituzione negata”*, Einaudi, Torino, 1968.
- Basilio L., *“Imputabilità, minore età e pena”*.
- Battaglini E., *“Età, minore e vizio parziale di mente”*, in Riv. Dir. Pen., 1937.
- Beccaria C., *“Dei delitti e delle pene”*, Mondadori, Milano, 1991.
- Beltrani Scalia M., *“La riforma penitenziaria in Italia”*, Giunti Martello, Roma, 1879.
- Bertolino M., *“L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale”*, Milano, 1990.
- Bettiol G., *“Diritto penale”*, Cedam, Padova, 1986.
- Bourgoin S., *“La follia dei mostri”*, Sperling & Kupfer editori, 1995.
- Bruno F. – Marazzi M., *“Inquietudine omicida: i serial killer analisi di un fenomeno”*, Phoenix, Roma, 2000.
- Cagnan P., *“Marco Bergamo”*, Roma, I libri neri, 1994.
- Cancrini M.G., *“La trappola della follia”*, La nuova Italia scientifica, Roma, 1983.
- Canepa G., *“Imputabilità e trattamento del malato autore di reato”*, ed. Cedam, Padova, 1995.
- Canepa M., *“Manuale di diritto penitenziario”*, Giuffrè, Milano, 1996.
- Canosa R., *“Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi”*, Feltrinelli, Milano, 1979.

- Catania E., *“Morire d’orrore. Cent’anni di serial killer raccontati come in un romanzo”*, Marsilio, Venezia, 1998.
- Ceretti A. – Merzagora I., *“Questioni sull’imputabilità”*, ed. Cedam, Padova, 1994.
- Ciappi S., *“Serial killer”*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- Corradini D., *“Il criterio della buona fede e la scienza del diritto privato: dal codice Napoleonico al codice civile italiano”*, 1942.
- De Leo G., *“La giustizia dei minori, la delinquenza e le sue istituzioni”*, Einaudi, Torino, 1981.
- De Luca R., *“Anatomia del serial killer”*, Giuffrè, Milano, 2001.
- De Pasquali P., *“Serial killer in Italia”*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Di Gennaro G., *“Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione”*, Giuffrè, Milano, 1997.
- Ferracuti F. – Mastronardi V., *“Criminologia, psichiatria forense, psicologia giudiziaria”*, Giuffrè, Milano, 1988.
- Fiandaca G. – Musco E., *“Diritto penale”*, Zanichelli Editore, 2003.
- Fioravanti L., *“Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale”*, ed. Cedam, Padova, 1988.
- Fornari U., *“Compendio di psichiatria forense”*, Utet, Torino, 1984.
- Giordano G., *“La perizia psichiatrica”*.
- Giusti G., *“Patologia del detenuto e compatibilità carceraria”*, Giuffrè, Milano, 1991.
- Godino A. – Canestrari R., *“Trattato di psicologia”*, Clueb, Bologna 1997.
- Godino A., – Colazzo A., *“Nella mente del mostro”*, Milella, Lecce, 2004.
- Greco D., *“Serial killer, il comunista che mangiava i bambini”*, Bur, Milano, 1994.
- Introna F., *“I diritti del malato di mente”*, in *Rivista italiana medicina legale*, 1993.
- Lombroso C., *“L’uomo delinquente”*, vol. I°, Bocca, Firenze, 1889.
- Lucarelli C. – M. Picozzi, *“Serial killer. Storie di ossessione omicida”*, Milano, Mondadori, 2003.
- Manacorda A., *“Imputabilità e pericolosità sociale”*, Criminologia, 1986.
- Manfredini L., *“Il cannibalismo”*, Milano, Xenia, 2000.
- Manna A., *“Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma”*, in *Rass. Criminol.*, 1994.
- Mantovani F., *“Diritto penale”*, Padova, Cedam, 1992.
- Marotta G., *“L’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari”*, in *Rass. Penit. Criminol.*, 1984.
- Massaro G., *“La figura del serial killer tra diritto e criminologia”*.
- Mastronardi V. – De Luca R., *“Il volto segreto dei serial killer”*, Newton & Compton ed., Roma, 2005.

- Mastronardi V. – G. P. Palermo, *“Il profilo criminologico: dalla scena del crimine ai profili socio psicologici”*, Giuffrè ed., 2005.
- Mastronardi V., *“Manuale per operatori criminologi e psicopatologici forensi”*, Giuffrè, Milano, 1996.
- Merzagora I., *“Il colloquio criminologico”*, Milano, Unicopli, 1987.
- Merzagora I., *“Vittime di omicidio”*, Giuffrè, Milano, 1995.
- Musci A., *“Vivere per uccidere. Anatomia del serial killer”*, Calusca Stampa, Padova, 1997.
- Nuvolose P., *“Il sistema del diritto penale”*, Cedam, Padova, 1975.
- Palermo G. B., *“The face of violence”*, Springfield, Thomas, 1994.
- Petrocelli B., *“La colpevolezza”*, Padova, 1951.
- Ponti G. – Fornari U., *“Il fascino del male. Crimini e responsabilità nelle storie di vita di tre serial killer”*, Milano, Raffaello Cortina, 1995.
- Ponti G., *“Compendio di criminologia”*, Raffaello Cortina ed., 1999.
- Pratelli D., *“Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione”*.
- Rappeport S., *“Nella mente di un criminale”*, Di Rento, Roma, 1999.
- Rodhes R., *“Perché uccidono”*, Garzanti Libri s.p.a., 2001.
- Ross. A., *“Colpa, responsabilità e pena”*, Giuffrè, Milano, 1972.
- Russo G., *“La pericolosità sociale dell’infermo di mente”*, in Riv. It. Med. Leg., 1987.
- Simon R., *“I buoni lo sognano, i cattivi lo fanno”*, Raffaello Cortina ed., Milano, 1996.
- Simonetti G., *“OPG: aspetti normativi e sociologici”*.
- Tagliarini F., *“L’imputabilità del progetto di nuovo codice penale”*, in Riv. Pen., 1994.
- Talamanca M., *“Istituzioni di diritto romano”*, Giuffrè Milano, 1990.
- Troiano A., *“C’è un po’ di unabomber in ognuno di noi”*, Roma, Stampa Alternativa, 1997.
- Verde A., *“Perizia e diagnosi psichiatrica; problemi”*, 1991.
- Verde A., *“Raccontare delitti”*, Franco Angeli, Milano, 1999.
- Villanova M., *“Aspetti parafili emergenti”*, Congresso nazionale di criminologia, Cargnano.
- Wilson C., *“L’assassino: esame sulla psicologia criminale”*, Milano Longanesi, 1974.
- www.filodiritto.com. *“Corte di Cassazione, sentenza n. 9163 dell’08/03/05”*.
- Zappulla A., *“Lo stato di detenzione dell’imputato e le condizioni di salute particolarmente gravi”*, in Cassazione Penale, 1997.