



# LO PSICOLOGO E L'ATTO DIAGNOSTICO:

CONTESTO CLINICO E CONTESTO FORENSE

Documento redatto dalla Consulta  
Psicoforense dell'Ordine degli Psicologi  
del Piemonte

## INTRODUZIONE

Questo documento, voluto dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte, intende essere un **contributo alla costruzione di una più netta e precisa identità della nostra professione**. Sono ormai poco meno di trent'anni che lo psicologo ha acquisito una identità formale con il riconoscimento legale della professione, riconoscimento avvenuto dopo oltre un ventennio di lotte parlamentari. Questa lunga gestazione, che non ha confronti con altre figure professionali, testimonia delle resistenze che, da varie parti, sono state frapposte, con motivazioni diverse e sovente prive di fondamento, al fatto che la professione di psicologo fosse disciplinata legislativamente.

Tuttavia un riconoscimento formale, pur necessario, non è sufficiente ove non sia supportato da una acquisizione e da una definizione precisa delle competenze; e ciò sia nei confronti dell'utenza, e quindi di coloro che richiedono di essere aiutati da chi possiede delle specifiche abilità idonee a rispondere alla domanda, sia – e non meno – nei confronti di altre figure professionali, alcune delle quali cosiddette "di confine", i cui ambiti di competenza a volte si sovrappongono e possono apparentemente confondersi con quelli dello psicologo.

Non c'è bisogno di sottolineare come queste "zone grigie" costituiscano molto spesso un possibile vulnus non solo all'autonomia, ma alla stessa nostra identità professionale.


Questo aspetto è di particolare rilievo nell'**ambito forense**, nel quale lo psicologo si trova a confrontarsi necessariamente con **altre figure professionali quali giudici, avvocati, medici, operatori dei servizi sociali** e così via; qui, se si vuole lavorare proficuamente, vediamo come presupposto ineludibile quello di una **netta percezione dell'identità e della specificità professionale**, in difetto della quale si rende impossibile una posizione di positiva cooperazione.

Ma **identità professionale vuol anche dire piena consapevolezza delle proprie competenze e dei loro limiti**: è quindi rivendicazione di autonomia e, insieme, rispetto dell'autonomia e della competenza altrui.

Uno dei casi emblematici di quelle "zone grigie" cui accennavo riguarda la diagnosi, concetto assai ampio, la cui discussione richiede una previa precisa definizione. L'ambizione del presente lavoro è quella di aver portato un contributo di chiarezza e di approfondimento su un tema che è, sovente, motivo di diatribe poco costruttive e con scarso fondamento: poiché è nostro desiderio che se un confronto deve esserci, questo si ponga su un piano di correttezza metodologica e di scientificità, a partire da una adeguata informazione.

Mi auguro quindi che questo contributo abbia una soddisfacente divulgazione e susciti, nel contempo, un fecondo dibattito non solo all'interno della nostra professione, ma anche con altre figure professionali.

Il Presidente  
Dr. Alessandro Lombardo



<b>1.</b>	<b>PREMESSA</b>	<b>pag. 4</b>
<b>2.</b>	<b>ASPETTI GIURIDICI</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3.</b>	<b>LA DIAGNOSI IN PSICOLOGIA</b>	<b>pag. 7</b>
<b>4.</b>	<b>DIAGNOSI PSICOLOGICA E DIAGNOSI PSICHIATRICA</b>	<b>pag. 9</b>
<b>5.</b>	<b>TIPI DI DIAGNOSI PSICOPATOLOGICA</b>	<b>pag. 11</b>
<b>6.</b>	<b>COMPETENZE E RESPONSABILITÀ NELLA DIAGNOSI FATTA DALLO PSICOLOGO: LA FORMAZIONE</b>	<b>pag. 13</b>
<b>7.</b>	<b>LA DIAGNOSI NEL CONTESTO FORENSE</b>	<b>pag. 15</b>
<b>8.</b>	<b>I TEST MENTALI IN AMBITO FORENSE</b>	<b>pag. 19</b>
<b>9.</b>	<b>APPENDICE 1</b>	<b>pag. 22</b>
<b>10.</b>	<b>APPENDICE 2</b>	<b>pag. 25</b>
<b>11.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO</b>	<b>pag. 27</b>
<b>12.</b>	<b>CONSULTA PSICOFORENSE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL PIEMONTE</b>	<b>pag. 28</b>
<b>13.</b>	<b>REFEREE</b>	<b>pag. 29</b>

## PREMESSA

Il presente documento nasce dall'esigenza avvertita nell'ambito clinico-forense di **chiarire le competenze del consulente psicologo sul versante diagnostico**.

Questo lavoro non ha l'ambizione di esaurire tutta la riflessione scientifica e le ricadute applicative in materia. Si presenta piuttosto come un insieme di considerazioni sintetiche rivolte ai soggetti che operano nel contesto clinico-forense e giudiziario, al fine di rendere più proficua la **collaborazione tra psicologi, magistrati e avvocati**, attraverso una più chiara definizione delle competenze professionali dei consulenti psicologi.

## ASPETTI GIURIDICI

Leggiamo nel "Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica" redatto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi - CNOP (2009):

«L'art. 1 della Legge 56 del 18/2/1989 recita: "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità". Il legislatore ha inteso, con questo articolo, da un lato accomunare gli psicologi a medici e odontoiatri come uniche figure professionali con facoltà di diagnosi e dall'altro limitare ai soli psicologi la possibilità di formulare la diagnosi psicologica».

La giurisprudenza accredita questa posizione: la sentenza n. 767 del 5 giugno 2006 della Suprema Corte di Cassazione conferma, infatti, che ogni operazione funzionale a valutare caratteristiche psicologiche e/o psicoattitudinali degli individui e che si perfezioni in affermazioni, profili o decisioni basati su tali caratteristiche «è riservata esclusivamente allo psicologo iscritto all'Ordine professionale [...] La diagnosi che gli psicologi possono attuare concerne anche la psicopatologia, come si evince dalle declaratorie dei settori scientifico-disciplinari da M-PSI/01 fino a M-PSI/08 del Decreto Ministeriale del 4 ottobre 2000 del Ministero dell'Università e della Ricerca, presenti nei percorsi formativi universitari dello psicologo (classe 34 e 58/S di cui al DM 509/99 e classe L24 ed LM51 di cui al DM 270/04)».

A titolo di esempio citiamo il settore M-PSI/08 Psicologia Clinica, che così è definito:

«Il settore comprende le competenze relative ai metodi e alle tecniche di intervento che nei diversi modelli operativi (individuale, relazionale, familiare e di gruppo) caratterizzano le applicazioni cliniche della psicologia a differenti ambiti (persone, gruppi, sistemi) per la soluzione dei problemi. Nei campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie (psicosomatiche, sessuologiche, tossicomane incluse), dette competenze, estese alla psicofisiologia e alla neuropsicologia clinica, sono volte all'analisi e alla soluzione di problemi tramite interventi di valutazione, prevenzione, riabilitazione psicologica e psicoterapia».

Scrivono Guglielmo Gulotta nel "Parere pro Veritate", redatto per il CNOP nel 2006:

«Il D.P.R. del 5 giugno 2001 n. 328 e la successiva L. 11 luglio 2003, n. 170 (art. 1, co. 1 quinquies) che modificano ed integrano la disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di stato indicano quale prova per gli iscritti alla sezione A (che hanno compiuto interamente il percorso universitario chiamato "tre più due" e che non sono quindi dottori in tecniche psicologiche, i quali hanno invece possibilità di iscriversi alla sezione B dell'albo) "la progettazione di interventi complessi su casi individuali". Tale progettazione non può prescindere ovviamente da una diagnosi del caso individuale, che quindi viene presunta in via autonoma allo psicologo. Gli psicologi possono rivestire il ruolo di dirigenti del Servizio Distrettuale di psicologia delle aziende USL.

L'aspetto delicato della questione concerne il fatto che taluni disturbi psicopatologici possono avere una natura di carattere organico, la cui valutazione spetterebbe solo ai medici. In effetti il secondo comma dell'art. 3 della L. 56/89 vieta agli psicoterapeuti non medici ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica, ma questo riguarda l'attività di cura e non di diagnosi. Che possano esistere due competenze reciprocamente autonome lo si evince dal terzo comma dell'art. 3 che così testualmente recita "previo consenso del paziente, lo psicoterapeuta e il medico curante sono tenuti alla reciproca informazione"; anche qui si parla di "terapia", ma si evince che allora taluni percorsi diagnostici (presupposti della terapia) possono essere autonomi.

Spesso si discute quale sia la competenza per la diagnosi differenziale. Con questo termine, però, si fa riferimento non solo ad un disturbo che possa avere – per quello che se ne sa oggi – un'origine solo psico-sociale o solo organica, ma anche alla distinzione nell'ambito di categorie psicopatologiche affini quali, per esempio, i disturbi borderline.

La preoccupazione è che lo psicologo possa travisare le ragioni organiche di un certo disturbo (e, specularmente, che il laureato in medicina medicalizzi un disturbo di origine psicosociale). Occorre dire però che tra gli strumenti che lo psicologo usa alcuni sono proprio deputati a far presumere possibili spiegazioni organiche del disturbo lamentato; esistono infatti test neuropsicologici che, somministrati dallo psicologo, possono far sospettare un correlato neurobiologico dei disturbi. Ad esempio vi sono test neuropsicologici per la valutazione dei disturbi del linguaggio (Multilingual Aphasia Examination, Western Aphasia Battery, Test di fluenza e Test dei gettoni), oppure test che valutano le abilità visuo-spaziali, come le Matrici di Raven, il Test di Bender o il Visual Retention Test; per capire i disturbi dell'attenzione possono essere utilizzati il Trail Making Test, il Test di cancellazione, il Test di Stroop, il Test di Barrage di linee e il Behavioural Inattention Test (Carlomagno S. "La valutazione del deficit neuropsicologico nell'adulto cerebroleso", Edizioni Masson, Milano, 2003; Lezak M.D., Valutazione Neuropsicologica, Vol. 1 e 2. Edra Editrice, Milano, 2000).

Anche per quanto riguarda le patologie degenerative di sintomatologia clinica vengono somministrati test di tipo neuropsicologico: ad esempio, per la diagnosi d'Alzheimer si adotta il MODA (Milan Overall Dementia Assessment) o il Mini Mental State Examination (MMSE), prove che in pochi minuti possono dare informazioni diagnostiche sullo stato cognitivo del paziente. Attraverso il MMSE è di fatto possibile valutare l'orientamento spaziale e temporale del paziente, il livello cognitivo, le funzioni prassiche, mnestiche e grafiche; lo screening neuropsicologico comprende una batteria di test orientati alla valutazione di diverse funzioni: memoria a breve termine (di cifre, di parole, di frasi), memoria a lungo termine (volontaria e incidentale), funzioni attentive, funzioni verbali, funzioni percettive e prassiche, funzioni cognitive generali» (Gulotta, 2006).

Infine non pare superfluo sottolineare che lo psicologo rientra nel "ruolo sanitario" con la legge 833/78, con il DPR 760/79 che all'art. 2 esplicita: «**Nel ruolo sanitario sono iscritti in distinte tabelle, per i rispettivi profili, i medici, i farmacisti, i veterinari, i biologi, i chimici, i fisici, gli psicologi...**», oltre che col DPR 761/79.

## LA DIAGNOSI IN PSICOLOGIA

«La psicologia è la scienza del comportamento e dei processi mentali sia normali che patologici, di cui la psicopatologia – e conseguentemente la diagnosi psicopatologica – è un aspetto interno [...] La diagnosi non è un atto specialistico di un particolare settore della psicologia, ma un processo trasversale a tutti gli ambiti applicativi della disciplina. Il concetto di diagnosi ha vari significati non univoci lungo un continuum che va da un'accezione ristretta di identificazione di una patologia ad un'accezione ampia di identificazione di un fenomeno sulla base dell'individuazione dei fattori che la caratterizzano (storia del soggetto, sintomi fisici e psichici, modalità comportamentali, attività mentale, informazioni ottenute con varie modalità di valutazione). Il concetto di diagnosi, pertanto, non è univocamente ed esclusivamente connesso a quello di identificazione di patologia» (CNOP, 2009), ma certamente comprende al suo interno tale ambito di applicazione, tanto da risultare prevalente nella definizione che l'*American Psychological Association* (APA) propone nel 2003: **«La diagnosi consiste nella valutazione di comportamenti e di processi mentali e affettivi anormali, che risultano disadattivi e/o fonte di sofferenza (e cioè di manifestazioni psicopatologiche e di sintomi) attraverso la loro classificazione in un sistema diagnostico riconosciuto e l'individuazione dei meccanismi e dei fattori psicologici che li hanno originati e che li mantengono».**

■ **La diagnosi**, dal punto di vista psicologico, è innanzitutto un processo conoscitivo che si realizza all'interno di una relazione interpersonale, che ne è la base e la influenza; processo che può dare luogo (non necessariamente) all'individuazione di una psicopatologia. All'interno della relazione interpersonale si collocano tutti gli atti psicologici del percorso diagnostico: **l'osservazione, il colloquio, la somministrazione dei test**. Per quanto riguarda questi ultimi occorre non dimenticare che, anche nella somministrazione del test, assume rilevanza clinica la **relazione tra esaminatore ed esaminato**, delle cui caratteristiche osservate si deve tenere conto nella formulazione della valutazione testistica.

Il processo conoscitivo che chiamiamo "diagnosi" assolve molteplici funzioni e compiti a più livelli:

- conoscenza delle **modalità di funzionamento psicologico** del soggetto, siano esse normali o patologiche;
- nel caso in cui sia stata individuata una psicopatologia, **categorizzazione delle informazioni**, secondo un sistema di classificazione riconosciuto e condiviso dalla comunità scientifica, allo scopo di facilitare la comunicazione fra addetti ai lavori, anche di indirizzo teorico diverso;
- facilitazione della **comunicazione con il paziente**;
- orientamento delle scelte terapeutiche, ovvero la **diagnosi come atto preliminare indispensabile per formulare qualsiasi indicazione psicoterapeutica**.
- «In questo senso, nell'accezione ampia dei suoi significati possibili, la diagnosi è contemporaneamente sia un atto conoscitivo di raccolta e categorizzazione delle informazioni, sia un atto pragmatico di comunicazione fra i soggetti implicati, a diverso titolo e livello, nel fenomeno oggetto di osservazione» (CNOP, 2009). Pertanto per diagnosi psicologica intendiamo: **«sia il processo per mezzo del quale (dia-) cerchiamo di conoscere (gnosis) il funzionamento psichico di un determinato soggetto sia la denominazione, basata su una terminologia condivisa dalla comunità scientifica, che attribuiamo a tale funzionamento»** (Dazzi, Lingiardi, Gazzillo, 2014).

Si tratta di un processo che si snoda tra due polarità: la **conoscenza idiografica** e la **conoscenza nomotetica**.

- **Conoscenza idiografica** - Col primo termine si indica la conoscenza che si concentra sulle peculiarità di un singolo individuo (idios), sulla sua specificità e irripetibilità.
- **Conoscenza nomotetica** - Col secondo termine si fa riferimento all'individuazione di leggi (nomos) e ricorrenze che accomunano il funzionamento delle persone nelle diverse situazioni.



Come saggiamente evidenziano Dazzi, Lingiardi e Gazzillo, «*lo sguardo dello psicologo deve sempre saper comprendere entrambe le polarità. **La capacità di tradurre leggi generali nelle loro declinazioni particolari e di elaborare ipotesi generali a partire da casi particolari è tipica del sapere psicologico.** Bypassare il polo idiografico significherebbe pensare erroneamente che una persona può essere studiata come fosse un oggetto inanimato; al tempo stesso, bypassare la dimensione nomotetica significherebbe destinare la psicologia a un ambito di sapere idiosincratico, non verificabile, non falsificabile e, in ultima analisi, non scientifico» (2014).*

Poste come valide le premesse di cui sopra, **ne discende che, nel fare diagnosi, lo psicologo non può che attenersi, nell'atto di sintesi (diagnosi categoriale), ai sistemi di classificazione riconosciuti** (DSM e ICD nelle loro diverse edizioni), sistemi che non possono essere considerati di esclusiva pertinenza psichiatrica poiché ciò, in tutta evidenza, produrrebbe un "assurdo logico/scientifico", ovvero la necessità di "inventare" una nosografia descrittiva della psicopatologia ad esclusivo uso degli psicologi (si noti: esclusivo!), con conseguenze immaginabili sul piano della comunicazione tra professionisti e con gli utenti.

Riguardo ai sistemi di classificazione più accreditati dalla comunità scientifica, ci sembra utile richiamare anche il PDM<sup>1</sup>, sistema diagnostico multiassiale sviluppato dalle cinque maggiori associazioni psicoanalitiche internazionali, per la valutazione della salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta. Il PDM è stato concepito come complementare ai sistemi di classificazione già citati e cerca di coniugare la teoria psicoanalitica del funzionamento mentale con l'approccio clinico-diagnostico dei sistemi precedenti. Il PDM presuppone che una classificazione dei disturbi mentali, che voglia essere utile dal punto di vista clinico, debba necessariamente partire da una comprensione dei processi mentali che hanno luogo in condizioni di salute, intesa come qualcosa di più della semplice assenza di sintomi.

---

1. Il PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual) è un sistema diagnostico multiassiale sviluppato da una task force composta dalle cinque maggiori associazioni psicoanalitiche internazionali (American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytical Association, Division of Psychoanalysis 39 of the American Psychological Association, American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work) per la valutazione della salute mentale nell'età adulta ed evolutiva. Scopo del PDM è fornire al clinico una valutazione integrata degli aspetti cognitivi, emozionali e comportamentali che vada al di là della semplice presenza/assenza dei sintomi psicopatologici, come nella nosografia psichiatrica ufficiale. La premessa di base è che la salute mentale sia più della semplice assenza di sintomi ma implichi l'intero funzionamento mentale dell'individuo, compresi gli ambiti delle relazioni interpersonali, la regolazione emotiva, le risorse di coping e le capacità di auto-osservazione. Concepito come complementare al DSM e all'ICD, il PDM fornisce descrizioni sistematiche utilizzando 3 assi descritti: Asse P (funzioni della personalità), Asse M (funzionamento mentale, includendo schemi relazionali, la comprensione e l'espressione delle emozioni, il coping di stress e ansia, la capacità di osservare i propri comportamenti e le proprie reazioni emotive, e la formazione di giudizi morali), e Asse S (sintomatologia, intesa come esperienza soggettiva dei propri sintomi psicopatologici).



## DIAGNOSI PSICOLOGICA E DIAGNOSI PSICHIATRICA

■ **Diagnosi psicologica** - La diagnosi psicologica, quindi, è un giudizio clinico teso a valutare aspetti e processi della personalità, modalità relazionali, livelli di competenze cognitive, struttura della personalità, e in genere a descrivere le funzioni psichiche del soggetto, normali e patologiche. È una sorta di "mappatura" del funzionamento psichico che si traduce in una descrizione narrativa il più possibile sistematica e deve rispondere sia a requisiti di specificità (che cosa caratterizza quel dato individuo) sia di generalizzabilità (che cosa ha in comune quell'individuo con altri che presentano caratteristiche simili).

Tale diagnosi è effettuata unicamente con strumenti tipici (non esclusivi) della professione di psicologo, quali il colloquio clinico, l'osservazione, la somministrazione di test di personalità o di livello.

■ **Diagnosi psichiatrica** - Intendiamo con diagnosi psichiatrica il giudizio clinico consistente nel riconoscimento o nell'esclusione di una condizione morbosa dell'apparato psichico, tendente a un inquadramento nosologico della patologia riscontrata, secondo i criteri stabiliti dalle classificazioni internazionali. Tale diagnosi è effettuata attraverso il colloquio clinico, l'osservazione e con la somministrazione di test e di altri strumenti di indagine di competenza medica.

**La diagnosi psicologica, quindi, «comprende un ventaglio più ampio di obiettivi di rilevamento di dati e nello stesso tempo un repertorio più ristretto di strumenti diagnostici» (Calvi, 2013).**

Nella diagnosi psicologica, soprattutto in ambito forense, l'utilizzo della nosografia descrittiva della psicopatologia, come si è detto, è a volte oggetto di contestazione, ad esempio da parte di alcuni psichiatri che ritengono di loro esclusiva pertinenza l'utilizzo di manuali diagnostici e la classificazione in essi contenuta (si veda, ad esempio, il DSM nelle sue diverse edizioni), contestazioni che causano poi incertezze e conflitti tra avvocati, e tra magistrati e avvocati, sulla definizione delle competenze professionali dei consulenti. L'argomentazione proposta dai colleghi psichiatri non è sostenibile per le ragioni sopra evidenziate, ma anche a causa del fatto che il ragionamento da essi proposto pone l'accento sulla qualità dell'atto professionale (la diagnosi di psicopatologia e la sua classificazione nosografica) che sarebbe di esclusiva pertinenza medico-psichiatrica, configurando di fatto, per questa ragione, l'attività diagnostica dello psicologo attraverso una classificazione nosografica come un abuso di professione.

Appare utile al riguardo rinviare al concetto di "atto tipico di una professione", che permette di chiarire i confini del corretto operare professionale.

Ciò che consente di individuare un atto professionale dello psicologo come tipico, oppure no, è **l'uso di determinati strumenti e non semplicemente la finalità dell'atto** (in questo caso la diagnosi) o le conclusioni alle quali giunge l'atto stesso (patologia o normalità del funzionamento psichico). Oltre a ciò, l'atto professionale dello psicologo, per essere definito "tipico", deve radicarsi in una teoria appartenente all'area della psicologia e riferirsi a uno "scopo" o "finalità" specifici della professione che, nel nostro caso, sono indicate dall'**art. 1 della legge 56/89** sull'ordinamento della professione di psicologo.

*«Un atto tipico dello psicologo è quell'atto che si avvale di certi strumenti e che insieme si radica, nella scelta e nell'uso degli strumenti stessi, su quelle conoscenze teoriche e su quelle abilità tecniche che derivano dalla sua specifica formazione in campo psicologico. Vi è dunque una coniugazione tra la teoria e la tecnica, per cui la teoria senza tecnica rimane nel campo puramente astratto e speculativo, mentre la pratica senza un fondamento teorico conduce all'attività selvaggia [...]» (Calvi, 2013);* a ciò si aggiunge *«la finalità dell'atto, volto alla conoscenza dei processi mentali consci e inconsci e l'eventuale intervento sulla realtà psichica dell'altro» (Idem).*

**La differenza tra l'atto diagnostico compiuto dallo psicologo o dallo psichiatra trova quindi la sua differenza negli strumenti utilizzati e utilizzabili (e non nella finalità dell'atto)**, strumenti che nel caso dello psichiatra sono più ampi, in quanto egli ha la possibilità di utilizzare strumenti di indagine di esclusiva compe-

tenza medica. Ovvero: nel momento in cui psicologo e psichiatra effettuano una diagnosi psicopatologica attraverso l'osservazione, il colloquio clinico e attraverso la somministrazione di test, operano utilizzando strumenti comuni alle due professioni (e anche con la stessa metodologia, se entrambi fanno riferimento allo stesso modello teorico scientifico), per la medesima finalità.

Viceversa, nel caso in cui lo psichiatra decida, ad esempio, di pervenire a una diagnosi "ex juvantibus", attraverso la somministrazione di farmaci, opera utilizzando strumenti di esclusiva pertinenza medica.

Inoltre, al di là dell'uso di strumenti specifici della disciplina psicologica, **la diagnosi comporta la risposta a domande di natura psicologica**: *«I fatti descritti diventano oggetti psicologici, anche se gli stessi fatti potrebbero essere oggetti di altre scienze, se indagati e descritti secondo quesiti, procedure e codici propri di altre scienze»*; inoltre, le opzioni metodologiche e le prassi operative realizzate dal professionista psicologo non solo *«ritagliano e costruiscono l'oggetto psicologico, ma poiché possono essere mostrate, esplicitate e constatate dall'interlocutore garantiscono anche la possibilità di verifica e accordo soggettivo»* (Granieri, 2010).

## TIPI DI DIAGNOSI PSICOPATOLOGICA

**Possiamo allora affermare che la differenza nella diagnosi psicopatologica non sta nel professionista che la formula (psicologo o psichiatra) ma nel "livello descrittivo" al quale si colloca, che, a sua volta, si situa all'interno di un modello scientifico di riferimento.**

Non appare oggi sostenibile una dicotomia tra diagnosi psicologica e diagnosi psichiatrica: «Anche la psichiatria "ufficiale" si è resa conto, via via che venivano pubblicate le diverse edizioni del DSM, che la diagnosi categoriale nosografico-descrittiva aveva di per sé una ridotta utilità clinica» (Dazzi, Lingiardi, Gazzillo, 2014). Per contro, «l'enorme sforzo tassonomico compiuto dalla psichiatria con la messa a punto dei primi DSM e soprattutto con il loro costante aggiornamento ha un valore fondamentale nella storia generale della diagnosi dei disturbi psichici. L'attenzione ai sintomi e ai comportamenti è parte essenziale di una diagnosi del funzionamento. È indispensabile anche che quest'ultima possa essere formulata attraverso un lessico esplicito, noto e condiviso, con una definizione il più possibile univoca (operazionalizzazione) dei termini e dei concetti. Il contributo che la tradizione diagnostica psichiatrica ha fornito al linguaggio della psicopatologia attraverso il DSM è innegabile. [...] D'altra parte [...] la diagnosi psichiatrica contemporanea sta aprendosi sempre più a quella che possiamo chiamare "dimensione psicologica del disturbo psichiatrico"» (Idem).

Come scrive Fornari (2011) «Sia la psichiatria che la psicologia clinica, nei loro aspetti pragmatici, sono discipline che appartengono fondamentalmente alle cosiddette "scienze umane" nel senso che partono dalla persona e a lei ritornano attraverso l'osservatore che elabora, con la mente, le informazioni che riceve, ascolta la sofferenza umana con partecipazione e interagisce con un altro da sé, il suo ambiente di appartenenza e il sistema socio culturale, che sempre fanno da sfondo alla scena sulla quale accadono eventi "patologici" e/o "delinquenziali"».

- Riguardo ai **diversi tipi di diagnosi** potremo allora avere (Fornari, 2015):
  - la **diagnosi strutturale**: ricorso al modello psicoanalitico e delle relazioni oggettuali;
  - la **diagnosi categoriale**: applicazione di un codice alfa numerico o di una classe nosografica;
  - la **diagnosi dimensionale**: la costruzione del contenitore psicopatologico, inteso come insieme di sintomi correlati tra di loro e riportati a uno specifico meccanismo patofisiologico e a un intervento terapeutico altrettanto specifico;
  - la **diagnosi funzionale**: il funzionamento psichico intra e intersoggettivo.

Le categorie nosografiche si costituiscono per sommatorie di sintomi e segni giustapposti: la definizione nosografica rappresenta quindi l'estrema sintesi del processo diagnostico, laddove la patologia osservata sia riconducibile a un sistema di classificazione riconosciuto, sistema in continua, periodica ridefinizione. **La diagnosi alfanumerica, in altri termini, si riferisce a una classificazione convenzionale del disturbo mentale, riferita a sua volta ai dizionari in uso in un determinato momento storico, finalizzata a facilitare la comunicazione tra esperti.**

A seconda del livello descrittivo prescelto, sia lo psicologo che lo psichiatra opereranno per un modello diagnostico più vicino alle scienze naturali o alle scienze umane: secondo il modello delle scienze naturali avremo una diagnosi di tipo categoriale, alfa-numerica ("che cosa ha"); secondo il modello delle scienze umane avremo una diagnosi fenomenologica, funzionale o psicodinamica ("chi è"): «Quando i fenomeni psichici normali e patologici vengono compresi nel loro significato intrapsichico e spiegati nei loro nessi di causalità in una ricerca di senso di significato siamo nell'ambito delle scienze umane» (Idem).

«Non esiste un approccio diagnostico unico, ottimale, codificabile e codificato, ma è sempre indispensabile che sia stata prioritariamente costruita una relazione significativa in cui collocare i dati clinici e quelli ricavati dai

*protocolli o dalle indagini strumentali (interviste, questionari, test mentali e di valutazione neuropsicologica, e quant'altro l'intervistatore voglia utilizzare), confermandone o disconfermandone validità e significato» (Fornari, 2012).*

*«Diagnosi psicologica e diagnosi psichiatrica costituiscono due vertici osservativi differenti. La lotta per la supremazia dell'uno o dell'altro ha fatto perdere a tutti (pazienti, operatori, ricercatori) tempo prezioso e soprattutto ha ritardato l'apprendimento, da parte degli psichiatri e degli psicologi, di un modello che:*

- tenga conto contemporaneamente dei sintomi/comportamenti e delle loro diverse eziologie;*
- descriva la malattia (per capirsi e per parlare tutti un linguaggio simile, se non identico) ma anche ne spieghi "la natura e il decorso";*
- aiuti a scegliere le cure, ma anche a capire perché a volte non funzionano.*

*Un modello siffatto è ricco di potenzialità, ma costringe a pagare il prezzo di una gestione complessa, sia nel momento della riflessione teorica e della ricerca, sia nel momento della pratica clinica. Forse è per questo che così spesso vince la tentazione di rinunciare ad alcuni pezzi di esso e rinchiudersi nell'ambito che a ciascuno è più familiare: la genetica, l'inconscio, i core belief, l'apprendimento, l'attaccamento, le dinamiche familiari, ecc.» (Dazzi, Lingiardi, Gazzillo, 2014).*

## COMPETENZE E RESPONSABILITÀ NELLA DIAGNOSI FATTA DALLO PSICOLOGO: LA FORMAZIONE

■ Scrive il **CNOP (2009)** che «come per tutte le figure professionali, la competenza dello psicologo a livello collettivo è relativa al metodo psicologico utilizzato, mentre la competenza dello psicologo a livello individuale riguarda la sua formazione. La competenza professionale dello psicologo è uno degli elementi che contribuisce all'affidabilità della diagnosi psicologica. A differenza delle professioni mediche, la professione di psicologo non è strutturata in settori che lo qualificano come specialista abilitato in specifiche aree della disciplina (età evolutiva, forense, clinica, della pubblicità, del lavoro, dello sport, ecc.) per cui la competenza diagnostica si basa, come detto prima, su un livello professionale collettivo (lo specifico metodologico della diagnosi psicologica) e su uno individuale basato sulla formazione. Per formazione si intende l'integrazione delle conoscenze di base del settore acquisite con il titolo di studio (laurea in psicologia) con una formazione clinica e con il training specifico per aree diagnostiche (ad esempio, il testing in età evolutiva o in neuropsicologia, i questionari multi-tratto di personalità, il testing proiettivo), attraverso le supervisioni effettuate nelle varie aree tematiche del testing, le esperienze cliniche maturate sul campo e l'aggiornamento permanente [...]».

■ Scrive **Gulotta (2006)**: «È pertanto necessario che gli psicologi, per cimentarsi in questo campo, abbiano una formazione post-lauream adeguata allo scopo, per esempio – ma non necessariamente – acquisendo il titolo di psicoterapeuta nei modi previsti dalla legge (art. 35 in via transitoria e art. 3 in via definitiva). Insomma, lo psicologo si viene in questi casi a trovare nella stessa posizione in cui si trova un medico non specialista. Quest'ultimo, infatti, può ben fare diagnosi in ambiti in cui esistono specializzazioni della medicina, non solo la psichiatria ma anche in ginecologia, pneumologia, ecc.; ovviamente sta alla sua prudenza e diligenza non varcare le frontiere di quello che sa». L'aspetto della competenza professionale è attestato da articoli sia del **Codice Deontologico Italiano degli Psicologi (Calvi, Gulotta, 1999)** che del **Meta-Codice di Etica della Federazione Europea delle Associazioni di Psicologi (2005)**.

■ L'**art. 7 del Codice Deontologico degli psicologi italiani** stabilisce: «Nelle proprie attività professionali, nelle attività di ricerca e nelle comunicazioni dei risultati delle stesse, nonché nelle attività didattiche, lo psicologo valuta attentamente, anche in relazione al contesto, il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte; espone, all'occorrenza, le ipotesi interpretative alternative, ed esplicita i limiti dei risultati. Lo psicologo, su casi specifici, esprime valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata e attendibile».

■ L'**art. 3.2 del Meta-Codice di Etica** prescrive allo psicologo l'obbligo «di praticare entro i limiti di competenza derivanti dalla formazione, dal training e dall'esperienza; di conoscenza delle procedure specifiche per differenti ambiti di applicazione e dei limiti delle procedure stesse; di esercitare in conformità della conoscenza della comunità psicologica, delle sue teorie e metodi e dello sviluppo critico della stessa; di bilanciare il bisogno di essere cauti quando si usano nuovi metodi, con la consapevolezza che nuove aree di pratica e nuovi metodi continueranno ad emergere e che ciò costituisce uno sviluppo positivo; di uno sviluppo professionale continuo».

**Nell'esercizio dell'attività diagnostica, come di qualsiasi altra attività professionale, lo psicologo ha l'obbligo di esercitare non solo in scienza, ma anche in coscienza. Ciò determina l'assunzione non solo di responsabilità morali, ma anche di responsabilità giuridiche.**

■ L'**art. 5 del Codice Deontologico** prescrive inoltre: «Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione professionale e ad aggiornarsi nella propria disciplina specificatamente nel settore in cui opera. Riconosce i limiti della propria competenza e usa, pertanto, solo strumenti teorico-pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione. Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e i riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente,

*aspettative infondate».*

Quindi, nell'ambito delle possibilità riconosciute formalmente dalla legge di effettuare diagnosi psicologica e delle possibilità operative derivanti dalla propria formazione, **il singolo psicologo risponde giuridicamente della propria competenza nell'uso della metodologia diagnostica, degli ambiti di applicazione della propria attività psicodiagnostica, dei risultati in tal modo ottenuti e del giudizio diagnostico finale espresso.**

In relazione all'**art. 5 del Codice Deontologico**, lo psicologo è quindi responsabile giuridicamente di un'azione professionale per imperizia o altro difetto di competenza e di esecuzione tecnica.

Nell'ambito clinico-forense, inoltre, si sono condivise nel tempo **"linee guida" e "buone prassi"** riconosciute dalla comunità scientifica di riferimento e inserite nel percorso formativo specialistico (Psicologia Giuridica, Psichiatria Forense, Criminologia Clinica, Psicologia Clinica), che strutturano e supportano, in termini deontologici e metodologici, le attività del professionista nell'ambito peritale (**Linee guida AIPG, SINPIA, CISMAI, Protocollo di Milano, Carta di Noto, Protocollo di Venezia**, ecc.).

Citiamo ad esempio la **Carta di Noto** (anche nelle integrazioni successive del 2002 e del 2011), che indica le linee guida da utilizzare nell'ambito dell'ascolto del minore vittima/testimone di reato. La metodologia in essa indicata è ormai riferimento accreditato e condiviso trasversalmente dalle figure professionali coinvolte, al fine di ottenere un corretto svolgimento delle operazioni peritali e una conseguente corretta valutazione in termini metodologici, tecnici e scientifici delle risultanze riconosciute, quindi, in tal senso, anche giuridicamente<sup>2</sup>.

---

2. La Corte di Cassazione, sez. III penale - sentenza 18 gennaio-24 febbraio 2012, n. 7373 recita: «In tema di esame testimoniale, il divieto di formulare domande suggestive opera per tutti i soggetti che intervengono nell'esame, essendo applicabile ai sensi dell'art. 499 c.p.p., comma 2, a tutti il divieto di porre domande che possono nuocere alla sincerità della risposta e dovendo anche dal giudice o dal suo ausiliare essere assicurata in ogni caso la genuinità delle risposte ai sensi del medesimo articolo, comma 6».

La stessa sentenza, nella parte precisa che «la violazione delle regole poste a presidio dell'esame testimoniale di cui agli artt. 498 - 499 c.p.p. rende la prova acquisita non genuina e poco attendibile e, come tale, censurabile in sede di valutazione della prova, trattandosi di prove assunte con modalità diverse da quelle prescritte ed essendo la sanzione di inutilizzabilità di cui all'art. 191 c.p.p. riferita alla prova vietata nel suo complesso».

Sempre la Corte di Cassazione, Sez. III penale, nella motivazione della sentenza 4 dicembre 2012 - 16 aprile 2013, n. 17339 del 2013, afferma: «Sulla linea di tali studi scientifici, la Carta di Noto, che contiene le linee-guida per gli esperti nell'ambito degli accertamenti da loro compiuti sui minori vittime di abuso sessuale (la quale, pur non dettando regole di valutazione vincolanti, rappresenta un formidabile strumento di verifica dei dati probatori acquisiti nel processo), nel nuovo testo approvato il 12 giugno 2011, ha sottolineato la necessità di analizzare il minore considerando le modalità attraverso le quali il minore ha narrato i fatti ai familiari, alla polizia giudiziaria, ai Magistrati ed agli altri soggetti, tenendo conto, in particolare: a) delle sollecitazioni e del numero di ripetizioni del racconto; b) delle modalità utilizzate per sollecitare il racconto; c) delle modalità della narrazione dei fatti (se spontanea o sollecitata, se riferita solo dopo ripetute insistenze da parte di figure significative); d) del contenuto e delle caratteristiche delle primissime dichiarazioni, nonché delle loro modificazioni nelle eventuali reiterazioni sollecitate».



## LA DIAGNOSI NEL CONTESTO FORENSE

Il ragionamento forense si caratterizza per alcune caratteristiche specifiche rispetto al ragionamento clinico declinato nel suo nucleo elettivo, ossia quello finalizzato alla cura di un paziente; il ragionamento forense ha, infatti, a che fare con la valutazione di uno stato di mente o del funzionamento psicologico di un periziando. Si delinea in questo senso una differenza importante nell'uso degli strumenti diagnostici nei due ambiti, perché nel concetto di "prendersi cura di" non si devono accertare aspetti quali la capacità di intendere e di volere, la capacità decisionale, la capacità di fare delle scelte, la capacità genitoriale, come accade invece in ambito di valutazione forense, penale o civile. Sul punto è importante ricordare che, nel sistema giuridico attualmente in vigore in Italia, il riferimento teorico è quello della "scuola classica" (principi fondamentali: libertà individuale, capacità di autodeterminazione, responsabilità soggettiva, capacità di decidere e via dicendo). Come sottolinea **Fornari (2015)**, «*capacità e responsabilità sono date come postulati irrinunciabili di cui eventualmente si deve dimostrare la mancanza o la rilevante compromissione per cause patologiche psichiche: non viceversa*». Ad esempio, nella valutazione della capacità genitoriale, questa si presume esistente e se ne valuta l'eventuale compromissione, sempre in una dimensione relazionale, con lo sguardo rivolto all'interazione col minore. Una dimensione, quella relazionale, che è di particolare rilevanza anche nell'ambito dei reati sessuali, della valutazione della capacità decisionale, della deficienza psichica e dell'inferiorità psichica, e così via.

**Nello svolgimento di un atto diagnostico, nell'ambito clinico-forense come in quello clinico, è sempre indispensabile che sia stata prioritariamente costruita una relazione significativa tra periziando e consulente, o tra periziando e perito, in cui collocare i dati clinici e quelli ricavati dai protocolli e dalle indagini strumentali.**

■ **In ambito penale**, PERIZIA è solo quella disposta dal Giudice (GIP, GUP, Giudice del dibattimento), di regola su richiesta delle parti, ma anche d'Ufficio (dal GUP o dal Giudice del dibattimento), qualora egli la ritenga necessaria ai fini della decisione. Tutte le altre sono consulenze tecniche di parte (CTP) per il pubblico ministero, per la difesa dell'indagato/imputato, per le parti civili.

■ **In ambito civile**, il Giudice, autonomamente o su richiesta delle parti, dispone CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO (CTU). Le parti possono nominare propri consulenti, che prendono veste di CONSULENTI TECNICI DI PARTE (CTP).

Perizie e consulenze sono disposte dal magistrato, che chiede allo specialista (psicologo o psichiatra) di *valutare* il periziando o i periziandi al fine di rispondere ai quesiti assegnati<sup>3</sup>.

L'oggetto della perizia è precisato dall'**art. 220 c.p.p.**: «1- La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche. 2- Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità del reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche».

Pertanto, nei confronti dell'autore di reato, è affermato il divieto alla perizia psicologica nella fase della cognizione. Tale divieto non vale nei confronti della vittima, del testimone e, più in generale, in ambito di minore età. In ambito penale, la diagnosi psicopatologica è finalizzata a *stabilire eventuali rapporti tra il o i disturbati psicopatologici e l'atto commesso o subito avente rilevanza giuridica*.

In ambito civile la Consulenza Tecnica è regolata dagli **artt. 61, 62, 63, 64, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197 e 201**

3. Cfr. Cass., sez. III civ., 20 ottobre 2014, n. 22225, in Giust. civ. Mass. 2014; Cass., sez. II civ., 31 marzo 2014, n. 7510, in Guida al Dir., 2014, 28, 72; Cass., sez. VI civ., 22 gennaio 2014, n. 1299, in Dir. e Giust., 2014; Cass., sez. II civ., 3 ottobre 2013, n. 22647, in Guida al Dir., 2014, 148, nonché il Consiglio di Stato, sez. VI, 12 febbraio 2014, n. 682, in Foro Amm., 2014, 2, 503, e ancora, l' art. 195 c.p.c.



c.p.c..

Esiste una sostanziale differenza tra il lavoro peritale nell'ambito civile e in quello penale: mentre nel penale, nella fase di cognizione, è vietata dal codice (art. 220) l'indagine sulla personalità del periziando autore di reato, nel contesto civile è proprio l'esame della personalità del soggetto (adulto o minore) ad essere in primo piano nel quesito del magistrato. Citiamo, ad esempio, alcuni quesiti, in ambito civile e penale:

«Esaminati gli atti contenuti nel fascicolo processuale, compiuti tutti gli accertamenti ritenuti opportuni, riferisca il CTU, in merito al contesto paterno e materno (comprendendo i compagni di ciascun genitore), tenuto conto delle personalità dei genitori e della loro capacità di svolgere la funzione genitoriale.

Riferisca della personalità del minore e della sua relazione con i due contesti. Dica quale possa essere l'evoluzione futura delle relazioni con entrambi i contesti e tenuto conto dell'esigenza di tutelare la possibilità che la relazione del minore con ciascuno di essi si sviluppi in modo da favorirne una corretta crescita affettiva, cognitiva e relazionale, esamini le possibili soluzioni di affidamento e collocazione, evidenziando gli aspetti positivi e quelli negativi» (valutazione della capacità genitoriale);

«Dica il Perito, compiuti i necessari accertamenti, anche strumentali, che riterrà più opportuni, se AB, al momento del fatto per cui è imputato, fosse capace di intendere e di volere e, in caso di risposta negativa, anche solo in parte, se egli sia persona socialmente pericolosa. Dica altresì se AB sia in grado di stare coscientemente nel processo» (perizia psichiatrica su persona imputata di omicidio);

«Dica il perito, previa lettura degli atti acquisiti e visita del periziando, quale sia l'attuale situazione psicopatologica del medesimo; quale sia la misura di sicurezza più idonea a garantire la risocializzazione del reo e se permanga lo stato di correlata pericolosità sociale ritenuta in sede di giudizio» (perizia psichiatrica su persona internata in O.P.G.).

Nei due contesti, civile e penale, sono diversi i quesiti formulati al consulente o al perito, ma del tutto identica è la necessità di rispondervi offrendo garanzie di attendibilità e scientificità, al fine di consentire al magistrato di assumere le proprie decisioni in giudizio<sup>4</sup>.

Come sostiene Fornari (2012), in ambito clinico-forense l'attendibilità dei risultati ottenuti nel corso delle indagini peritali e la "scientificità" della prova provengono non già esclusivamente dagli strumenti utilizzati (più o meno tecnologici, più o meno raffinati, in grado di "misurare" le funzioni mentali di un soggetto), ma dal **metodo che caratterizza il percorso valutativo, che deve essere rigoroso, sia che si tratti dell'ambito civile o dell'ambito penale, e rispettoso della deontologia.**

La valutazione diagnostica dovrà quindi attenersi a criteri metodologici corretti, secondo riferimenti condivisi dalla comunità scientifica, sia per quanto attiene al percorso valutativo che alla scelta degli strumenti di indagine. Anche la diagnosi, infine, dovrà fare riferimento (come già illustrato in relazione all'ambito clinico) a categorie nosografiche (quando possibile) e descrizioni del funzionamento psicologico normale o patologico riconosciute dalla comunità scientifica.

■ **In ambito civile**, l'intervento valutativo dello psicologo o dello psichiatra forense può venire richiesto nei seguenti campi (Fornari, 2015):

- amministrazione di sostegno, interdizione, inabilitazione;
- impugnazione di un atto (contratto, testamento, donazione);
- affidamento dei minori nei casi di separazione giudiziale;

4. Il sistema giudiziario statunitense ha sviluppato due importanti criteri relativamente alla cosiddetta prova scientifica sintetizzati nelle importanti sentenze Freye e Daubert. Secondo il criterio Freye il perito deve dimostrare che la metodologia seguita è condivisa dalla comunità scientifica di riferimento. Secondo il criterio Daubert il perito deve fare solamente delle affermazioni che sono falsificabili e deve specificare il grado di errore che è associato alle sue affermazioni. «Il giudice, nel valutare i risultati di una perizia o di una consulenza tecnica, ha l'onere di verificare la validità scientifica dei criteri e dei metodi utilizzati allorché essi si presentino come nuovi e sperimentali, e perciò non sottoposti al vaglio di una pluralità di casi e al confronto critico tra gli esperti del settore, si da non potersi considerare come acquisiti al patrimonio della comunità scientifica» (Cass. pen., sez II, 16.4.1997, n. 2751).

- affidamento e adozione di minori in stato di abbandono;
- danno biologico di natura psichica diretto e indiretto;
- invalidità civile, pensionabile, eccetera;
- problemi del consenso;
- responsabilità professionale;
- idoneità al lavoro, alla guida, al porto d'armi, allo sport agonistico, eccetera.

Nell'ambito civile, in relazione all'attività clinico-diagnostica del consulente, per ciò che attiene alla valutazione della genitorialità, **non appare scientificamente e deontologicamente corretto non evidenziare l'eventuale psicopatologia rilevata e, a monte di ciò, non compiere tutti gli accertamenti necessari per definire gli aspetti normali e patologici del funzionamento dei periziandi**. Il presupposto di tale necessità risiede nel fatto che il magistrato chiede al consulente di esprimersi sulla capacità genitoriale degli adulti di riferimento del minore, «*tenuto conto della personalità dei genitori*», personalità che può rispondere ai criteri di normalità o di patologia. In secondo luogo, occorre non dimenticare che il consulente si impegna, prestando giuramento, a fornire al giudice la verità: una **verità clinica** che andrà ad integrare la **verità processuale** e che è doveroso, sul piano metodologico e deontologico, esplicitare anche attraverso le evidenze che conducono a un quadro di funzionamento psicopatologico, quando queste siano attinenti al quesito del magistrato.

Nel caso in cui si giunga a una diagnosi psicopatologica è importante ricordare che qualsiasi tipo di psicopatologia rilevata (e ovviamente qualsiasi tipo di inquadramento nosografico si utilizzi) di per sé non è indicatore di una genitorialità negativa. Al contrario, l'attribuzione di una carente o del tutto insufficiente capacità genitoriale motivata *toutcourt* dall'esistenza di un quadro psicopatologico rappresenta un severo errore metodologico. In sostanza, quando si renda evidente un funzionamento psicologico connotato in senso patologico, occorrerà dimostrare clinicamente la correlazione tra la patologia riscontrata e la ricaduta negativa di questa sull'esercizio di una genitorialità sufficientemente buona oppure, al contrario, dimostrare la sussistenza di aspetti positivi riguardo a una capacità genitoriale conservata, nonostante la psicopatologia evidenziata.

■ **In ambito penale**, nella fase di *cognizione*, lo scopo delle indagini peritali varia a seconda del destinatario dell'accertamento peritale (Fornari, 2015).

Se si tratta di **autore di reato**, i quesiti sono finalizzati a stabilire:

- l'eventuale esistenza di un vizio totale o parziale di mente nell'indagato o nell'imputato al momento del fatto (ex artt. 88 e 89 c.p.);
- la maturità o meno del minore infradiciottenne (ex artt. 97 e 98 c.p. e art. 9 DPR 448/1988); nonché l'eventuale presenza di un vizio di mente;
- le condizioni di mente dell'autore di reato durante le fasi delle indagini preliminari fino al rinvio a giudizio e durante il dibattimento (ex art. 70 ss. c.p.p.);
- in tutti i casi, la presenza e la persistenza di pericolosità sociale psichiatrica.

In caso di **vittima di reato** l'accertamento peritale è finalizzato ad accertare:

- le condizioni di inferiorità psichica dei soggetti che hanno subito reati sessuali (ex art. 609 bis 1° co., c.p.);
- l'eventuale presenza di danni psichici sopravvenuti nelle vittime di maltrattamenti e di violenze sessuali (ex artt. 571 e 572 c.p. e L. 66/1996);
- le condizioni psichiche (infermità o deficienza psichica) delle vittime di circonvenzione (ex art. 643 c.p.).

Infine **nei confronti del testimone** l'accertamento forense si prefigge di stabilire:

- l'idoneità a testimoniare (ex artt. 196 e 498 c.p.p.). L'esame testimoniale di un testimone minorenni prevede che il magistrato possa avvalersi tra gli altri dell'ausilio di un esperto in psicologia infantile (art. 498 c.p.p.).

Nella **fase di esecuzione** (artt. 656-679 c.p.p. e art. 69, L. 354/1975):

- l'osservazione scientifica della personalità (artt. 27 e 28, DPR 230/2000; artt. 678 e 679 c.p.p.);
- l'individualizzazione del trattamento (art. 13, L. 354/1975; artt. 29 e 30 DPR 230/2000);
- le condizioni di mente attuali del condannato o dell'internato ai fini della compatibilità con l'esecuzione o con la prosecuzione della pena o di una misura di sicurezza, psichiatrica e non;
- le condizioni di mente dell'internato in vista della concessione di misure alternative.

Nella fase di cognizione, nei confronti dell'autore di reato, la perizia richiesta è sempre solo psichiatrica (artt. c.p. da 85 a 98), volta ad accertare l'imputabilità del soggetto in ragione della presenza o meno di un quadro di infermità mentale che «ne escluda o ne scemi grandemente la capacità di intendere o di volere» (artt. 88 e 89 c.p.).

In ambito penale la valutazione diagnostica di cui è incaricato lo psicologo è «un accertamento tecnico volto a esplorare il funzionamento mentale di un autore di reato (in collegio con lo psichiatra per il disposto dell'art. 220 c.p.) o, autonomamente, di una vittima o di un testimone» (Fornari, 2015). Nella fase di cognizione, le indagini che riguardano lo psicologo sono sostanzialmente rivolte alla vittima (circonvenzione di persona incapace, violenza sessuale) di cui si chiede di valutare rispettivamente la «deficienza psichica» (ex art. 643 c.p.) o la «inferiorità psichica» (ex art. 609 bis, 1° co., c.p.). In questi casi la valutazione si apre a una complessità spesso non riconducibile a un quadro psicopatologico che configuri una malattia mentale. Si tratta, infatti, di rintracciare quegli «indicatori clinici che costituiscono la premessa di quel difetto funzionale della capacità di autodeterminazione dell'esaminando, dovuta a cause psichiche non morbose (altrimenti si cadrebbe nell'ambito della infermità di mente) che si concretizzano non in una generica ma in una specifica, notevole, consistente dimostrabile minorazione del funzionamento mentale della vittima» (Idem), ovvero si tratta di valutare il soggetto nella sua *competence* (facoltà di analisi, giudizio, critica, previsione delle conseguenze dei propri atti, autodeterminazione e scelta), dimostrando la presenza, al momento del fatto, di uno stato di *suggestibilità particolare* o di *suggestibilità patologica*, tale da compromettere la sua capacità decisionale.

## I TEST MENTALI IN AMBITO FORENSE

Nella diagnosi clinico-forense è possibile utilizzare i test. Nel farlo è essenziale considerare la compatibilità tra strumento clinico e contesto forense, nonché tra dati ricavati attraverso lo strumento e la loro utilizzabilità per la risposta al quesito del giudice.

**Su quest'ultimo punto è importante ricordare che un corretto utilizzo degli strumenti psicodiagnostici comporta sempre la necessità di formulare una diagnosi clinica di indirizzo, al fine di individuare lo strumento più adatto per approfondire ciò che si ritiene debba essere verificato o approfondito.**

È questo il tema della specificità o della genericità dello strumento tecnico e della sua idoneità o meno a misurare ciò che intendiamo misurare (validità del test). In tal senso, la competenza clinica del consulente è in primo piano: innanzitutto nella sua capacità di formulare un'ipotesi (clinica ed investigativa al tempo stesso) e nello scegliere di conseguenza lo strumento di verifica più indicato; in secondo luogo, nell'utilizzare e nel riferire esclusivamente i risultati pertinenti con i quesiti del giudice, evitando, nel rispetto della deontologia, inutili ed intrusive divagazioni su aspetti della personalità o conflitti dei periziandi che poco o nulla hanno a che vedere con il quesito assegnato. Questo tema esemplifica la compenetrazione tra metodologia e deontologia. In particolare l'**art. 25 del nostro Codice Deontologico** affronta il tema del corretto uso clinico degli strumenti di diagnosi e valutazione (che devono essere corretti nel duplice senso di coerenti con ciò che vogliamo valutare e validati per quella finalità) e il tema della comunicazione dei risultati al soggetto interessato e al committente (nel caso del CTU, l'Autorità Giudiziaria).

**I test psicologici risultano di ampio utilizzo in ambito forense, in quanto complemento utile per un inquadramento diagnostico approfondito e completo. In tale contesto, come in ambito clinico, assume particolare rilevanza la relazione tra esaminatore ed esaminato, delle cui caratteristiche osservate si deve tenere conto nella valutazione testistica.**

**Va però sottolineato che, anche in ambito forense come in ambito clinico, non possono assurgere a unico riferimento per quanto riguarda la diagnosi clinica, in quanto le risultanze testali vanno sempre integrate con le evidenze cliniche e processuali, mettendone in luce anche criticità e limiti.**

Al fine di rendere un quadro diagnostico il più possibile esaustivo, risulta limitativo l'utilizzo di un solo test psicologico, ed in tal senso la comunità scientifica, generalmente, prevede una batteria di test comprensiva di reattivi, atti a valutare l'individuo nelle diverse aree del funzionamento psicologico.

Ciò non esclude che, per valutare singoli aspetti del funzionamento psicologico del periziando che risultino dubbi, e sulla base di una precisa diagnosi di indirizzo, i consulenti si possano accordare nella scelta di un solo test, specificamente individuato.

*«La percentuale di errori e di interpretazioni scorrette, quando sia utilizzata una batteria di test, appare fortemente ridimensionata se vi sia da un lato una valutazione complessiva che includa l'esame obiettivo psichiatrico, dall'altro l'esame di una serie di dati empirici (e documentabili), derivabili da strumenti testologici specifici di cui sia comunemente riconosciuta la validità e attendibilità» (Fornari, 2015).*

Dal punto di vista metodologico, i dati emersi devono sempre essere interpretati secondo quanto indicato dai manuali scientifici di riferimento, attenendosi rigorosamente alla metodologia di somministrazione ed elaborazione indicata, tenendo conto dell'evoluzione scientifica degli stessi, sia per ciò che attiene alle "tarature" e alle standardizzazioni più recenti, sia in riferimento alla introduzione di nuovi e validati strumenti volti ad esplorare specifiche tematiche o aree del funzionamento psicologico/psicopatologico<sup>5</sup>.

5. Per quanto attiene al test di Rorschach, strumento psicodiagnostico largamente diffuso presso i tribunali, si ritiene di dover sottolineare che i diversi metodi di raccolta, siglatura e interpretazione "sono tutti ugualmente validi e attendibili purchè si fondino su un sistema strutturato che rispetti i postulati di base di Hermann Rorschach e facciano riferimento a tarature nazionali aggiornate [...] L'utilizzo di un metodo piuttosto che un altro non implica una maggiore o minore attendibilità del Test [...]" (Parijs, 2012). Naturalmente, "l'esperto in psicodiagnostica dovrà basare le interpretazioni su dati più obiettivi possibile. L'utilizzo di una prova complessa quale è quella del Rorschach prevede un'analisi quantitativa, secondo i parametri della statistica descrittiva, prima ancora che simbolico-interpretativa" (Associazione Italiana Rorschach, 2003).

Una corretta valutazione testistica deve integrare i risultati delle diverse prove, che devono essere tra di loro coerenti. In caso contrario sta allo psicologo clinico-forense formulare ipotesi esplicative delle contraddizioni rilevate, evidenziando eventuali limiti e criticità (oppure errori), senza forzare in modo pregiudiziale l'una o l'altra delle ipotesi formulabili. Al riguardo **appare utile sottolineare come non sia clinicamente condivisibile la cosiddetta "diagnosi cieca"**, che può rivelarsi fuorviante in quanto passibile di condurre a inquadramenti errati: *«Di per sé, non può essere riconosciuta autonomia alcuna ai test mentali, perché essi forniscono solo alcuni degli infiniti elementi che compongono la personalità. Pur nella loro indubbia utilità, essi debbono essere collocati in una dimensione clinica: l'unica che consenta di avvicinarsi in maniera più precisa possibile e con le dovute garanzie di metodo alla comprensione dei problemi dell'individuo che si sta esaminando» (Idem).* Nel merito, non dobbiamo dimenticare che la valutazione clinica, in ambito forense, è sempre rivolta a persone che da tale valutazione vedono dipendere importanti aspetti della loro esistenza (libertà personale, affidamento dei figli, riconoscimento di un danno, ecc.), e ciò sia in ambito civile che in ambito penale. La valutazione in ambito peritale si presta dunque ad attivare difese, o condotte consapevoli, volte a dare un'immagine di sé positiva, nel comprensibile tentativo di orientare a proprio favore la valutazione. Tali forzature e distorsioni devono essere prese in considerazione dal consulente/perito che, anche per questa ragione, deve saper integrare le differenti evidenze cliniche, cogliendo e valutando le eventuali discordanze rilevate. *«I test sono sempre e comunque degli strumenti che di per sé non sono né buoni né cattivi, buono o cattivo può essere solo l'uso che se ne fa. Il giudizio di un esaminatore che sia espresso con parole o con numeri non cambia. Se è basato su informazioni scorrette o se il testista non ha un'esperienza adeguata, il giudizio non avrà valore. Le ulteriori analisi possono impressionare soltanto coloro che non comprendono o non vogliono comprendere questa cosa» (Hamilton, 1960).*

**IN SINTESI:**

- Lo psicologo può diagnosticare la psicopatologia nell'ambito delle competenze previste dall'[art. 1 della L. 56/89](#).
- Nell'attività diagnostica, lo psicologo clinico-forense fa riferimento anche alla nosografia riconosciuta dalla comunità scientifica.
- Lo psicologo clinico-forense deve garantire ai magistrati, agli avvocati e ai periziandi una competenza professionale di alto livello, sia clinica sia forense, insieme a un rigore etico e scientifico mai rinunciabili.
- In ambito clinico-forense ciò che conferisce affidabilità, attendibilità e validità ai risultati del lavoro peritale, e quindi anche dell'attività psicodiagnostica, è, a partire da una competenza professionale specialistica, l'utilizzo di una metodologia rigorosa, fondata scientificamente e rispettosa della deontologia professionale: coerenza e scientificità nella "strada che si percorre" (meta-hodòs) insieme ad una chiara consapevolezza dei confini del nostro campo d'azione (deontologia).



## APPENDICE 1

Un tema rilevante, in ambito civile, che si incontra nella valutazione della capacità genitoriale, e che **accomuna l'argomento della valutazione psicodiagnostica e la classificazione nosografica della patologia psichica, affrontato in questo documento**, è rappresentato dalla PAS (Parental Alienation Syndrome o Sindrome di alienazione genitoriale), una sindrome psichiatrica descritta da Gardner nel 1985 e frutto di importanti dibattiti sia in ambito clinico-forense che giuridico (Cassazione, 12 febbraio 2013, n. 5847; Cassazione, 20 marzo 2013, n. 7041).

«Si tratta di una patologia relazionale, per molti versi ipotetica e controversa, che insorge e si inasprisce essenzialmente nel contesto delle controversie che riguardano l'affidamento dei figli nei casi di separazione. La sua principale manifestazione è la campagna di denigrazione da parte del figlio nei confronti di un genitore, una campagna che non ha giustificazione. La sindrome s'incentra sull'esistenza di un forte legame con un genitore e radicale estraniamento, allontanamento (alienazione) dall'altro. Il genitore alienante, al quale il bambino è attaccato, legato, è un genitore influenzante che condiziona il bambino non solo da un punto di vista psicologico, ma anche comportamentale. Si assiste così a esplicite manifestazioni di ostilità, di provocazione, di odio, di rifiuto, basati su accuse di comportamenti negativi che il genitore alienato o i suoi familiari terrebbero contro di lui e sull'esposizione delle quali reitera clamorosamente secondo modalità espressive insensate, abnormi, o chiaramente false (molte denunce di abusi sessuali possono avere queste radici)» (Fornari, 2015).

Le vicende subite dalla PAS nel contesto giudiziario esemplificano un aspetto importante dell'argomento affrontato nel presente documento, aspetto che occorre sottolineare: se è vero che qualora lo psicologo clinico forense evidenzi, nella valutazione dei periziandi (adulti o minori), una patologia riconducibile ad una classificazione riconosciuta dalla comunità scientifica è certamente autorizzato a farvi riferimento, **è altresì vero che non tutti i funzionamenti psicologici di tipo patologico rilevati dallo psicologo clinico forense rientrano in una classificazione nosografica.**

Proprio la PAS si presta a esemplificare questo concetto, che bene illustra le considerazioni fatte sopra, secondo le quali lo psicologo applica la sua competenza in un ventaglio più ampio di obiettivi di rilevamento di dati rispetto allo psichiatra forense e ai suoi specifici sistemi di classificazione della psicopatologia.

Il terreno della PAS è per alcuni versi paradossale nel tema che stiamo affrontando, perché essa nasce come "sindrome psichiatrica", ma proprio in questa veste (e cioè in quanto sindrome psichiatrica non riconosciuta dai sistemi di classificazione internazionali) viene respinta dal sistema giudiziario.

Il paradosso è tuttavia solo apparente: non è infatti sostenibile, dal punto di vista scientifico, che la sola patologia psichica esistente sia quella inclusa nei manuali attualmente in uso per la classificazione dei disturbi mentali<sup>6</sup>; inoltre, non è neppure sostenibile, dal punto di vista scientifico, che la patologia psichica sia sempre riconducibile ad una "sindrome" psichiatrica, diagnosticabile quindi in un soggetto, o che, al contrario, il rilevamento nel soggetto di una costellazione specifica di sintomi (sindrome) sia necessariamente riferibile ad un quadro psicopatologico definito a priori in modo univoco.

Entrambi questi assunti di natura strettamente clinica, sono esemplificati nel concetto di PAS e sono alla base delle controversie che si sono espresse in ambito giudiziario negli ultimi anni.

Infatti, se affrontiamo dal punto di vista clinico la PAS, osserviamo, *in un'ottica psicologica e non psichiatrica*, come essa esprima una psicopatologia del sistema di relazioni di quel particolare nucleo familiare, psicopatologia le cui evidenze cliniche non sono costituite in via prioritaria da sintomi espressi da uno solo dei soggetti

6. La P.A.S., considerata dalla Cassazione "priva del necessario conforto scientifico" (Cass. Civ., sez. I, 20.03.2013, n. 7041), è ampiamente utilizzata dai giudici di merito (Tr. Messina, sez. I, 05.04.2007, n. 597; Tr. Min. Bari, 27.10.2010; Tr. Bari, sez. I, 06.09.2012; App. Venezia, 02.08.2012; App. Brescia, 17.05.2013). Corte di Appello di Brescia, 17.05.2013: "La mancanza di fondamento scientifico delle PAS (sindrome di alienazione genitoriale) non esclude che essa possa essere utilizzata ai fini del processo per individuare un problema relazionale in situazione di separazione dei genitori, pur non assumendo i connotati di una malattia vera e propria. Infatti, l'atteggiamento del bambino che rifiuta l'altro genitore, per un patto di lealtà con il genitore ritenuto più debole, può condurlo ad una forma di invischamento capace di produrre nella sua crescita non solo una situazione di sofferenza, ma anche una serie di problemi psicologici alienanti".



osservati (il minore nella descrizione di Gardner), ma dall'interazione tra i membri del sistema familiare (solitamente i genitori e il figlio). Questa interazione acquisisce il suo significato patologico attraverso il contributo di tutti i soggetti coinvolti e in particolare del genitore "alienante" che, con diversi livelli di consapevolezza, promuove un allontanamento del figlio dall'altro genitore, cagionando nel minore una sofferenza psichica osservabile e valutabile clinicamente (Gulotta, Cavedon, Liberatore, 2008; Cavedon, Magro, 2010).

All'interno di questa dinamica psicopatologica (di grave pregiudizio per il minore e di violazione del suo diritto alla bigenitorialità) è anche possibile individuare i sintomi descritti da Gardner nel bambino. Essi assumono però un valore clinico univoco (consentono cioè di affermare che si tratta proprio di PAS e non di altro fenomeno clinico) solo attraverso una "valutazione dell'intreccio relazionale patologico" che ne rende ragione e consente di dotarli di significato in quel particolare contesto osservato, in cui a volte (dunque non sempre) trova posto anche un disturbo psicopatologico, nosograficamente identificabile, a carico di uno dei soggetti adulti interessati, disturbo che può conferire, alle dinamiche di quel gruppo familiare, le sue peculiari caratteristiche cliniche.

Al contrario, sintomi rilevati e valutati esclusivamente sul minore che, teoricamente, potrebbero configurare una PAS, possono riferirsi ad altro tipo di disagio psicologico (ad esempio rifiuto di un genitore realmente maltrattante dal punto di vista fisico o psicologico), identificabile solo attraverso un attento esame delle caratteristiche relazionali della famiglia, una valutazione clinica approfondita dei singoli membri, insieme alla considerazione delle caratteristiche socio-ambientali del contesto in cui il minore è inserito.

Una valutazione clinica, in altri termini, che sappia andare oltre le evidenze sintomatiche.

*«È superfluo segnalare il danno psicologico (vissuti di perdita, di lutto, di abbandono, di impotenza e via dicendo) che questa sindrome può causare nel bambino usato da un altro genitore a fini esclusivamente perversi e/o patologici, ma anche l'estrema delicatezza e difficoltà dell'accertamento di una patologia relazionale grave, discriminandola dalla conflittualità e problematicità che si vengono "fisiologicamente" a creare nell'ambito di una separazione o di un divorzio, quando connotati già di per se stessi da un'elevata animosità. È chiaro che occorre documentare, con estrema accuratezza, da un lato la patologia relazionale esistente tra genitore alienante e figlio [...] e dall'altro l'inconsistenza della denunciata negatività del genitore alienato, di fronte agli atteggiamenti e ai comportamenti ostili, provocatori e di palese rifiuto manifestati dal figlio»* (Fornari, 2015)

Il discorso sulla PAS può essere esteso ad altre fattispecie clinico-forensi quali il mobbing (Ege, 2002)<sup>7</sup> e la sindrome del molestatore assillante o stalking (Lattanzi, 2003)<sup>8</sup>, che, non riconosciute come malattie mentali o sindromi psichiatriche, hanno ottenuto negli anni riconoscimento nella comunità scientifica e in ambito giudiziario. Riguardo allo stalking, lo stesso legislatore ha posto un importante accento sulla dinamica vittima-persecutore, sottolineando il rilievo che assume la sofferenza psicologica della vittima nella valutazione della condotta criminale del molestatore.

E ancora, in relazione al compito diagnostico dello psicologo clinico forense, non possiamo dimenticare le "perversioni relazionali" o "perversioni narcisistiche" (Filippini, 2003) che incontriamo quando siamo chiamati a valutare le relazioni familiari in cui nella coppia è presente un partner maltrattante (in senso morale e/o fisico).

Si tratta di quadri clinici distinti dalle perversioni *stricto sensu*, ovvero quelle sessuali<sup>9</sup>.

7. Fenomeno consistente in una serie di atti o comportamenti vessatori, protratti nel tempo, posti in essere nei confronti di un lavoratore da parte dei componenti del gruppo di lavoro in cui è inserito o dal suo capo, caratterizzati da un intento di persecuzione ed emarginazione, è finalizzato all'obiettivo primario di escludere la vittima dal gruppo. Una forma più attenuata di mobbing è lo "straining", una situazione di stress forzato un posto di lavoro in cui la vittima subisce almeno una azione che ha come conseguenza un effetto negativo nell'ambiente di lavoro, azione che ha una durata costante. La vittima è in persistente inferiorità rispetto alla persona che attua lo "straining". La Corte di Cassazione, con sentenza 3 luglio 2013, n. 28603, interviene sul tema qualificando comportamenti di "straining" come "mobbing attenuato".

8. Art. 612 bis c.p. (Atti persecutori): «Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque, con condotta reiterata, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita. La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge legalmente separato o divorziato o da persona che sia stata legata da relazione affettiva alla persona offesa».

9. «Il concetto di perversione relazionale si riferisce a un'area di fenomeni che non è adeguatamente descritta dal termine "sodomasochismo". (...) Questo termine connota innanzitutto la perversione sessuale; anche quando viene usato per indicare un tipo di relazione interpersonale, non sessuale, esso mette in risalto e dà valore al piacere

Tali situazioni di coppia vedono esprimersi la patologia proprio all'interno della relazione, attraverso l'estrinsecazione di un'aggressività distruttiva rivolta contro il partner, nei confronti del quale il "perpetratore" agisce i propri bisogni di controllo, sopraffazione, denigrazione, annullamento psicologico e, nei casi più gravi, fisico. Gli inglesi hanno coniato il termine "gaslighting" (Calef e Weinshel, 1981) per descrivere un tipo particolare di relazione di coppia perversa che, attraverso condotte agite dal perpetratore in modo conscio e/o inconscio, porta la vittima a dubitare di se stessa, della sua capacità di esame di realtà, arrivando a temere di impazzire. Ricordiamo che questo tipo di relazione patologica è inclusa nelle Linee Guida del Lazio per la valutazione del danno psichico.

In questi casi si tratta di compiere una valutazione non di sindromi o malattie mentali, ma di relazioni patologiche che possono determinare nella vittima un danno (esistenziale/biologico di natura psichica) anch'esso potenzialmente oggetto di valutazione clinico-forense.

Siamo quindi in presenza di disturbi relazionali che, in quanto tali, sfuggono alle categorizzazioni nosografiche, ma proprio per questo impegnano, ancor di più, lo psicologo clinico che si trova ad affrontarli nel contesto forense ed è chiamato a descriverli e valutarli in modo puntuale, esaustivo e comprensibile, per poter rendere le evidenze cliniche raccolte fruibili dal magistrato, che ad esse potrà fare riferimento nelle sue decisioni.

---

che entrambi i componenti della coppia traggono la loro modo di relazione. Si può anche aggiungere che molto spesso nella relazione sadomasochistica vi è un'inversione dei ruoli. Quando parliamo di perversione relazionale, invece, ci riferiamo al tipo di relazione che il perverso mette in atto con la sua vittima. Egli può provare piacere, il piacere che deriva dal detenere il potere e dal dimostrare a se stessi, tutte le volte che si vuole, che lo si detiene. La vittima non prova piacere: può provare confusione, sconcerto, perplessità, può diventare depressa e colpevolizzarsi, oppure, su un registro più maniacale, può illudersi, almeno all'inizio, di riuscire a curare il partner, o addirittura a guarirlo. Non mi sembra però di avere mai osservato qualcosa che si possa chiamare piacere in questi casi; inoltre, non c'è inversione dei ruoli: il perverso non lo può permettere» (Filippini, 2003).

## APPENDICE 2

Proponiamo un breve cenno a un settore applicativo, che vede impegnato lo psicologo in ambito forense: la **neuropsicologia**.

È una branca piuttosto recente della psicologia e abbraccia un campo molto vasto, che va dalla valutazione delle funzioni cognitive, nei sospetti di demenza, alla riabilitazione cognitiva con pazienti che presentano lesioni vascolari; dalla valutazione degli effetti di tossici quali il piombo o l'alcol, a quella del danno da tossicodipendenza o da traumi cranici.

Il *neuropsicologo clinico* esercita quindi un'attività diagnostica specialistica nella definizione dei profili di funzionamento psicologico di persone che manifestano disordini delle funzioni nervose superiori **provocati da una sofferenza organica del cervello**. «*Le encefalopatie (focali o diffuse) di vario genere possono provocare danni che si esprimono come disturbi di tipo cognitivo-comportamentale*» (Fornari, 2015), relativi ad aspetti cognitivi, emotivi ed esecutivi e di controllo. In sintesi, dunque, *la neuropsicologia forense «ha come obiettivo la valutazione di quelle lesioni del cervello che possono costituire infermità di mente» (Idem)*.

Poiché l'esame neuropsicologico si avvale sia di strumenti di indagine propri della professione di psicologo (quali l'osservazione, il colloquio, i test neuropsicologici) sia di strumenti di esclusiva competenza medica (indagini neuro radiologiche quali RM, TAC, PET, ecc.), ne consegue **un'attività diagnostica multidisciplinare**, nella quale collaborano col clinico neuropsicologo medici specialisti come il neurologo, il neuroradiologo, il geriatra, lo psichiatra e così via.

Sono proprio le più recenti acquisizioni della diagnostica neuroradiologica (*neuroimaging*) a caratterizzare il dibattito intorno alle neuroscienze nel contesto giudiziario, sollevando importanti quesiti di ordine scientifico, giuridico e filosofico, che, pur esulando dal presente lavoro, potremmo sintetizzare domandandoci se i dati rilevati da tali tecniche possano davvero avere la pretesa di individuare relazioni unicusali tra condotte osservate (in particolare quelle di rilevanza giuridica) e funzionamento cerebrale.

Occorre chiarire che le valutazioni clinico-forensi basate esclusivamente su accertamenti neurodiagnostici che attengono ad una valutazione delle condizioni anatomiche, metaboliche, biochimiche del cervello, **non competono al neuropsicologo**, il quale «*nell'offrire un valido aiuto alla ricerca di risposte e alla costruzione di inquadramenti clinici e di procedure valutative più articolate e maggiormente fondate sull'obiettività, e quindi sulla evidenza dei dati, può al massimo stabilire la compromissione di una funzione, ma non necessariamente la presenza di una lesione organica cerebrale*» (Fornari, 2015). D'altro canto, all'interno della globale valutazione neuropsicologica, anche le sofisticate tecniche di "*neuroimaging*" cerebrale (che, ripetiamo, sono di esclusiva competenza medica), dovrebbero «*per il momento essere viste come metodologie di approfondimento e di supporto*» (Stracciari, Bianchi, Sartori, 2010).

A miglior precisazione, sul versante forense, osserviamo come «*in tema di libero arbitrio, responsabilità e capacità decisionale, identificare alcune aree cerebrali la cui attività risulta indispensabile per lo svolgimento di determinati compiti non è la stessa cosa che spiegare causalmente il comportamento umano*» (Fornari, 2015). Dunque "*la clinica è sovrana*" nella valutazione forense, sia psichiatrica che psicologica: «*qualsiasi compromissione del funzionamento mentale individuale dovrà essere valutata nell'ambito di un discorso clinico che prenda sempre in considerazione l'intera persona, nella sua storia di vita irripetibile e non riproducibile in laboratorio*» (Idem).

**Affermare il primato della clinica nel contesto della valutazione psicoforense significa affermare la consapevolezza che la conoscenza psicologica, a partire da una professionalità competente, scaturisce dall'incontro di una mente con un'altra mente, di emozioni con altre emozioni, di vissuti con altri vissuti, secondo una metodologia rigorosamente corretta: e non già dall'incontro con un oggetto inanimato. Nasce quindi**

**dall'incontro di una persona con un'altra persona da parte di un osservatore che utilizza il proprio sistema cognitivo, affettivo e relazionale per comprendere il suo interlocutore.**

*«Su questo tema sarebbe auspicabile mantenere viva l'attenzione e il dibattito tra gli operatori giudiziari, perché è sempre presente il rischio di una pericolosa deriva neopositivista: quella che auspica la eliminazione della soggettività del clinico e cerca di sostituirla con l'oggettività dello strumento. Una deriva che, inconsapevolmente, segue la nostra più profonda, radicata e mai completamente abbandonata aspirazione infantile inconscia: l'onnipotenza, che vorrebbe poter misurare ed esorcizzare il mistero e la complessità della psiche umana. Un'onnipotenza che l'adulto cosiddetto maturo espelle dalla porta, elaborandola e ridimensionandola, ma inconsapevolmente fa rientrare dalla finestra attraverso un'operazione di proiezione dell'illusione infantile sullo strumento tecnico di indagine, che sarebbe in grado di fornire dati obiettivi, ipersemplicando e riducendo la conoscenza a dimensioni unifattoriali» (Palaziol, 2016).*

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- AIPG, *Linee guida deontologiche per lo psicologo forense*, Torino, 1999.
- AIPG, *Aggiornamento delle Linee guida per lo psicologo giuridico in ambito civile e penale*, Roma, 2009.
- AIR (Associazione Italiana Rorschach), *Protocollo relativo alla corretta utilizzazione delle tecniche proiettive in ambito forense*, Padova, 2003.
- APA (American Psychological Association), *Parere sulla diagnosi*, 2003.
- M. Basla M., Ziliotto G., *L'avvocato di famiglia: il ruolo dell'avvocato nell'ambito della crisi di famiglia, dal tentativo di mediazione agli abusi su minori*, Relazione al Corso di approfondimento organizzato da Giuffrè, Vicolungo (NO), 16 settembre – 2 dicembre 2011.
- Bergeret J., *La personalità normale e patologica*, Milano, Raffaello Cortina, 1974.
- Bricklin B., *Nuovi test psicologici per l'affidamento dei figli in casi di separazione e divorzio*. L'Access, Milano, Giuffrè, 2005.
- Calef V., Weinschel E., *Some clinical Consequences of Introjection: Gaslighting*, Psychoanal. Q., Jan; 50 (1): 44 – 66., 1981.
- Calvi E., *Parere sugli Atti Tipici della professione di Psicologo per l'Ordine degli Psicologi della Lombardia*, 2013.
- Calvi E., Gulotta G., *Il Codice Deontologico degli Psicologi*, Milano, Giuffrè, 1999.
- Calvi E., Gulotta G., *Il Codice Deontologico degli Psicologi (aggiornamento)*, Milano, Giuffrè, 2012.
- Camerini G.B., Volpini C. & Lopez G., *Manuale di valutazione delle capacità genitoriali*, Rimini, Maggioli, 2011.
- Carlomagno S., *La valutazione del deficit neuropsicologico nell'adulto cerebroleso*, Milano, Edizioni Masson, 2003.
- Carta di Noto, *Linee guida per l'esame del minore in caso di abuso sessuale* (aggiornamento 2011).
- Cavedon A., Magro T., *Dalla separazione all'alienazione parentale*, Milano, Franco Angeli, 2010.
- CISMAL, *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale*, 2001.
- CNOP (Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi), *Parere sulla Diagnosi Psicologica e Psicopatologica*, 2009.
- Dazzi N., Lingiardi V., Gazzillo F., *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*, Milano, Raffaello Cortina, 2014.
- DSM – V, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2014.
- Ege H., *La valutazione peritale del danno da mobbing*, Milano, Giuffrè, 2002.
- Ege, H., *Straining, Stalking e altre forme di conflittualità sul posto di lavoro*, Milano, Franco Angeli, 2005.
- Ferracuti S., *I test mentali in psicologia giuridica e forense*, Torino, Centro Scientifico Editore, 2008 .
- Filippini S., *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*, Milano, Franco Angeli, 2014.
- Filippini S., *I profili clinici del narcisismo: narcisismo e perversione relazionale*, Seminario del Centro Psicoanalitico di Firenze, 2003.
- Fornari U., *Il metodo scientifico in psichiatria e psicologia forense (parte 1)* in "Brainfactor – Cervello e Neuroscienze", 2011.
- Fornari U., *Le neuroscienze forensi: una nuova forma di neopositivismo?*, Cassazione penale, n.7/8, 2012.
- Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, VI edizione, Torino, Utet, 2015.
- Freilone F., *Psicodiagnosi e disturbi di personalità. Assessment clinico e forense*, Genova, Fratelli Frilli, 2011.
- Freilone F., *I test mentali in ambito forense*, in Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, cit., 2015.
- Gabbard G.O., *Psichiatria psicodinamica*, Milano, Raffaello Cortina, 1992.
- Galeazzi G.M., Curci P., Secchi C., *Sindrome delle molestie assillanti (stalking)*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003.
- Gardner R.A., *Recent trends in divorce and custody litigation*, Academy Forum, 29/2p, 1985.
- Granieri, A., *Teoria e pratica del MMPI – 2. Lettura clinica di un test di personalità*, Genova, Fratelli Frilli, 2007.
- Granieri A., *I test di personalità. Quantità e qualità*, Torino, Utet Universitaria, 2010.
- Gulotta G., *Parere Pro Veritate per il CNOP*, 2006.
- Gulotta G., *Compendio di psicologia giuridico – forense, criminale e investigativa*, Milano, Giuffrè, 2011.
- Gulotta G., Cavedon, A., Liberatore, M., *La Sindrome di Alienazione Parentale (PAS): lavaggio del cervello e programmazione dei figli in danno dell'altro genitore*, Milano, Giuffrè, 2008.
- Hamilton M., *A rating scale for depression* in "Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry", n. 23: 56 – 62, 1960.
- Hirigoyen M.F., *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*, Torino, Einaudi, 1989.
- ICD-10, *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*, X revisione, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2001.
- Lattanzi M., *Stalking. Il lato oscuro delle relazioni interpersonali*, Firenze, Ediservice, 2003.
- Lezak M.D., *Valutazione Neuropsicologica*, Vol. 1 e 2. Milano, Edra Editrice, 2000.
- Modena Group on Stalking, *Donne vittime di stalking*, Milano, Angeli, 2005.
- Palazol L., (in press) *Lo psicologo in ambito forense. La valutazione della capacità genitoriale nei procedimenti di separazione e divorzio tra metodologia e deontologia professionale*, in AA.VV., *Lo psicologo tra l'essere e il fare: problemi di deontologia applicata alla professione psicologica*, Roma, Publiedit.
- Pandolfi A.M., *Le perversioni relazionali nella coppia e nella famiglia*. Relazione al Convegno internazionale CeRP "Lo psicoanalista con e senza divano: Individui, famiglie, istituzioni tra psicosi e perversioni", 12 e 13 novembre, Verona, 1999.
- Parisi S., *Sull'uso della Psicodiagnostica Rorschach in ambito giuridico-forense*, [www.scuolaromanarorschach.it](http://www.scuolaromanarorschach.it), 2012.
- PDM, *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, trad. it. a cura di Ammaniti M., Dazzi N., Del Corno F., Lingiardi V., Milano, Raffaello Cortina, 2008.
- Pope K.S., Butcher J.N., Seelen J., *MMPI, MMPI – 2 e MMPI – A in tribunale*, Firenze, Giunti O.S., 2006.
- Ricco C., *Il diritto del figlio e di ogni minore di ascolto nelle procedure e la funzione riparativa del buon ascolto*, in "Rivista Minorigiustizia", Milano, Franco Angeli ed., 2014.
- Ricco C., (in press), *L'ascolto della persona minore di età nelle procedure giudiziarie: principi etici e deontologici*, in AA.VV., *Lo psicologo tra l'essere e il fare: problemi di deontologia applicata alla professione psicologica*, Roma, Publiedit.
- Rossi P., *PAS e giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo*, AIPG Newsletter, 47, 2 ss., 2011.
- SINPIA, *Linee guida in tema di abuso sui minori*, Trento, Erikson, 2007.
- Stracciari A., Bianchi A., Sartori G., *Neuropsicologia forense*, Bologna, Il Mulino, 2010.

**CONSULTA PSICOFORENSE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL PIEMONTE**

- **Viviana LAMARRA** - Psicologa, Psicoterapeuta di indirizzo Sistemico-Relazionale, libera professionista, iscritta all'Albo dei Consulenti Tecnici e dei Periti del Tribunale di Torino, docente dell'Istituto Torinese di Psicologia, Socio Ordinario SIC (Società Italiana di Criminologia), Membro del Direttivo della Società Marcè Italiana per la Salute Mentale Perinatale.
- **Loredana PALAZIOL** - Psicologa, Psicoterapeuta, Psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) e dell'International Psychoanalytical Association (IPA), iscritta all'Albo dei Consulenti Tecnici e dei Periti del Tribunale di Torino, Associata alla Scuola Romana Rorschach, Professore a contratto di "Psicologia Clinica in Ambito Forense" presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino, già dirigente del Servizio di Psicologia della Casa di Cura Neuropsichiatrica "Ville Turina e Amione" di San Maurizio Canavese.
- **Enrico PARGLIONE** - Psicologo, Psicoterapeuta. Perfezionato in psicologia giudiziaria, civile e penale (Master I.T.P.). Consigliere Tesoriere presso l'Ordine degli Psicologi del Piemonte, socio della Società Internazionale di Schema Therapy, docente sui temi relativi al trattamento dei disturbi di personalità presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva Comportamentale nell'ambito Clinico e Forense e presso l'Istituto Watson.
- **Claudia RICCO** - Psicologa, Specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapeuta, Ph.D in Scienze Umane-Psicologia Clinica e delle Relazioni Interpersonali, Professore a contratto di Psicologia Clinica e di Psicologia Dinamica presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino, Giudice Onorario del Tribunale per i Minorenni di Torino, Socio dell'AIMMF (Associazione Italiana dei Magistrati per i Minorenni e per la Famiglia), iscritta all'Albo dei Consulenti Tecnici e dei Periti del Tribunale di Torino, iscritta all'Albo dei Periti del Tribunale Ecclesiastico Regionale Piemontese, Socio dell'Associazione Culturale Sándor Ferenczi, membro dell'International Sándor Ferenczi Network.
- **Giuliana ZILLOTTO** - Psicologa, Psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico, Dirigente SSvDO Psicologia Clinica presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara, Consulente Tecnico del Giudice presso il Tribunale di Novara, Docente di "Psicologia dello Sviluppo" presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia COIRAG di Milano.



## REFEREE

- **Pier Giorgio ALGOSTINO** - Magistrato in quiescenza, già Presidente della Sezione VII civile, Famiglia e minori, presso il Tribunale di Torino.
- **Eugenio CALVI** - Avvocato, Psicologo, Psicoterapeuta, già Presidente della Società Italiana di Psicologia (SIPs), primo Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte, Coordinatore della prima Commissione per la redazione del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- **Ugo FORNARI** - Neuro Psichiatra e Medico Legale, già Professore Ordinario di Psicopatologia Forense dell'Università degli Studi di Torino.
- **Antonella GRANIERI** - Professore Associato Confermato di Psicologia Clinica, Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino. Specialista in Psicologia Clinica. Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) e dell'International Psychoanalytical Association (IPA). Già Giudice Onorario della Sezione Minori - Corte d'Appello di Torino.

Torino, 18 febbraio 2016