

Parere delle Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria sui temi della imputabilità e pericolosità sociale

Le Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria hanno costituito una Commissione congiunta con l'obiettivo di formulare un parere sui temi della imputabilità e pericolosità sociale da offrire, quale contributo tecnico, alla riflessione della Commissione di Studio di riforma del Codice penale presieduta dal Cons. Carlo Nordio.

La Commissione è così costituita:

- Prof. Tullio BANDINI, *Ordinario di Psicopatologia forense, Università di Genova, Past-President della Società Italiana di Criminologia*
- Prof. Roberto CATANESI, *Ordinario di Psicopatologia forense, Università di Bari, Segretario della Società Italiana di Criminologia*
- Prof. Salvatore LUBERTO, *Ordinario di Criminologia, Università di Modena V. Presidente della Società Italiana di Criminologia*
- Prof. Mario MARIGO, *Ordinario di Medicina legale, Università di Verona Presidente della Società Italiana di Medicina legale*
- Prof. Giancarlo NIVOLI, *Ordinario di Psichiatria, Università di Sassari Presidente Società Italiana di Psichiatria forense*
- Prof. Luigi PALMIERI, *Ordinario di Medicina legale, Università di Napoli Past-President della Società Italiana di Medicina legale*
- Dr. Elvezio PIRFO, *Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL 3 Torino Consigliere nazionale Società Italiana di Psichiatria*
- Prof. Pietrantonio RICCI, *Ordinario di Medicina legale, Università di Catanzaro Presidente Istituto Italiano di Medicina sociale, Roma*
- Dr. Francesco SCAPATI, *Direttore Dipartimento Salute Mentale ALS TAI Taranto V. Segretario Società Italiana di Psichiatria*

Va preliminarmente precisato che nel formulare le proprie opinioni la Commissione ha tenuto conto dei pareri espressi da precedenti Commissioni Ministeriali di riforma del Codice penale (Pagliaro e Riz); particolare attenzione è stata poi riservata alla Relazione della Commissione Ministeriale di riforma del Codice penale istituita il 1.10.98 e presieduta dal prof. Carlo Federico Grosso.

Sul piano metodologico si è proceduto formulando pareri su singoli aspetti costituenti la tematica e segnatamente su:

- 1) conservazione o cancellazione della dizione “*infermità*”;
- 2) opportunità di inserimento, al fianco dell’*infermità*, di formulazioni del tipo “*anomalie o disturbi della personalità*”;
- 3) conservazione del concetto di “*capacità di intendere e volere*” o sostituzione con altra formulazione;
- 4) conservazione o cancellazione del vizio parziale di mente;
- 5) non imputabilità per minore età;
- 6) intossicazione acuta e cronica da sostanza alcoliche o stupefacenti;
- 7) trattamento dei soggetti non imputabili

Premessa

Prima di procedere all’esame dei singoli punti la Commissione ritiene di dover formulare brevi considerazioni di carattere preliminare, che contengono peraltro i principi sui quali sono stati articolati i pareri che seguono.

In primo luogo va detto che l’esperienza clinica e medico-legale, in sintonia con le risultanze della letteratura, consente di affermare che è priva di fondamento l’idea che il malato di mente sia stabilmente privo della facoltà di comprensione degli eventi, come pure che formulare una diagnosi, quale essa sia, identifichi uno stato di incapacità. Non c’è equivalenza, in altri termini, fra disturbo psichico e vizio di mente.

Un malato di mente può scegliere come comportarsi sulla base di valori, credo, idee, motivazioni che non necessariamente dipendono dalla malattia di cui è portatore; ciò vale per qualsiasi scelta, dunque anche nell’ipotesi di un reato. Può accadere che la malattia condizioni le sue decisioni, ma non è affatto percorso obbligato. Dunque anche il malato di mente, a certe condizioni, può e deve rispondere del suo operato di fronte alla Legge.

La Commissione, quale naturale conseguenza, ritiene che al vizio di mente si giunga ad una visione restrittiva dell’uso del vizio di mente, cui poter giungere solo in presenza di chiare e dimostrabili patologie di mente, tali da alterare sensibilmente il funzionamento psichico di un individuo e quando queste si pongano in stretta correlazione con il delitto, ovvero quando il reato sia causalmente correlato alla condizione morbosa.

Riteniamo inoltre opportuno segnalare all’attenzione della Commissione Ministeriale di riforma del Codice penale quei limiti di conoscenza attuale delle discipline mediche che condizionano la possibilità dei periti di rispondere in modo scientificamente fondato ai quesiti posti e degli psichiatri clinici di poter ottenere con il trattamento anche il “controllo” dell’infermo di mente-reo.

Relativamente alle prime riteniamo doveroso segnalare come le conoscenze cliniche attuali non consentano che limitate possibilità di esplorazione e valutazione di quella che oggi è definita dal Codice penale come “*capacità di volere*”, più in generale su quello che suol definirsi atto di volontà.

L’indagine psicopatologica è in grado di fornire utili elementi di analisi e valutazione del percorso del pensiero di un individuo, il perito è in possesso di strumenti clinici – e psicodiagnostici – efficaci per lo studio del funzionamento psichico, è in grado di formulare giudizi fondati sulla qualità dell’ideazione, ma poco può dire, sul piano scientifico, in ordine al processo di volontà. Dobbiamo ammettere che attualmente insufficienti sono i mezzi tecnici a disposizione del perito per dissertare – al di là delle soggettive interpretazioni - sui limiti di questa funzione. Non a caso quello del volere è il terreno abituale di scontro di perizie “deboli”, prive cioè di elementi psicopatologici indiscussi; è anche il tema sul quale più spesso – in carenza di concrete possibilità di verifica – si assiste a scontri peritali nei quali si fronteggiano le ipotesi più varie e, talvolta, “fantasiose”.

In merito invece agli interventi terapeutici e segnatamente alle capacità che questi possano svolgere, indirettamente ruolo di controllo sociale, è bene chiarire che le attuali conoscenze scientifiche non consentono di trattare ogni forma di disturbo psichico in modo da garantire adeguatezza di funzionamento. Non sempre poi – anche quando ciò accade - si raggiunge contestualmente adeguatezza di comportamento.

I concetti che ci preme mettere in evidenza sono due:

a) vi sono quadri psichiatrici di difficile approccio e con scarsa responsività al trattamento;

b) comportamento delittuoso e malattia di mente, quando pure presenti in uno stesso soggetto, non sempre sono interconnesse al punto che, curata la malattia si ottiene anche adeguatezza di comportamento.

Diagnosticare un disturbo non significa avere sempre soluzioni utili ad un tempo a restituire corretto funzionamento psichico, benessere soggettivo ed esclusione di recidiva di reato. Con un adeguato percorso trattamentale, questo può accadere in un apprezzabile numero di casi, ma non sempre e non per tutti.

1) Conservazione o cancellazione della dizione “*infermità*”

Parere condiviso dalla Commissione è che non esistono terminologie cliniche che possano utilmente sostituire il concetto di “*infermità*”. Pur consapevoli dei

limiti mostrati nel tempo da una nozione che la Giurisprudenza ha qualificato in ogni modo, riteniamo che qualsiasi altro termine (ad es. malattia mentale o disturbo mentale) porterebbe con sé inevitabilmente analoghi, se non maggiori, problemi di indeterminatezza.

La flessibilità interpretativa associata ad un termine “contenitore” come quello di infermità è, per altro verso, in grado di venire incontro alle inevitabili correzioni di rotta che la scienza medica nel tempo propone, evitando contestualmente il rischio di adesione ad una nomenclatura psichiatrica che oggi può apparire sintonica con il sapere scientifico ma che, rapidamente, potrebbe essere sostituita da altra.

A ciò si aggiunga che nel tempo sono caduti quegli steccati giurisprudenziali che limitavano il concetto di infermità alle sole psicosi ed al “ritardo mentale”, venendo incontro a ciò che dottrina criminologica e psichiatrico-forense da tempo sostengono, e cioè che non è il diagnosticare una malattia, ovvero qualificarla come “infermità”, il punto determinante dell’accertamento peritale quanto mettere in luce la reale incidenza del disturbo diagnosticato su quello specifico reato. Anche per questo motivo riteniamo si possa accettare di continuare ad utilizzare il termine *infermità*, lasciando naturalmente che sia la Giurisprudenza a dettarne nel tempo limiti e confini.

L’unica ipotesi che si prospetta, quale possibile alternativa, è la dizione “*disturbo psicopatologico*” che potrebbe – non senza limiti peraltro identificabili – forse evitare l’irruzione di interpretazioni o visioni troppo “psicologiche”. Se è vero difatti che non si può aprioristicamente escludere che anche disturbi patologici diversi dalle psicosi o dai deficit cognitivi possano, in alcuni casi, incidere significativamente sulle capacità di adeguata comprensione dei fatti (ad es. in gravi disturbi della personalità), restiamo convinti che l’infermità causalmente correlata al delitto debba ricondursi ad un apprezzabile e rilevante disturbo psicopatologico che comprometta sensibilmente il funzionamento psichico di un individuo.

Se così non fosse, se si lasciasse spazio ad interpretazioni eccessivamente “psicologiche”, il rischio è non solo di sensibile allargamento del ricorso al vizio di mente – scelta legislativa sul cui merito rispettosamente non entriamo – ma, ed è questo il punto che intendiamo sottolineare, quello dell’arbitrio peritale, delle perizie risolte sulla base di virtuosismi argomentativi che poco hanno a che fare con la psicopatologia, con quadri francamente patologici.

E’ bene sottolineare che quando si transita dal piano della valutazione psicopatologica concernente la patologia di mente a quella psicologica aumenta sensibilmente il margine di aleatorietà, la soggettività di giudizio. Quando le valutazioni vengono fondate non più sulla identificazione di dati controllabili e confutabili, quali possono essere considerati segni o sintomi psicopatologici,

bensi su valutazioni psicologiche, è molto più alto il rischio che i giudizi siano ancorati ad intuizioni personali o ad elementi soggettivamente interpretati come probanti.

Tutto ciò produrrebbe allontanamento ancor più sensibile da una auspicabile coerenza di giudizio e –cosa che a noi preme particolarmente – si scosterebbe sensibilmente dalle esperienze maturate in ambito clinico e peritale.

2) Sull'opportunità di inserimento, al fianco dell'infermità, di formulazioni del tipo “anomalie o disturbi della personalità”

In proposito si ritiene preferibile non aggiungere altra formulazione al fianco del termine *infermità* – o di quello che la Commissione Ministeriale vorrà scegliere – per diverse ragioni ed in particolare:

- Se non si pongono rigidi steccati al concetto di *infermità* non c'è motivo perché anche disturbi della personalità, o altre condizioni morbose possano, a certe condizioni, essere considerati rilevanti ai fini del giudizio di imputabilità. Questo, fra l'altro, già avviene alla luce della attuale Giurisprudenza.

- differenziando concettualmente i disturbi della personalità o le gravi anomalie da tutto ciò che invece qualificiamo *infermità*, si dà quasi l'idea che ad essi si voglia attribuire importanza o significato diverso, enfatizzandone il ruolo. Il rischio che si paventa è la facilità di strumentalizzare detta diagnosi in ambito giudiziario, vista fra l'altro la difficoltà a tener distinti in un'Aula di Giustizia “*tratti di personalità*” (che delineano solo il modo di essere di un individuo) da un vero e proprio *disturbo di personalità*.

Il sospetto viene alimentato dal fatto che nel D.D.L 2038 venga posta una distinzione delle anomalie in “gravi” e “gravissime”, collocando queste due accezioni nelle voci rispettivamente del vizio parziale e totale di mente. Si sottolinea, peraltro, la difficoltà a separare ciò che è “grave” da ciò che è “gravissimo”, nel senso che il perito è carente di parametri scientifici utili - in un contesto giudiziario - ad oggettivare tale differenza.

Ci permettiamo inoltre di far notare come raramente disturbi della personalità risultino talmente gravi da produrre un disturbo della comprensione dei fatti, da alterare la capacità di sintonia cognitiva con la realtà, come raramente ad essi si attribuisca peso tale da giungere ad un vizio di mente.

V'è poi un'altra critica sollevabile all'uso del termine disturbo della personalità. Si tratta di termine troppo legato alla attuale nosografia psichiatria, a rischio dunque di diventare obsoleto – e difficilmente utilizzabile – nel tempo.

Quanto al concetto di *anomalia* esso ci appare troppo vago, difficilmente delimitabile, con il rischio di vedervi confluire tutto ciò che la psichiatria è in grado di classificare, ed è tanto. Ogni forma di disturbo – dalla pedofilia alla cleptomania – potrebbe essere agevolmente considerato tale e solo parzialmente potrebbe fungere da freno al filtro della obbligatorietà del nesso causale, specie se il riferimento al vizio è collegato al “volere”. Tutto ciò porterebbe inevitabilmente, a nostro avviso, ad un progressivo allargamento delle ipotesi di non imputabilità.

La *anomalia* richiama poi troppo da vicino l’ambiguo concetto di “normalità” e non a caso, nel recente dibattito in tema, è stato citato quale ipotesi utile a comprendere anche casi giudiziari “inspiegabili”, che sfuggono cioè anche alla capacità di comprensione (ed immaginazione) dei periti, laddove manchi motivazione “apparente” al delitto, o questa appaia inconsistente o francamente abnorme. Quando, per l’appunto, il delitto si allontana dalla aspettativa di normalità.

Va detto a questo proposito che a nostro avviso la inconsistenza della motivazione - inconsistenza nella prospettiva altrui, naturalmente, non in quella della soggettività dell’autore del delitto - o la gravità della condotta non é mai sufficiente ad attribuire ad un comportamento valore di malattia, ovvero significato di patologia di mente rilevante ai fini del giudizio di imputabilità. Comportamenti abnormi sono possibili anche soggetti “normali”.

E’ appena il caso di ricordare, a proposito di delitti inspiegabili, la facilità con la quale versioni motivazionali possono essere modificate ed articolate secondo strategie difensive più utili. Un delitto inspiegabile potrebbe nascondere solo la mancata volontà, dell’autore, di riferirne la vera motivazione.

Contrastiamo, in altri termini, l’idea di psichiatrizzare ogni comportamento criminale, che nasconde solo la rassicurante volontà di attribuire a tutto ciò che è inspiegabile, che va al di là della aspettativa comune, ovvero a tutto ciò che esprime eccesso di crudeltà, il significato di malattia di mente.

3) Conservazione del concetto di “capacità di intendere e volere” o sostituzione con altra formulazione

La formulazione prospettata dalla Commissione Ministeriale presieduta dal prof. Grosso, ovvero “*la possibilità di comprendere il significato del fatto o di agire in conformità a tale valutazione*” ci sembra porsi molto meglio della attuale in sintonia con la realtà clinica e con gli obiettivi concreti cui può tendere un perito.

Riteniamo poi particolarmente condivisibile la scelta della Commissione “Grosso” di non fare riferimento, come accade in altre legislazioni, alla capacità di “*comprensione dell’illiceità del fatto*”, posto che per lo più non è questa la funzione compromessa, anche nei malati più gravi. Non possono esservi dubbi, difatti, che la maggior parte degli individui, non solo quelli affetti da gravi o gravissimi disturbi di personalità, ma anche psicotici veri e propri (basti pensare ai paranoici) abbiano ben chiaro cosa stiano facendo, anzi per lo più è proprio quello che vogliono intensamente fare, come pure che a loro è chiaro che quel comportamento è un delitto. Fuor di luogo, poi, che lo sappiano individui portatori di disturbi minori. La prova è che nella maggior parte dei casi si adoperano, anche in modo molto abile, per non essere trovati dalla Polizia, che molti di loro organizzano e pianificano i delitti ed anche il post-delitto, con ciò rendendo del tutto evidente di ben comprendere l’illiceità del fatto.

La compromissione più evidente, e più importante nella prospettiva del vizio di mente, si pone invece a nostro avviso sul piano della corretta sintonia con la realtà e, più in generale, su quello del funzionamento psichico; attenzione da parte nostra viene difatti abitualmente posta su quegli elementi psicopatologici in grado di interferire con la corretta decodifica ed adeguata comprensione degli elementi di realtà, sui processi di attribuzione di significato, sul grado di sintonia cognitiva con il mondo circostante, sulla ricorrenza ed incidenza di eventuali fenomeni distorsivi del pensiero (deliri, deliroidi, idee di riferimento, ecc.), di disturbi della percezione o della coscienza; tutti elementi in grado di alterare “*il significato*” di quel fatto-delitto messo in atto.

Tutto ciò ci sembra possa trovare migliore accoglienza nella formulazione “*comprendere il significato del fatto*” rispetto alla attuale “*capacità di intendere*”.

In coerenza poi con quanto detto in premessa, ribadiamo ancora una volta le nostre perplessità sulla possibilità di fornire un parere scientifico che possa dirsi fondato sul “*volere*” di un individuo, valutazione forse più filosofica che psicopatologica.

Esperienza e studi ci insegnano che molti fattori, non solo psicopatologici, sono in grado di limitare gli spazi di libertà individuali. Fattori ambientali e sociali possono ridurre di sicuro i margini di scelta, così come il credo religioso, l'appartenenza a formazioni sottoculturali, e così via. Di certo influiscono sul grado di libertà fattori psicologici, che riguardano la singola organizzazione psichica, che consentono a taluno, ad esempio, di resistere a determinati stimoli frustrazionali ed ad altri invece meno. Spazi di libertà sono di certo limitati dagli stati emotivi, da sentimenti quali l'ira, la passione, la paura, il risentimento. Possiamo dunque dire che lo spazio di libertà è diverso da persona a persona ma anche nella stessa persona da momento a momento, a seconda delle circostanze. Come pure che lo spazio di libertà è sempre un po' limitato. Ma poco possiamo

concretamente dire, che abbia naturalmente solido fondamento scientifico, in ordine agli spazi di libertà di quel determinato individuo in quel determinato momento, proprio mentre commetteva quel gesto.

4) Conservazione o cancellazione del vizio parziale di mente

Pur consapevoli delle molte critiche che sono state sollevate, anche nelle nostre comunità scientifiche, sul vizio parziale di mente esprimiamo parere favorevole al suo mantenimento per le seguenti ragioni.

Come anticipato in premessa oggi riteniamo che spazi di libertà, quote di capacità siano rilevabili anche nel malato di mente e che dunque egli possa, a certe condizioni, essere chiamato a rispondere innanzi alla Legge dei propri atti. Ciò detto è egualmente indiscutibile che la malattia mentale, specie certe malattie come le psicosi, possano interferire sulle possibilità di adeguata comprensione dei fatti. Magari non la aboliscono, non la cancellano del tutto, ma di sicuro la limitano, ed anche sensibilmente.

L'ipotesi di un vizio parziale di mente è, dunque, quella che oggi meglio corrisponde all'attuale sentire scientifico, che ritiene cioè il malato di mente per lo più imputabile, ma con capacità limitate dalla sua malattia. Il vizio parziale di mente dovrebbe di conseguenza essere la fattispecie cui più frequentemente, a nostro avviso, si dovrebbe far ricorso in presenza di disturbo mentale la cui espressività sintomatologica, al momento del fatto, sia correlata causalmente con il delitto commesso.

Si deve peraltro ammettere che vi sono situazioni limite, sul piano psicopatologico (ad esempio stati confusionali in corso di psicosi, demenze), nelle quali se spazi residui di libertà vi sono, questi sono talmente limitati e soverchiati dal disturbo mentale che è inimmaginabile una attribuzione di responsabilità all'autore del delitto. Vi sono casi, anche se limitati, nei quali il funzionamento psichico è così compromesso che il soggetto non sa neppure di quale delitto lo si accusa; in questi casi, che statisticamente sono da considerare rari, riteniamo che il vizio totale di mente sia l'unica previsione accettabile.

Per questi motivi stimiamo che la previsione di un vizio totale e parziale di mente, pur con tutti i limiti ben noti, sia quella che meglio corrisponda alla multiforme diversità della malattia di mente.

5) Non imputabilità per minore età

Il dibattito sul tema dei limiti di età per considerare imputabile un minore è stato molto intenso negli ultimi tempi ma v'è da dire che, allo stato, non vi sono

evidente scientifiche che giustifichino o sostengano la scelta di modificare il limite di 14 anni attualmente previsto.

Se è vero difatti che i minori di oggi sono sensibilmente diversi da quelli del 1930, se è indiscutibile che l'assetto psicologico dei minori non possa dirsi sovrapponibile a quello degli infraquattordicenni di una volta, è egualmente vero che diversità non significa maggiore o minore maturità. Oggi, ad es., osserviamo nelle nostre perizie minori con qualità cognitive sicuramente maggiori rispetto ad un passato neppure lontano, ma che per altro verso appaiono più "immaturi" sul piano affettivo e pulsionale.

Non sono dunque ragioni "tecniche" a poter motivare un innalzamento o abbassamento dell'età minima per l'imputabilità; non esistono differenziazioni dell'assetto psicologico tali da consentire di dire che quella dei 13, o 15 anni, è età preferibile a 14. Fermo restando dunque il carattere di arbitrarietà comunque sotteso alla scelta non vi sono ragioni "scientifiche" per suggerirne una modifica.

Si segnala al più la opportunità di armonizzare il limite di età previsto per l'imputabilità con quelli imposti da altre normative nazionali (ad es. 13 anni per fornire il consenso ad atti sessuali, 12 per esprimere un parere sull'adozione, ecc.) e con il trend normativo europeo.

6) Intossicazione acuta e cronica da sostanza alcoliche o stupefacenti

Sul tema – complesso perché intriso non solo di ragioni tecniche ma anche di politica criminale - noi riteniamo di formulare solo poche sintetiche considerazioni.

In primo luogo a nostro avviso sarebbe opportuno tenere distinti – sul piano dell'articolato - l'infermità connessa a disturbo mentale dai variegati quadri morbosi conseguenti ad intossicazione da sostanze psicotrope, trattandosi di realtà molto differenti sul piano clinico. Laddove si creino punti di sovrapposizione, ovvero nei rari casi in cui una intossicazione da sostanze produca un reale disturbo psicopatologico (ad es. un disturbo mentale organico, una psicosi tossica, ecc.) questo potrebbe essere accolto all'interno del contenitore "infermità".

Il rischio, che è facile intravedere nell'impianto prospettato dalla Commissione Grosso, è il transito agevole di buona parte degli stati di intossicazione acuta da assunzione di sostanze psicotrope nelle previsioni del vizio di mente.

Da un lato è fuori discussione che nella quasi totalità dei casi - fatti salvi, cioè, quei quadri morbosi comunque considerabili infermità - la capacità di comprendere "*il significato del fatto-reato*" (ovvero quella che oggi chiameremmo

“capacità di intendere”) sia conservata nei tossico-dipendenti. Per altro verso è agevole immaginare che un “difetto del volere” possa essere invocato in buona parte delle forme di dipendenza da sostanze visto che, per definizione, chi versi in stato di dipendenza psicologica e/o fisica alterata ha quantomeno una alterazione della capacità di controllo. Facile dunque prevedere un ricorso, anche strumentale, a questa ipotesi.

La Commissione ritiene invece che il problema dei delitti commessi da tossicodipendenti potrebbe essere utilmente affrontato piuttosto che con speciali previsioni sull'imputabilità – fatti salvi i casi di particolare rilievo che, come detto, troverebbero collocazione nell'infermità - sul piano del trattamento differenziato, con maggiore attenzione cioè alle possibilità trattamentali. Spostando, in altri termini il piano di discussione dal vizio di mente alle possibilità di recupero, magari considerando la dipendenza da sostanze come una attenuante.

Tanto ci sentiamo di sostenere in ragione anche del dilagare, in ambito clinico, della “patologia delle dipendenze”, i cui spazi si sono allargati – negli ultimi anni - a comprendere nuove quadri morbosi, non solo di abuso di sostanze. E' il caso, ad es., del disturbo d'azzardo patologico, o del disturbo da acquisto compulsivo, forme nuove di dipendenza ma con ben delineabili riflessi criminologici.

Si tratta di quadri che la psichiatria – oggi affetta da rinnovata “passione” classificatoria - genericamente comprende nel capitolo del “disturbo del controllo degli impulsi”, disturbi a tutti gli effetti tanto è vero che ne è stata formalmente attribuita la competenza trattamentale ai Servizi per le tossicodipendenze. Non è intento della Commissione disconoscere a questi quadri morbosi dignità di disturbo o negare le quote di sofferenze ad essa legate, ma solo sottolineare come l'allargamento ad una gamma sempre più ampia di comportamenti antisociali dello spettro dei disturbi mentali, prefiguri chiari scenari anche in ambito giudiziario.

Quanto poi alla “cronica intossicazione”, alla luce delle lunga discussione dottrina, culminata nella ben nota Sentenza 114/98 della Corte Costituzionale, si deve ammettere trattarsi di concetto non applicabile ad ogni sostanza stupefacente, ma che mantiene una sua dignità clinica.

7) Trattamento dei soggetti non imputabili

Sul tema va detto che il progetto presentato dalla Commissione ministeriale “Grosso” rispecchia in larga parte le indicazioni della letteratura criminologica, psichiatrica e medico-legale degli ultimi anni e pertanto non può che essere condiviso nella sue linee generali.

Particolare apprezzamento trova la cancellazione dell'obsoleto concetto di "sociale pericolosità", come pure la auspicata scomparsa degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, strutture totalmente dissonanti dai condivisi principi di trattamento della malattia mentale.

La sostituzione delle misure di sicurezza con misure a finalità trattamentali, riabilitative, risocializzanti, il passaggio dalla sociale pericolosità al bisogno di trattamento è un principio oggi condiviso dalla comunità scientifica, così come lo è il coinvolgimento delle strutture territoriali – tanto di salute mentale quanto delle tossicodipendenze – nella gestione della tutela della salute del paziente-reo. In questo modo si rende difatti possibile articolare le strategie terapeutiche secondo le reali necessità del caso e senza necessariamente ricorrere a misure restrittive, laddove queste non siano necessarie.

Poiché tuttavia le misure di cui si discute non hanno solo finalità di trattamento e tutela della salute ma anche – e per certi versi soprattutto – di difesa sociale, ovvero di controllo, è bene ribadire quanto accennato in premessa sul mancato parallelismo fra terapia e controllo. E' bene ricordare, cioè, che molti pazienti rispondono bene alle terapie ed assumono anche adeguatezza comportamentale ma che questo non accade in tutti i casi.

L'esperienza clinica e peritale testimonia come alcuni pazienti siano refrattari o poco sensibili alle terapie, che per alcuni disturbi non vi siano terapie sufficienti ad assicurare adeguatezza di funzionamento, tanto meno correttezza di comportamento. Pensiamo, ad es. ai casi in cui una patologia di mente si sovrastruttura ad un disturbo di personalità, a come in questi casi sia difficile far coincidere compenso psichico (che può essere raggiunto) ed adeguatezza di comportamento (che può restare invece compromesso).

Non sempre, in altri termini, è possibile coniugare terapia e controllo.

E' possibile talvolta prevenire il comportamento violento e delittuoso di alcuni pazienti con un rapporto terapeutico saldo e continuo, un trattamento farmacologico corretto ed adeguato. Ma sappiamo bene, anche, che talvolta altri sono i fattori che incidono su comportamenti violenti sui quali è pure opportuno - ma difficile - intervenire: la cornice familiare, ambientale, lavorativa, quella economica.

Ciò che intendiamo sottolineare è che la soddisfazione del recupero della dimensione trattamentale del paziente – reo si unisce alla realistica consapevolezza che il trattamento psichiatrico, ben fatto, ha sicuramente molte frecce al proprio arco, ma non può dirsi totipotente.

Non sempre un percorso trattamentale socio-psicofarmacologico, pur adeguato e di ottimale livello multiprofessionale, è sufficiente garanzia di efficacia clinica, ovvero di remissione sintomatologica, e comunque in un certo numero di

casi l'ottenere un sufficiente compenso è svincolato dalla possibilità di avere un comportamento adeguato.

Ne deriva a nostro avviso l'obbligo di prevedere che a “*misure di sicurezza e riabilitative*” (secondo il progetto Grosso) o misure trattamentali che dir si voglia, si acceda solo dopo che sia stata verificata la concreta fattibilità del progetto terapeutico, prevedendo anche la possibilità di trattamenti in ambiente protetto.

Ad ipotesi di ricovero del paziente – reo in “*strutture chiuse*” a determinate, e condivisibili, condizioni, fa espresso riferimento il progetto Grosso. Ebbene è il caso di segnalare come simili strutture, nell'attuale assetto dell'organizzazione psichiatrica, non esistano. Nel nostro attuale sistema trattamentale mancano del tutto strutture in grado di ospitare, magari per lunghi periodi, pazienti violenti ed è bene sottolineare che i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (ovvero le strutture ospedaliere psichiatriche attuali) sono del tutto prive di caratteristiche utili allo scopo.

Si tratta dunque di creare nuove strutture, che noi immaginiamo quali presidi sanitari protetti, ad alta intensità assistenziale, articolati di concerto con il Ministero di Giustizia (che dovrebbe provvedere a garantirne la sicurezza), ma integrate nella organizzazione sanitaria regionale.

Qui troverebbero ospitalità soggetti non imputabili per i quali si ritenga che le possibilità trattamentali all'esterno non siano sufficienti a modificare le condizioni di incapacità che hanno dato luogo al delitto, come pure soggetti non imputabili avviati a soluzioni trattamentali esterne, ambulatoriali, che siano venuti meno alle prescrizioni concordate e ritenute necessarie.

Qualora il Legislatore dovesse aderire ad una simile impostazione ci sembra opportuno segnalare la necessità di una riflessione clinico-organizzativa finalizzata al necessario adeguamento delle strutture e della formazione del personale.

***Società Italiana di
Criminologia***

Prof. Tullio Bandini

***Società Italiana di
Medicina Legale***

Prof. Mario Marigo

***Società Italiana di
Psichiatria***

Prof. Giancarlo Nivoli

Prof. Roberto Catanesi

Prof. Luigi Palmieri

Dott. Elvezio Pirfo

Prof. Salvatore Luberto

Prof. Pietrantonio Ricci

Dott. Francesco Scapati

Roma, 19.11.03