



UNIVERSITE EUROPEENNE JEAN MONNET
ASSOCIATION INTERNATIONALE SANS BUT LUCRATIF
BRUXELLES – BELGIQUE

THESE FINALE EN
"Sciences Criminologiques"

**L'IMPUTABILITA' E LA
PERICOLOSITA' DEL SOGGETTO
TOSSICODIPENDENTE**

Relatore: Dott.ssa Roberta Frison Specializzando: Dott.ssa Vanessa Pellegrino

Matr.: 2395

Bruxelles, Octobre 2010



INDICE DEI CONTENUTI

<i>Introduzione</i>	5
Capitolo I	
L' imputabilità del soggetto tossicodipendente	
1. La disciplina dell' imputabilità penale: dal codice Zanardelli al codice Rocco.	9
2. L' imputabilità nella sistematica generale del reato.	13
3. Imputabilità e colpevolezza.	15
3.1. Le cause che escludono e diminuiscono l' imputabilità.	23
4. La crisi del concetto di imputabilità.	26
4.1. Il concetto di infermità e di malattia mentale in psichiatria e nella evoluzione della giurisprudenza.	29
5. L' incapacità procuratasi dal soggetto: ubriachezza ed intossicazione da sostanze stupefacenti.	34
Capitolo II	
La tossicodipendenza secondo la scienza psichiatrica	
1. La criteriologia nosografica in psichiatria forense.	40
2. I vari orientamenti nosografici in tema di tossicodipendenza.	45
3. Classificazione internazionale dei disturbi correlati all' uso di sostanze psicoattive	49
4. La diagnosi medico-legale alla base del giudizio di imputabilità del soggetto tossicodipendente.	65
5. I principi diagnostici.	75

Capitolo III

La pericolosità sociale del soggetto tossicodipendente

1. La pericolosità sociale.	87
2. L'accertamento nel giudizio di pericolosità sociale.	91
3. Gli interventi della Corte Costituzionale sulle presunzioni di pericolosità.	97
4. L'art. 31 della legge n. 663 del 1986 e l'abolizione delle presunzioni di pericolosità sociale.	101
5. La valutazione della pericolosità sociale negli orientamenti della psichiatria.	105
6. L'applicazione delle misure di sicurezza: dalla fase di cognizione alla fase di esecuzione.	112

Capitolo IV

L'esecuzione della pena del soggetto tossicodipendente

1. Relazione tra l'abuso di sostanze stupefacenti e la commissione di reati. Tipologia dei reati commessi.	119
2. Iter legislativo della disciplina sulle sostanze stupefacenti.	125
3. Le nuove tabelle delle sostanze stupefacenti.	129
4. Le principali modifiche al sistema sanzionatorio penale.	133
5. Differenziazione e circuiti penitenziari.	137
5.1. Le strutture di primo livello.	139
5.2. Le strutture di secondo livello o circuito penitenziario c.d. di custodia attenuata (C.A.).	141
6. La rilevanza dello stato di tossicodipendenza.	145



7. La libertà personale del soggetto tossicodipendente.	147
8. Le misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti tossicodipendenti:	
A. La sospensione dell'esecuzione della pena detentiva;	150
B. L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari;	157
C. La sostituzione della pena con il lavoro di pubblica utilità.	169
9. Un caso pratico.	171
<i>Bibliografia</i>	221
<i>Giurisprudenza</i>	226
<i>Sitografia</i>	227

Introduzione

L'argomento che mi accingo a trattare affronta un aspetto peculiare dei fenomeni di 'dipendenza da sostanze psicoattive', ovvero quello relativo alla imputabilità e pericolosità sociale dei soggetti assuntori.

Ho articolato il presente lavoro in quattro capitoli.

Nel primo capitolo ho esaminato i fondamenti giuridici della imputabilità ed il suo ruolo nella sistematica generale del reato. Mi sono soffermata sul concetto 'psicologico-normativo' di capacità di intendere e di volere, e sulla *fictio iuris*, attuata dal codice Rocco, in tema di imputabilità del soggetto che abbia commesso il reato in stato di ubriachezza o sotto l'azione di sostanze stupefacenti. Il codice penale del '30 infatti, in presenza di una condizione di incapacità naturalistica, quale quella che si presenta in caso di intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti, ha scelto di dare rilevanza, come causa di esclusione della imputabilità, alla sola ipotesi della cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti. La scelta operata dal legislatore, è stata quella di riconoscere efficacia invalidante, e quindi escludente la capacità di intendere e di volere, soltanto in quei casi in cui l'abuso etilico o quello di sostanze stupefacenti abbia causato nel soggetto una patologia psichiatrica clinicamente accertabile. Soltanto allora il legislatore ha ritenuto di dover applicare le disposizioni in tema di vizio totale e parziale di mente.

La seconda parte del primo capitolo è rivolta all'esame dei vari orientamenti che hanno caratterizzato la giurisprudenza nella interpretazione della nozione di infermità. Lo sviluppo della psichiatria infatti, nata su basi positiviste ed organicistiche, ha portato ad una dilatazione dei confini del concetto di malattia mentale, al punto di ricomprendere nella nozione di infermità anche situazioni ai confini della patologia, cui è stato dato il nome di 'anomalie psichiche'. In tale direzione ho esaminato la difficoltà del sistema giustizia di coordinarsi con le risposte della psichiatria che, in tema di malattia mentale e



di imputabilità, non possono più essere 'certe' come lo erano un tempo. Ciò ha inevitabilmente messo in crisi lo stesso concetto di imputabilità.

Il secondo capitolo ha una sostanziale impronta medica. La prima parte è dedicata al ruolo che la nosografia ha in psichiatria forense, ed alla definizione e classificazione che l'American Psychiatric Association, fonte autorevole, ha dato dei Disturbi correlati all'uso di sostanze. In seguito, il capitolo affronta le problematiche legate alla diagnosi medico-legale posta alla base del giudizio di imputabilità.

Ho poi esaminato da un lato, la normativa del T.U. del 1990 n° 309, che all'art. 78 dispone che siano determinate le procedure diagnostiche e medico legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, dall'altro gli accertamenti medico-legali che in concreto vengono svolti per effettuare una diagnosi di intossicazione acuta o cronica da sostanze.

Nel terzo capitolo, ho esaminato la nozione di pericolosità sociale, introdotta dal codice Rocco ed il dibattito sulle presunzioni di pericolosità conclusosi con l'abolizione delle stesse da parte dell'art. 31 della legge n° 663 del 1986. Nel ripercorrere questa vicenda ho fatto riferimento anche agli orientamenti della psichiatria che, sulla scia della evoluzione realizzatasi relativamente al concetto di infermità, negano di poter fornire al giudice una prognosi sulla futura condotta criminale del reo, essendo il loro un accertamento di rilevanza prettamente clinica.

La seconda parte del capitolo descrive le fasi di accertamento della pericolosità sociale dal giudizio di cognizione, a quello propriamente esecutivo, affidato al Magistrato di sorveglianza in funzione di giudice monocratico. A quest'ultimo la legge affida non solo il compito di verificare la persistenza della pericolosità sociale nel momento di esecuzione della misura di sicurezza ordinata nel giudizio di cognizione, ma anche quello di riesaminare la stessa alla scadenza dei periodi di legge o di revocarla anticipatamente su richiesta dell'interessato.

Nel quarto ed ultimo capitolo, mi sono proposta, innanzitutto, di evidenziare la relazione esistente tra l'abuso di sostanze stupefacenti e la commissione di reati, tracciando la



connessione tra droga e criminalità e cercando di individuare la tipologia dei reati commessi.

In un secondo momento, mi sono impegnata ad esporre l'iter legislativo che ha caratterizzato la materia in questione, evidenziando gli aspetti fondamentali che hanno connotato le diverse tappe della legislazione italiana, dalla legge del 1975, n. 685 alla legge del 2006, n. 49.

Con particolare riguardo all'ultimo intervento di riforma del 2006, ho argomentato sulle principali modifiche che esso ha apportato all'impianto del testo unico 309/1990, ponendo in luce le diverse posizioni che dottrina e giurisprudenza hanno assunto e continuano ad assumere sui vari argomenti esposti.

Mi sono soffermata, poi, sulla differenziazione trattamentale per ragioni terapeutiche ed esaminarne i criteri applicativi, con lo scopo di mostrare e avvalorare la possibilità di stabilire misure alternative alla detenzione nei confronti di soggetti a rischio.

A tal fine, mi sono proposta, prima di tutto, di spiegare cosa si intende per differenziazione trattamentale.

La differenziazione trattamentale consiste in un'esecuzione della pena privativa della libertà personale che si attua in modi diversi dal regime ordinario, in ragione delle peculiarità caratterizzanti determinati soggetti e delle conseguenti valutazioni inerenti la loro personalità.

Uno dei criteri di differenziazione è applicabile, nello specifico, ad alcune categorie di condannati nei confronti delle quali l'ordinamento contempla speciali percorsi di alternatività. E' il caso dei soggetti tossicodipendenti i quali, oltre a scontare la pena in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi, supportati da particolari strutture ed equipe socio-psico-medico-sanitarie, possono beneficiare di misure alternative *ad hoc*, peraltro non più previste e disciplinate dalla legge penitenziaria, bensì dal testo unico in materia di stupefacenti.



Lo stesso legislatore, con il quale concordo, reputa opportuno che l'assoluta specificità dei condannati tossicodipendenti necessiti di essere regolamentata attraverso una normativa che si collochi al di fuori della legge penitenziaria, ragion per cui l'affidamento in prova c.d. terapeutico e la sospensione dell'esecuzione della pena detentiva per il tossicodipendente trovano oggi la loro disciplina nel d.p.r. n. 309/1990 piuttosto che nella legge n. 354/1975.

Ne deriva l'auspicabilità ad un trattamento differenziato, e in vista di una *ratio* eminentemente terapeutico-assistenziale, e per l'effettiva incapacità dell'istituzione carceraria di farsi carico delle problematiche della tossicodipendenza all'interno delle mura della prigione; ragion per cui, l'intervento di riforma del 2006, non solo ha predisposto nuovi e più ampi limiti per la concessione dei benefici anzidetti, ma ha altresì introdotto l'istituto della sostituzione della pena con il lavoro di pubblica utilità.

Capitolo I

L' imputabilità del soggetto tossicodipendente

SOMMARIO: **1.** La disciplina dell' imputabilità penale: dal codice Zanardelli al codice Rocco. – **2.** L' imputabilità nella sistematica generale del reato. – **3.** Imputabilità e colpevolezza. – **3.1.** Le cause che escludono e diminuiscono l' imputabilità. – **4.** La crisi del concetto di imputabilità. – **4.1.** Il concetto di infermità e di malattia mentale in psichiatria e nella evoluzione della giurisprudenza. – **5.** L' incapacità procuratasi dal soggetto: ubriachezza ed intossicazione da stupefacenti.

1. La disciplina dell' imputabilità penale: dal codice Zanardelli al codice Rocco

Con il progetto di codice penale del 1887 del Ministro Zanardelli trova espresso riconoscimento il principio che regge tutta la materia della imputabilità, anche se tale codice espressamente non definiva quest'ultima, quale oggi è considerata nell'art. 85 c.p., così come non definiva il dolo, la colpa, o gli altri titoli di imputazione dell'evento o del fatto.

Manca ancora in tale progetto, e nel codice che da esso è derivato, una chiara presa di posizione su quali siano gli elementi che concorrono a formare il giudizio di imputabilità, tuttavia risulta unanime la convinzione che "la sola esecuzione materiale del fatto non possa ritenersi sufficiente per dichiarare l'autore colpevole di un reato ed assoggettarlo alla sanzione penale corrispondente¹".

In merito alla questione riguardante il fondamento della imputabilità penale, tra le posizioni dottrinali che avevano un certo credito, ossia quella del libero arbitrio², quella

¹Relazione della Commissione della Camera dei Deputati sul progetto del codice penale, in M. Bertolino, *L'imputabilità ed il vizio di mente nel sistema penale*, Giuffrè, Milano 1990, p. 362.

² Secondo la quale, fondamento della imputabilità è la libertà del volere, la pena, in quanto è castigo, presuppone che l'uomo sia stato causa cosciente e libera del fatto commesso ossia avendo la possibilità di scegliere il bene ha scelto il male. Questa libertà di scelta fa difetto negli individui che non hanno un sufficiente grado di sviluppo intellettuale o sono affetti da gravi anomalie psichiche: essi non sono liberi quindi non possono essere puniti. In F. Antolisei, *Diritto Penale. Parte generale*, Giuffrè, Milano 1985, p. 610.

contraria avanzata dai deterministi³ e quella intermedia che "fa consistere il cardine dell'imputabilità nella volontarietà del fatto, indipendentemente dal libero arbitrio", si optò per quest'ultima. L'art. 45 del codice Zanardelli disponeva infatti che "nessuno poteva essere punito per un delitto, se non aveva voluto il fatto, ... come conseguenza della sua azione od omissione".

Si riconobbe che "nell'azione od omissione ... può non concorrere la volontà" e da qui si sentì la necessità di determinare le circostanze in cui "può e deve risultare escluso l'elemento morale del reato, ossia l'imputabilità di questo all'autore del fatto materiale".

La nuova disciplina in tema di imputabilità contenuta nel progetto definitivo di codice penale fu a favore di un metodo che offrisse una seppur minima definizione dei disturbi psichici ai quali riconoscere la capacità di escludere l'imputabilità penale.

L'art. 47 del progetto definitivo di codice penale disponeva:

non è punibile colui che, al momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di deficienza o di morbosa alterazione di mente da togliergli la coscienza dei propri atti o la possibilità di operare altrimenti.

Tale norma venne modificata dalla Commissione preposta alla revisione definitiva del progetto, in tal modo:

non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente, da togliergli la coscienza o la libertà dei propri atti.

Si ritenne così opportuno fare ricorso a nozioni più sintetiche ma specifiche, in quanto una elencazione troppo casistica sarebbe stata non esaustiva delle varie forme di disturbi mentali, di natura morbosa, cui riconoscere efficacia scusante.

In dottrina si precisava che "con l'espressione di *deficienza* si comprendono tutti gli stati di mancato sviluppo, di sviluppo imperfetto e di inazione delle facoltà mentali anche

³ Per i quali nessun fenomeno può verificarsi senza che sia stato preceduto da un insieme di condizioni che lo determinano necessariamente.

solo transitoria, mentre in quella di *alterazione morbosa* si comprende qualunque forma di patologia mentale permanente o accidentale, generale o parziale. Inoltre la voce *mente* veniva intesa nel suo più ampio significato così da comprendere tutte le facoltà psichiche dell'uomo, innate ed acquisite, semplici e composte, dalla memoria alla coscienza, dalla intelligenza alla volontà, dal raziocinio al senso morale"⁴.

Una volta definito il presupposto biologico-psicologico del giudizio di imputabilità, era necessario definire anche gli effetti che l'anomalia mentale doveva produrre per escludere l'imputabilità ovvero il suo presupposto psicologico-normativo. Tali effetti vennero individuati in "quei difetti o turbamenti che dipendono da uno stato psichico tale da togliere *la coscienza dei propri atti o la possibilità di operare altrimenti* ossia tale da togliere la capacità di intendere e volere". Nel testo definitivo nell'art. 46 l'espressione "possibilità di operare altrimenti" fu sostituita da quella di "libertà dei propri atti".

Per quanto concerne l'istituto della semi-imputabilità, le uniche perplessità che emersero durante il dibattito parlamentare riguardarono l'opportunità di mantenere il termine 'grandemente' o di sostituirlo con quello di 'stato prossimo' all'infermità di mente, ovvero di sostituire qualsiasi riferimento quantitativo relativo alla diminuita capacità. Ciò che si contestava era la ragion d'essere di tale categoria per i 'fini' e per i 'mezzi' della penalità.

Il dibattito tra i vari orientamenti, si rivelò più acceso in tema di trattamento da riservare ai soggetti riconosciuti non imputabili per infermità di mente. Il progetto Zanardelli sembrò appoggiare inizialmente la posizione positivista a favore della istituzione dei manicomi criminali, prevedendo una disposizione in cui si stabiliva che "il giudice poteva ordinare il ricovero del soggetto prosciolti per infermità di mente in un manicomio criminale o comune". Tale disposizione non fu accolta da nessuna delle commissioni parlamentari in quanto si sostenne che essa avrebbe attribuito al magistrato un arbitrio senza limiti, ciò portò ad una nuova formulazione della disposizione in esame, secondo la quale "il giudice, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato

⁴M. Bertolino, *op. cit.*, p. 368.

prosciolto, ne ordina la consegna all'autorità competente per i provvedimenti di legge"⁵. Il generico affidamento all'autorità competente si sostanziava nel ricovero in manicomio comune di competenza del giudice civile, sempre che il giudice penale avesse ritenuto non solo pericoloso il soggetto, ma anche bisognoso di un tale affidamento.

Il codice Zanardelli rappresenta nel complesso la realizzazione del modello di diritto penale teorizzato dalla Scuola classica, la quale muovendo dal postulato del libero arbitrio, cioè dell'uomo assolutamente libero nella scelta delle proprie azioni, pone a fondamento del diritto penale la responsabilità morale del soggetto e la concezione etico-retributiva della pena⁶. Se infatti l'uomo fosse privo di ogni libertà di scelta, e non avesse la possibilità di agire altrimenti, nessun rimprovero potrebbe essergli mosso allorché violi la legge. Esulerebbe dalla sua azione ogni colpa morale e l'inflizione di un castigo per il reato commesso sarebbe priva di senso⁷.

In tema di imputabilità il legislatore del '30 introduce all'art. 85 c.p. una definizione generale di soggetto imputabile, e distingue nettamente l'imputabilità dalle altre componenti soggettive del reato, ma rimane ancorato al concetto di infermità di mente introdotto dal codice precedente. Viene riaffermato il principio di colpevolezza, che porta anche il legislatore del '30 ad escludere che possa essere assoggettato a pena chi al momento del fatto non fosse capace di intendere e di volere. Tuttavia il codice Rocco disconosce i rapporti tra sfera affettiva e sfera intellettuale e volitiva, e sotto la spinta di istanze di politica criminale di prevenzione e repressione dei reati, nega agli stati emotivi e passionali qualsiasi possibilità di incidere sulla imputabilità (art. 90 c.p.). Allo stesso modo non riconosce alcuna efficacia attenuante o escludente la capacità di intendere e di volere alla ubriachezza volontaria⁸, contrariamente a quanto era previsto all'art. 48 del codice Zanardelli il quale stabiliva forti diminuzioni di pena per il delitto commesso in stato di ubriachezza volontaria. Nel giustificare tali disposizioni si afferma che il vizio di

⁵ M. Bertolino, *op. cit.*, p. 374.

⁶ F. Mantovani, *Diritto penale. Parte generale*, Cedam, Padova 1992, p. 560.

⁷ F. Antolisei, *op. cit.*, p. 613.

⁸ M. Bertolino, *op. cit.*, p. 379.

mente va inteso solo quale conseguenza di infermità fisica o psichica clinicamente accertata.

Viene mantenuto l'istituto della semi-imputabilità, nonostante le riserve di giuristi, psichiatri e psicologi.

Sotto il profilo del trattamento sanzionatorio dei soggetti semi-infermi di mente, si sente l'esigenza di affiancare alla pena (perché dove esiste una capacità di intendere e di volere, anche se diminuita, c'è la possibilità della sanzione giuridica), la misura di sicurezza sentita quale più efficace strumento di difesa sociale e prevenzione speciale (art. 220 c.p.).

Possiamo concludere affermando che nel sistema introdotto dal legislatore del 1930 è rimasto fermo il postulato, tipico della Scuola classica, dell'esclusiva castigabilità del soggetto che delinquendo abbia agito liberamente e cioè senza l'intervento di fattori non dipendenti dalla sua volontà. Ciò però non ha impedito al legislatore di estendere l'ambito del magistero penale all'illecito realizzato da soggetti privi di tale libertà, predisponendo a tale scopo un diverso, apposito trattamento in prevenzione speciale, utilizzabile ed utilizzato anche in quelle ipotesi in cui emergano indizi dell'asestarsi di un modo di essere fondante una sua pericolosità sociale speciale⁹.

2. L'imputabilità nella sistematica generale del reato

L'art. 85 c.p., dopo aver sancito che "nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se al momento in cui lo ha commesso non era imputabile", stabilisce che "è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere".

⁹ G. Marini, *Digesto delle discipline penalistiche*, vol. VI, voce Imputabilità, Utet, Torino 1988, p. 249.

La capacità di intendere e di volere, in quanto substrato naturalistico della categoria imputabilità penale, tende e di fatto si identifica con la categoria stessa¹⁰. Essa è un presupposto della effettiva esistenza della volontà del fatto commesso.

L'art. 85 c.p. regola la generica capacità di agire nel campo penale¹¹, senza riferimento ad un determinato fatto concreto, ossia nella imputabilità la volontà è considerata al momento della possibilità, mentre nella effettiva responsabilità penale la volontà è considerata nel momento della sua attuazione¹².

L'imputabilità rappresenta quindi la generica capacità di essere soggetto di diritto penale. L'art. 85 c.p. dà infatti la nozione di personalità di diritto penale definendo la nozione di persona normale alla quale la legge penale può essere applicata, mentre la concreta volontà dà luogo alla responsabilità, cioè a quel rapporto per cui la legge mette in conto di un determinato soggetto imputabile le conseguenze della sua azione od omissione¹³.

Presupposto della responsabilità giuridica è la possibilità, normativamente prevista, di realizzare l'attività richiesta ossia "tu devi perché puoi". Per individuare la fondamentale differenza che intercorre tra imputabilità e responsabilità occorre fare perno sul concetto di sanzione: la responsabilità è appunto la sanzione conseguente all'illecito commesso e la sua funzione è quella di risarcire il danno o di riparare comunque il torto recato ad altri¹⁴.

L'art. 85 c.p. considera soltanto la presenza o assenza di determinate condizioni del substrato empirico del soggetto richieste esclusivamente per l'applicabilità della pena¹⁵.

Si preferisce infatti mantenere le norme che definiscono il concetto di imputabilità nel capo autonomo dedicato alle cause che escludono e diminuiscono l'imputabilità stessa, al fine di distinguere l'art. 85 c.p. dall'art. 42 c.p. Quest'ultimo dispone che "nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha

¹⁰ M. Bertolino, *op. cit.*, p. 507.

¹¹ Essa è l'insieme delle condizioni richieste dal diritto perché sia possibile "porre in conto" all'agente la sua azione. G. Battaglini, G. Crifo', *Novissimo Digesto Italiano*, vol. VIII, voce Imputabilità, Giuffrè, Milano 1962, p. 453.

¹² A. Crespi, *Enciclopedia del diritto*, vol. XX, voce Imputabilità, Giuffrè, Milano 1970, p. 764.

¹³ M. Bertolino *op.cit.*, p. 507.

¹⁴ G. Battaglini, G. Crifo', *op. cit.*, p. 452.

¹⁵ A. Crespi, *op. cit.*, p. 765.

commessa con coscienza e volontà", ossia considera la volontà effettiva, concreta del fatto, necessaria affinché l'individuo, genericamente capace quindi imputabile, possa essere chiamato a rispondere penalmente di un fatto determinato.

Risulta chiaro che l'imputabilità sia il presupposto logico e giuridico della responsabilità penale, e che l'espressione "capacità di intendere e di volere" rappresenta il fondamento, sotto il profilo psicologico, della responsabilità penale.

3. Imputabilità e colpevolezza

Il principio di colpevolezza è uno dei principi cardine del nostro sistema penale. Esso rappresenta il terzo elemento costitutivo fondamentale del reato insieme alla antigiuridicità ed alla tipicità. Il suo ruolo centrale risulta confermato dalla sua rilevanza costituzionale desumibile dall'art. 27 della Costituzione. Infatti il principio della personalità della responsabilità penale in esso fissato, va inteso non solo nel suo significato di 'divieto di responsabilità per fatto altrui' ma anche nel senso di responsabilità per fatto proprio colpevole. Ovvero il legislatore costituzionale nell'affermare che la responsabilità penale è personale ha inteso affermare il principio secondo cui l'applicazione della pena presuppone l'attribuibilità psicologica del singolo fatto di reato alla volontà antidoverosa del soggetto¹⁶. L'imputazione penale si arresta là dove il soggetto non sia in grado di signoreggiare il verificarsi degli eventi: ciò vuol dire che il rimprovero di colpevolezza implica che si presupponga come esistente una possibilità di agire altrimenti da parte del soggetto cui il fatto viene attribuito.

Perché un soggetto possa essere colpito con la sanzione della pena non basta che abbia commesso con dolo o colpa un fatto lesivo di un interesse protetto (fatto tipico), né che la sua azione risulti non giustificata da alcuna esimente (antigiuridicità), ma è necessario che tutto il comportamento significhi una ribellione contro la forza imperativa della norma¹⁷. Il momento di disobbedienza si ricollega alla personalità del soggetto e la colpevolezza in quanto disobbedienza sarà sempre diversa come diversa è la personalità

¹⁶ G. Fiandaca, E. Musco, *Diritto penale. Parte generale*, Zanichelli, Bologna 1989, p. 268.

¹⁷ D. Santamaria, *Enciclopedia del Diritto*, vol. VIII, voce Colpevolezza, Giuffrè, Milano 1970, p. 646.

di colui che agisce. Il raggiungimento di una adeguata maturità psichica (imputabilità) è la condizione iniziale perché il soggetto comprenda il significato nocivo della sua azione nel giudizio di valore (espresso dalla norma) che impone l'inflizione di un castigo. Per cui la rivolta contro l'ordine giuridico si compie nella specifica dimensione individuale in cui viene sentita l'importanza dei valori tutelati e della pretesa normativa¹⁸.

Il concetto di colpevolezza si presenta tutt'altro che univoco nel suo sviluppo dommatico, ciò non toglie che esso sia ispirato da un'idea costante che ne accompagna lo sviluppo dottrinale. Colpevolezza trae le sue origini da *culpa*, termine con cui si contrassegnava nel diritto romano la responsabilità, ma come concetto di elaborazione dommatica è in esso implicito il concetto dell'essere obbligato a qualcosa, o nel senso che si deve pagare con la pena per l'illecito commesso, o nel senso che vi è un contrasto rispetto a come si doveva agire.

Nella seconda metà dell'ottocento si sviluppa la prima concezione della colpevolezza cosiddetta psicologica, che dà una definizione di colpevolezza quale rapporto psichico tra autore ed evento criminoso. Essa fa della colpevolezza un concetto di genere comprensivo delle due species di atteggiamenti psichici, il dolo e la colpa. In sostanza la colpevolezza si risolve nell'elemento psicologico del reato ed esprime la duplice esigenza che si debba punire solo un preciso atteggiamento psichico riportabile alla volontarietà, e che la pena sia proporzionata al singolo atto di volontà in sé considerato. In tale concezione trova anche conferma l'idea che la pena ha la funzione di retribuzione solo per il fatto.

Emerge con chiarezza l'origine illuministico-liberale della concezione psicologica, per la quale la colpevolezza quale rapporto psicologico tipico tra fatto e autore, di per sé non ammette graduazioni in funzione delle caratteristiche personali del reo e del processo motivazionale che sorregge la condotta¹⁹.

¹⁸ D. Santamaria, *op. cit.*, p. 647.

¹⁹ G. Fiandaca, E. Musco, *op. cit.*, p. 273.

Lo sforzo dommatico di riportare sotto un concetto superiore di genere le due specie di colpevolezza del dolo e della colpa rivela la sua insostenibilità e la sua crisi. Il dolo è caratterizzato da uno sforzo della volontà diretto alla produzione dell'evento, la colpa viceversa è caratterizzata da un elemento normativo, costituito dalla violazione della regola di prudenza, di diligenza, di perizia che qualifica la causazione involontaria dell'evento²⁰.

Ad una considerazione meramente psicologica dolo e colpa non possono non apparire come due entità diverse, per la diversità della relazione psichica tra l'agente ed il fatto: nel dolo si vuole la conseguenza lesiva della propria azione od omissione, nella colpa no. Tuttavia questi due atteggiamenti hanno in comune un carattere normativo nel senso che il fatto doloso è un fatto volontario che non si doveva volere e il fatto colposo un fatto involontario che non si doveva produrre. In tal senso è possibile individuare un concetto dommatico unitario di colpevolezza, poiché in ogni caso l'agente ha agito in modo difforme da come l'ordinamento voleva che agisse, ed è in tale atteggiamento antidoveroso della volontà che si individua l'elemento comune al dolo e alla colpa. La colpevolezza secondo questa nuova concezione, definita 'normativa', consiste nella valutazione normativa di un elemento psicologico, e precisamente nella rimproverabilità dell'atteggiamento psicologico tenuto dall'autore.

La concezione normativa si presta assai bene a prospettare un concetto di colpevolezza idoneo a fungere anche da criterio di commisurazione giudiziale della pena, che tenga conto e dia rilevanza non solo agli elementi del dolo e della colpa, ma anche alle circostanze che accompagnano l'azione, ai motivi che spingono al reato, ed infine all'imputabilità, ovvero alle condizioni soggettive del soggetto agente.

La colpevolezza dunque non si esaurisce nell'elemento psicologico del reato: dolo e colpa che, nella concezione psicologica erano 'le specie' della colpevolezza, sono ora solo suoi elementi che insieme ad altre componenti concorrono a costituirla.

²⁰ D. Santamaria, *op. cit.*, p. 650.

La concezione normativa, oggi dominante, afferma che è colpevole, un soggetto imputabile, il quale abbia realizzato con dolo o colpa la fattispecie obbiettiva di reato, in assenza di circostanze tali da rendere necessitata l'azione illecita. Essa si pone quale concetto complesso i cui presupposti sono dati da : a) imputabilità, b) dolo o colpa, c) conoscibilità del divieto penale, d) assenza di cause di esclusione della colpevolezza²¹.

In relazione all'elemento della conoscibilità del divieto penale di fondamentale importanza è stata una pronuncia della Corte costituzionale sulla scusabilità dell'ignoranza inevitabile della legge penale, la quale ha ricondotto la colpevolezza al suo giusto alveo costituzionale e ha operato un energico correttivo all'assolutezza della concezione normativa, riaffermando che l'apprezzamento soggettivo e personale deve essere sempre alla base di ogni censura dell'agire umano. La Corte costituzionale con la sentenza 23-24 marzo 1988 n°. 364, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 5 c.p., nella parte in cui non esclude dall'inescusabilità l'ignoranza inevitabile della legge penale. La consulta ha spiegato che una colpa non può mai essere data per presunta poiché la responsabilità penale, dovendo essere personale ai sensi dell'art. 27 della Costituzione, sorge con l'effettiva presenza dell'elemento soggettivo, il quale implica una relazione dell'agente con il fatto, considerato anche nel suo disvalore giuridico. La relazione pertanto va posta tra agente e legge, per cui l'impossibilità di conoscere il precetto, non attribuibile alla volontà del soggetto esclude la punibilità²². Tale sentenza ha ristabilito un punto cardinale che il diritto positivo sembrava aver tralasciato, il rapporto soggettivo tra l'agente e il disvalore sociale del fatto. La Corte ha ripristinato il principio della personalità della responsabilità penale, inteso non più nel senso di personalità dell'illecito quale paternità del fatto, ma personalità della responsabilità come contrapposizione all'ordinamento nella consapevolezza del valore espresso dalla norma, e quindi della propria rivolta.

È oggi pacifico ritenere che il principio di colpevolezza svolga alcune prestazioni fondamentali che non potrebbero essere assicurate in modo altrettanto adeguato facendo

²¹ G. Fiandaca, E. Musco, *op. cit.*, p. 281.

²² M. Leoni, M. Marchetti, G. Fatigante, *L'imputabilità del tossicodipendente*, Giuffrè, Milano 1992, p. 11.

ricorso a categorie giuridiche alternative. Tali prestazioni possono essere così riassunte: a) il principio di colpevolezza consente di circoscrivere la responsabilità penale solo ai fatti che rientrano nei poteri di controllo dell'agente, a garanzia della certezza e prevedibilità dell'agire umano, b) la colpevolezza intesa come parametro valutativo della relazione psicologica fatto-autore consente una graduazione della responsabilità in funzione del diverso livello di partecipazione interiore alla commissione del reato, con la conseguente diversificazione del trattamento sanzionatorio²³.

La concezione normativa della colpevolezza trova infatti la sua massima espressione nell'art. 133 c.p., il quale impone al giudice di tener conto nella commisurazione della pena, oltre che delle modalità dell'azione, anche della personalità del soggetto che essa denomina con l'espressione ambigua di "capacità a delinquere". Per cui tutti gli elementi che contrassegnano la personalità del soggetto devono essere presi in considerazione, carattere, precedenti penali e giudiziari del reo, condotta di vita, in quanto tali elementi rendono possibile una valutazione profonda e completa del grado di ribellione al diritto espressa dal reato, e delle esigenze concrete della repressione nell'applicazione della pena.

Sui rapporti tra imputabilità e colpevolezza, la giurisprudenza è stata oscillante. In un primo tempo, la Corte Suprema ha affermato che soltanto chi è capace di intendere e di volere può in concreto determinarsi in modo penalmente rilevante nella coscienza e nella volontà della condotta, non essendo altrimenti concepibile il riferimento causale dell'azione alla rappresentazione intellettuale e alla determinazione volitiva dell'agente, per essere tale causalità psichica elemento costitutivo del reato. Per tale motivo l'imputabilità è stata considerata presupposto non solo logico giuridico, ma anche naturalistico della colpevolezza²⁴. Così, in difetto di imputabilità, non si può procedere al giudizio di colpevolezza, ma si deve prosciogliere con la corrispondente formula e non per mancanza di dolo.

²³ M. Bertolino, *op. cit.*, p. 509.

²⁴ Cass. II, 12 ottobre 1972, n° 6616, in M. Marchetti, M. Leoni, G. Fatigante, *op. cit.*, p. 18.

Successivamente la posizione della Suprema Corte si è evoluta nella opposta direzione. Essa ha infatti riconosciuto che imputabilità e colpevolezza sono 'due concetti ontologicamente distinti', e che "l'indagine sul dolo non è preclusa dalla incapacità di intendere e di volere del soggetto, perché l'imputabilità non è presupposto della colpevolezza", occorrendo accertare, anche nel caso di imputato infermo di mente, se il fatto commesso sia colposo, doloso, o preterintenzionale, sempre riguardo allo stato di mente dell'agente²⁵.

Gli stessi fondamenti del diritto penale consentono di giungere ad una conclusione di totale e reciproca indipendenza concettuale. Il giudizio di imputabilità infatti riguarda la irrogabilità della pena, mentre la colpevolezza si riassume in due passaggi fondamentali, l'attribuibilità del fatto-reato e la riprovazione che ne deriva, la quale legittima la soggezione a pena. Infatti fra quelle azioni che, in quanto coscienti e volontarie, sono attribuibili all'agente, potranno essergli imputate solo quelle commesse in uno stato di capacità di intendere e di volere. L'anima originaria della colpevolezza resta quindi la paternità del fatto quale responsabilità in senso meccanicistico, restando impregiudicate, la punibilità del soggetto sano e maturo e la non punibilità del soggetto insano e non maturo, e come tale non rimproverabile. Come tale quindi la colpevolezza è riportabile a tutte le persone fisiche. Infatti, anche prescindendo dalle ipotesi specifiche indicate agli artt. 222 e 224 c.p., è accertato che meccanismi psichici di rappresentazione e di volizione agiscono comunque nella mente del non-imputabile, anche se trattasi di meccanismi abnormi e distorti. Ed il compiuto giudizio di incapacità, presuppone che tali meccanismi siano stati individuati anche in relazione al fatto²⁶.

Ai sensi dell'art. 85 c.p., perché un soggetto sia imputabile e quindi punibile, occorre che abbia la capacità di intendere e di volere al momento della commissione del fatto.

²⁵ Cass. Sez. III, 20 febbraio 1986, n° 1574, secondo cui vizio parziale di mente ed elemento soggettivo del reato non sono incompatibili poiché implicano due concetti operanti su piani diversi: l'uno riconduce a una condizione personale del soggetto (capacità di intendere e di volere), l'altro al rapporto tra il volere ed il fatto reato; ne consegue che il reato commesso dal seminfermo non si sottrae all'indagine sull'elemento soggettivo onde accertare se esso è attribuibile alla volontà dell'autore.

²⁶ M. Leoni, M. Marchetti, G. Fatigante, *op.cit.*, p. 21. Secondo Mantovani la tesi della configurabilità della colpevolezza senza imputabilità rivela il suo punto critico rispetto all'errore patologico cioè dipendente dalla stessa causa che ha dato luogo alla inimputabilità, ad esempio lo psicotico che uccide il suo presunto persecutore credendo che stia per assassinarlo. In tali casi, non ha senso parlare di atteggiamenti psichici di volontà. Mantovani infatti identifica l'elemento soggettivo del reato non nella colpevolezza, ma nella appartenenza psichica del reato all'agente (*suitas*).

Ai fini della punibilità, la fisiologia multiforme della psiche, e i relativi quadri psicopatologici, sono stati recepiti con deliberata parzialità suggerita da chiare esigenze generalpreventive²⁷. Infatti tra le cosiddette funzioni o attività della psiche l'art. 85 c.p. considera solo l'intendere e il volere.

La stessa giurisprudenza di legittimità ha ribadito:

delle tre facoltà psichiche (sentimento, intelligenza e volontà), che caratterizzano l'azione nel suo lato subiettivo, il codice penale, ai fini della imputabilità e quindi anche della infermità di mente, prende in considerazione soltanto le ultime due, e non anche la prima: pertanto le anomalie del carattere e l'insufficienza di sentimenti etico sociali non possono essere di per se stesse considerate indicative di infermità di mente, ove ad esse non siano associati disturbi nella sfera intellettuale o volitiva di indubbia natura patologica²⁸.

La capacità di intendere è stata definita in dottrina come la idoneità del soggetto a conoscere, comprendere e discernere i motivi della propria condotta e, quindi a valutare questa sia nelle sue relazioni col mondo esterno nonché nella sua portata e nelle sue conseguenze, in breve rendersi conto del valore sociale delle proprie azioni. Ciò non ha nulla a che vedere con la coscienza della illiceità penale del fatto.

La capacità di volere è l'attitudine della persona a determinarsi in modo autonomo, con la possibilità di optare per la condotta adatta al motivo che appare più ragionevole e quindi di resistere agli stimoli degli avvenimenti esterni: più brevemente è la facoltà di volere ciò che si giudica doversi fare.

La Suprema Corte, in una delle sue formulazioni più analitiche, ha così definito la capacità di intendere e di volere:

l'idoneità del soggetto a rappresentarsi l'evento conseguenza diretta ed immediata della propria attività, a riconoscere e valutare gli effetti della

²⁷ M. Marchetti, M. Leone, G. Fatigante, *op. cit.* p. 29.

²⁸ Cass. 13 aprile 1966, in A. Crespi, *op. cit.*, p. 772.

propria condotta, ad autodeterminarsi nella selezione dei molteplici motivi che esercitano nella sua coscienza una particolare spinta o una qualsiasi inibizione dirette l'una a concentrare l'altra a paralizzare, l'impulso dell'azione.

Il concetto di capacità di intendere esprime dunque l'attitudine alla comprensione corretta della realtà la quale è il risultato di funzioni variabili per quantità e qualità, da individuo a individuo, o anche nella stessa persona, a seconda degli stadi e stati di vita. L'apprezzamento e la graduazione della capacità di intendere implicano una valutazione dell'intelligenza e quindi un'analisi dei suoi vari fattori: il grado di comprensione, l'astrazione, l'ideazione, il giudizio, il pensiero logico, la capacità critica, la rappresentazione simbolica, l'associazione di idee, l'immaginazione²⁹.

Mantovani ha sostenuto che la dicotomia legislativa fra capacità di intendere e capacità di volere mal si concilia con l'unità sostanziale della psiche, poiché è impossibile scindere il volere dall'intendere, essendo al massimo ipotizzabili situazioni in cui sia maggiormente compromessa l'una o l'altra funzione, secondo un giudizio che deve essere riferito sempre all'entità non divisibile della mente³⁰. Il rapporto tra le due capacità è strettissimo, da qui il principio sancito nel codice che la mancanza anche di una sola di esse priva il soggetto della capacità naturalistica.

La stessa categoria della affettività che nella disciplina codicistica non ha alcuna incidenza sulla imputabilità, è in grado di incidere tanto sull'intelletto quanto sulla volontà. Secondo la psicologia infatti la volontà va vista come entità dinamica interessata da moti vari (assenza di freni inibitori, influenzabilità, impulsività, collera), i quali però nello spirito del codice penale sono considerate quali anomalie caratteriali, o manifestazioni di stati emotivi e passionali che non assumono alcuna rilevanza nella valutazione dell'imputabilità.

²⁹ M. Leone, M. Marchetti, G. Fatigante, *op. cit.*, p. 30.

³⁰ F. Mantovani, *op. cit.*, p. 645.

3.1. Le cause che escludono e diminuiscono l'imputabilità

Nel nostro sistema penale le cause che escludono o diminuiscono l'imputabilità appartengono a due *species*:

1. le alterazioni patologiche, dovute ad infermità di mente o all'azione dell'alcool o a quella di sostanze stupefacenti;
2. l'immaturità fisiologica o parafisiologica, dipendenti rispettivamente dalla minore età e dal sordomutismo.

In sostanza esse sono rappresentate da: a) minore età, b) sordomutismo, c) vizio di mente, d) azione dell'alcool, e) azione degli stupefacenti.

L'art. 88 c.p. disciplina il vizio totale di mente, statuendo che "non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere". La diversa formulazione di tale articolo rispetto alla disciplina prevista dal codice Zanardelli all'art. 46 rispondeva ad un preciso intento: quello di riconoscere che il vizio, totale o parziale, di mente possa dipendere anche da infermità fisica, purché questa abbia effetto sulla capacità di intendere e di volere.

Nel sistema predisposto dal codice, ai fini della esclusione della imputabilità, 'lo stato di mente', comprensivo sia del vizio transitorio, dovuto per lo più ad infermità fisiche, sia di quello permanente, provocato solitamente da infermità propriamente psichiche, deve dunque derivare da infermità, non necessariamente localizzata nella mente³¹ e quale che ne sia la gravità, essendo sufficiente che, da un lato essa abbia generato uno stato di mente tale da escludere o almeno da "scemare grandemente" la capacità di intendere e di volere e, dall'altro che ne sia stata accertata l'esistenza al momento in cui il soggetto ha

³¹ La formulazione adottata dal codice che parla di infermità diversamente dall'art. 222 c.p. che invece si riferisce alla 'infermità psichica' permette una importante precisazione: l'infermità da cui deve trarre origine il vizio di mente, può essere localizzata anche in sedi diverse dalla mente (intesa questa quale centro delle facoltà psichiche dell'intelletto e della volere). M. Portigliatti Barbos, G. Marini, *op. cit.*, p. 53.

commesso il reato: senza che sia necessaria la sussistenza di un preciso rapporto eziologico tra la causa del vizio di mente ed il fatto commesso³².

Altra dottrina tuttavia ritiene insufficiente l'esistenza di un nesso cronologico, ritenendo necessaria anche l'esistenza di un rapporto eziologico fra la causa del vizio di mente ed il fatto commesso. Si allude di norma a quelle malattie che colpiscono solo un settore della personalità psichica dell'individuo, lasciando inalterati tutti gli altri: ai cosiddetti 'deliri sistematizzati'. Una tale conclusione non sembra accettabile né per esigenze pratiche, né da un punto di vista propriamente interpretativo, dato che il legislatore parla di vizio di mente non in rapporto al fatto ma 'al momento del fatto'.

In sostanza, secondo tale orientamento, l'imputabilità sarebbe esclusa quando l'atto criminoso è la conseguenza dell'anomalia, mentre non sarebbe esclusa quando il delitto venisse compiuto in un campo del tutto diverso da quello che interessa il settore psichico alterato. Tale conclusione si pone in aperto contrasto con la logica di specializzazione della sanzione cui l'attuale codice si ispira. Questa infatti sarebbe smentita dalla possibilità che, difettando il nesso eziologico, si applichi una sanzione-castigo (la pena) ad un soggetto che in relazione alle proprie qualità fisiopsichiche, si dimostra invece bisognoso della sanzione di sicurezza³³.

In tal senso è anche l'orientamento della giurisprudenza la quale ribadisce il principio in base al quale il riconoscimento di una infermità di mente, contenuto in una sentenza, non può vincolare il giudice di un altro procedimento successivo a carico di una stessa persona, poiché l'accertamento delle condizioni di mente ai fini della imputabilità, deve sempre essere fatto in relazione al tempo in cui è stato commesso il reato da giudicare. Quindi non esiste inconciliabilità logico-giuridica tra sentenza emessa nei confronti dello stesso imputato ma in tempi diversi, in quanto l'infermità costituisce uno *status* non permanente dell'individuo.

³²A. Crespi, *op. cit.*, p. 774.

³³G. Marini, *Digesto delle discipline penalistiche*, voce Colpevolezza, vol. VI, Utet, Torino 1992, p. 255.

È interessante affermare tuttavia come nell'orientamento più recente della Cassazione la questione del "riferimento al fatto commesso" sembri porsi esclusivamente in relazione a quelle "anomalie che la scienza psichiatrica riconduce nella categoria dell'abnormità psichica ed i cui soggetti sono per lo più designati con le espressioni di nevrotici e di psicopatici" e che "non integrano il concetto medico-legale di malattia, ma costituendo varianti anomale dell'essere psichico, sono ricondotte nella categoria della infermità di mente". In tali casi, diversamente da quanto si verifica per le psicosi, è compito del giudice chiarire se l'anomalia abbia avuto un rapporto motivante con il fatto delittuoso commesso e quindi stabilire in caso di risposta positiva, se l'anomalia sia tale da far ritenere che quel soggetto, in relazione al fatto commesso, o non fosse in grado di rendersi conto della illiceità del fatto commesso e di comportarsi in conformità a questa consapevolezza ovvero avesse al riguardo una capacità grandemente scemata, ovvero fosse pienamente imputabile³⁴.

Per quanto attiene al trattamento del reo, il vizio totale di mente ha per conseguenza il proscioglimento dell'imputato, al quale si applica di norma la misura di sicurezza del ricovero in un manicomio giudiziario (art. 222 c.p.), purché non si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria ovvero la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni. Qualora il vizio di mente si manifestasse successivamente alla commissione del reato, ma prima della sentenza irrevocabile di condanna, l'imputato è ricoverato in un manicomio ed il procedimento, nel frattempo sospeso, riprenderà il suo corso non appena il reo avrà acquistato la capacità. Se l'infermità si manifesta dopo la sentenza irrevocabile di condanna, l'esecuzione è sospesa, e il condannato è ricoverato in manicomio ovvero in una casa di cura e custodia fino a quando siano venute meno le ragioni che hanno determinato tale provvedimento (art. 148 c.p.).

Il legislatore all'art. 89 c.p. attribuisce rilevanza anche al 'vizio parziale di mente' che si ha quando "il soggetto, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in

³⁴ M. Bertolino, *Profili vecchi e nuovi dell'imputabilità e della sua crisi*, in *Riv.it. dir. proc. pen.*, 1988, p. 235.

tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere", in tal caso, l'agente risponde del fatto commesso, ma la pena è diminuita.

La disposizione in esame richiede, come già visto per l'art. 88 c.p., un vizio di mente provocato da infermità fisica o psichica, tale da influire, ed in misura rilevante, sulla capacità di intendere e di volere. La distinzione tra le due norme si affida ad un criterio quantitativo, e non qualitativo, poiché la legge prende in considerazione il 'grado' (nel senso di intensità) dell'alterazione mentale e non la sua 'estensione'.

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

Il vizio parziale di mente, non escludendo l'imputabilità, importa soltanto una diminuzione di pena, in aggiunta alla quale si applica di norma (cioè in caso di soggetto ritenuto pericoloso), la misura di sicurezza dell'assegnazione ad una casa di cura e custodia (art. 219 c.p.). Si ha quindi il cumulo della pena con la misura di sicurezza, con precedenza nella esecuzione, della pena restrittiva della libertà personale, fatta salva la facoltà del giudice di disporre che il ricovero in una casa di cura e custodia venga eseguito prima che sia iniziata o abbia termine l'esecuzione della pena.

4. La crisi del concetto di imputabilità

Il connubio un tempo esistente tra psichiatria e giustizia si è andato frantumando, in quanto i paradigmi sui quali si reggeva l'alleanza sono radicalmente mutati.

Secondo l'opinione di Gianluigi Ponti, la psichiatria, quando nel 1930 venne elaborato il codice Rocco, aveva una sua ben definita visione della malattia mentale, che era quella organicistica e positivista del secolo XIX. Secondo Ponti:

la collaborazione tra giustizia e psichiatria, quando alla prima si ponevano i molteplici problemi giuridici nei quali entrava in gioco la malattia mentale, comportava che essa potesse ricorrere con piena fiducia alla scienza psichiatrica, ricevendone chiarimenti e soluzioni

percepiti come definitivi, non discutibili perché scientifici. In quell'epoca nessuno poneva in dubbio che il folle fosse sempre e per definizione, incapace, irresponsabile, pericoloso, inidoneo alla vita sociale e come tale da isolarsi e custodirsi in manicomio³⁵.

Nella prospettiva organicistica l'infermità mentale era la diretta conseguenza di alterazioni anatomiche, e non veniva preso in considerazione il continuo interferire del substrato biologico con le relazioni emotive, con le vicende di vita, le circostanze ambientali, con il passato, il presente, con le esperienze, in una parola con il vivere.

La psichiatria ufficiale intendeva il malato come affetto da una malattia che aveva colpito il cervello privandolo delle sue fondamentali prerogative umane. Per cui nel caso di delitto compiuto da un incapace la responsabilità era della malattia non del suo portatore. Il sistema della causazione lineare, paradigma su cui si fondava il positivismo, consentiva di ritenere 'causa' la malattia ed 'effetto' il delitto. In coerenza con tale sentire si comportava il sistema della giustizia, il quale in presenza di un soggetto dichiarato psicotico o pazzo lo proscioglieva e lo inviava in manicomio criminale.

Il significato di malattia ha perduto per la psichiatria ogni valore da quando essa ha maturato il principio che il disturbo mentale non è solo malattia, ma è un'entità più complessa non definibile, di cui ben poche certezze si hanno sull'eziologia, ma che può intendersi come la risultante di una condizione sistemica nella quale concorrono il patrimonio genico, le vicende di vita, le esperienze maturate, gli stress, il tipo di ambiente, la individuale plasticità dell'encefalo, i meccanismi psicodinamici, la capacità di reazione. Dunque una visione plurifattoriale integrata della malattia mentale³⁶.

È così iniziata, grazie anche all'influenza della psicanalisi e delle scienze psicosociali, con la dilatazione dei confini del concetto di infermità e con l'impossibilità di definirla, l'epoca della massima discrezionalità dove qualsiasi disturbo a seconda dell'abilità del

³⁵ G. Ponti, I. Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1992, p. 4.

³⁶ G. Ponti, *Il dibattito sulla imputabilità*, in A. Ceretti, I. Merzagora (a cura di), *Questioni sulla imputabilità*, Cedam, Padova 1994, pp. 2 e ss.

perito, del consulente o delle variabili convinzioni del giudice può divenire vizio di mente rilevante per l'imputabilità.

La stessa giurisprudenza assimilando parte dei nuovi messaggi andrà talvolta dilatando i confini dell'infermità, per esempio dando spazio anche ai disturbi mentali transitori su base affettiva, quali i disturbi nevrotici o di personalità, che essa stessa definisce quali alterazioni psichiche atipiche.

La psichiatria ha quindi acquisito la consapevolezza della sua sostanziale incapacità di identificare la causa del disagio mentale, ed oggi sa che anche lo psicotico, a seconda del soggetto, o della fase clinica che attraversa, ha una capacità che può essere piena o limitata, ma non possiede alcuna criteriologia per vagliare la libertà di scelta del suo paziente nel momento in cui ha compiuto un atto, lecito o delittuoso che sia. Ecco che allora la risposta al quesito postogli dal giudice in sede di perizia diviene sempre più ostica se non impossibile.

I concetti di malattia mentale e di infermità sono ormai considerati obsoleti, e vengono sostituiti dal termine generico di disturbi. Ponti afferma che si è ormai venuto a creare un insanabile contrasto fra una prassi psichiatrico-forense che è priva di assolutezze scientifiche, ed un sistema di giustizia disorientato in quanto ancorato a paradigmi ormai superati. Sarebbe auspicabile, secondo Ponti, che il sistema penale prenda paritariamente in considerazione ogni tipo di fattore limitante la libertà optando per un sistema che collochi i rei tutti sullo stesso piano, abolendo il concetto di non imputabilità. Ciò vuol dire ritenere per convenzione ogni persona come responsabile, lasciando poi al giudice il compito di scegliere e graduare la pena fra il minimo ed il massimo edittale, con quella discrezionalità illuminata dalla conoscenza dei fattori che hanno limitato la libertà di autodeterminazione.

4.1. Il concetto di infermità e di malattia mentale in psichiatria e nella evoluzione della giurisprudenza

E' opportuno allora ripercorrere i vari orientamenti giurisprudenziali che, sul concetto di infermità, si sono succeduti nel tempo.

Con il termine infermità il legislatore del 1930, come si legge nella Relazione al progetto di codice, intese limitare la rilevanza dell'incapacità alle sole situazioni patologiche clinicamente accertabili. Sennonché la maggioranza della dottrina è concorde nel ritenere che l'infermità non può più essere circoscritta ai soli quadri nosograficamente definiti, e che essa esprima quindi un concetto più ampio di quello di malattia mentale, ed il cui contenuto va determinato in base alla *ratio* delle norme sull'imputabilità.

Il fatto che la disciplina legale dell'infermo di mente richiami determinate situazioni naturalistiche dà ragione della utilità teorica e pratica del ricorso ai sussidi della scienza psichiatrica per la corretta applicazione delle norme e delle categorie giuridiche. L'utilizzazione di tali contributi in sede giuridica non può tuttavia essere meccanica.

Inanzitutto diverse sono le finalità del diritto penale rispetto a quelle della psichiatria. Nel diritto penale la ricostruzione di determinate condizioni soggettive è in prevalente funzione dell'assoggettabilità a pena e del tipo di trattamento sanzionatorio che deve applicarsi. In psichiatria invece l'accertamento delle medesime condizioni è in preminente funzione della terapia. È ovvio quindi che le medesime situazioni naturalistiche possano avere rilevanza diversa a seconda che vengano prese in considerazione nell'ambito giuridico o in quello psichiatrico³⁷.

Nella prospettiva psichiatrica tutte le alterazioni mentali classificabili secondo gli schemi della nosografia ufficiale sono considerate e trattate come malattie mentali.

Il giudice penale sulla base di una valutazione diversamente orientata, potrebbe invece disconoscere a quei disturbi psichici rilevanza giuridica di infermità di mente. È infatti

³⁷ L. Fioravanti, *Il concetto di infermità psichica. L'evoluzione della giurisprudenza dal Codice Rocco agli anni '50*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1987, p. 317.



possibile che alterazioni mentali classificabili come malattie in senso psichiatrico siano giuridicamente irrilevanti come infermità per non aver influito sulla capacità di intendere e di volere. Infatti ai fini del giudizio di non imputabilità non basta l'accertamento della infermità ma occorre che vi sia una connessione tra questa e l'incapacità di intendere e di volere al momento del reato.

Nella normativa attuale l'oggetto del giudizio di imputabilità passa attraverso due fasi: a) accertamento della infermità; b) graduazione del pregiudizio che tale infermità ha provocato sulla capacità di intendere e di volere. La giurisprudenza ai fini del giudizio di cui agli artt. 88 e 89 c.p., deve quindi richiamarsi al concetto di infermità elaborato dalle scienze psicopatologiche. Ma queste scienze sono caratterizzate dalla presenza di differenti 'paradigmi', ciascuno dei quali definisce in maniera diversa il concetto di malattia mentale.

Ciò individua una delle ragioni della situazione di disagio e di incertezza in cui è venuta a trovarsi la giurisprudenza.

È possibile quindi rintracciare orientamenti giurisprudenziali contrastanti a seconda del paradigma psicopatologico di volta in volta assunto quale parametro valutativo del disturbo psichico.

I tre paradigmi fondamentali di definizione della malattia mentale sono: a) quello medico, b) quello psicologico, c) quello sociologico.

Al paradigma medico, secondo il quale la malattia mentale viene definita come una malattia fisica del sistema nervoso centrale, sono da ricondurre quelle sentenze che negano la qualifica di infermità mentale alle 'semplici anomalie della personalità, del carattere e del sentimento', in quanto non derivanti da tare patologiche, e 'ai disturbi del sistema nervoso', in quanto privi di substrato organico. È questo l'indirizzo che seguendo una interpretazione restrittiva del concetto di infermità, delimita i casi di vizio totale di mente alle sole ipotesi nelle quali il disturbo psichico trovi riscontro in una deficienza organica. Allo stesso paradigma vanno ascritte quelle decisioni che pur non facendo riferimento alla causa organica della malattia mentale, affermano la necessità che

l'alterazione biologica sia almeno riconducibile alle classificazioni nosografiche elaborate dalla psichiatria. In tale ottica la giurisprudenza ha ritenuto di escludere dalla nozione di infermità "i difetti del temperamento, i vizi del sentimento, morali o sociali ... che non siano conseguenti ad una malattia clinicamente accertata e catalogata dalla nosologia psichiatrica"³⁸.

Tuttavia non tutti i disturbi psichiatricamente catalogati possono essere considerati infermità rilevanti ex art 88 c.p. Infatti le nevrosi e le psicopatie non escluderebbero la capacità di intendere e di volere. In tali casi la ragione della non rilevanza ai fini della incapacità affonda le proprie radici in considerazioni politico-criminali di natura general-preventiva.

Seguendo tali criteri, la giurisprudenza ha eletto la psicosi a tipologia esponenziale del vizio di mente, ritenendo che la nozione giuridica di 'infermità' rilevante per l'esclusione o la diminuzione della capacità di intendere e di volere è "compiutamente integrata nell'ipotesi di accertata malattia di mente in senso medico-legale, con tale espressione facendosi riferimento a quelle alterazioni psichiche che la scienza psichiatrica definisce psicosi e che prendono vita da processi morbosi somatici, siano essi noti, come nelle cosiddette psicosi organiche, ovvero ignoti ma comunque postulati, come nelle cosiddette psicosi endogene (schizofrenia e psicosi maniaco depressiva), alle prime assimilate in relazione al quadro psicopatologico e alle caratteristiche nosografiche che presentano"³⁹.

Non mancano tuttavia sentenze che, pur ancora riconducibili al paradigma medico, ritengono sufficiente, per riconoscere il vizio totale o parziale di mente, l'esistenza di uno stato o processo morboso, indipendentemente dall'accertamento di un suo substrato organico o da una sua classificazione nella nosologia psichiatrica. Tale prospettiva può essere definita psicopatologica ed in tale ottica, la Cassazione ha precisato:

³⁸ Cass. sez. I, 2 marzo 1984, Riv. pen., 1984, p. 668.

³⁹ M. Leone, M. Marchetti, G. Fatigante, *op. cit.*, p. 40.

l'infermità mentale rilevante ai fini della imputabilità deve sempre dipendere da una causa patologica e, quindi, esulano dalla nozione di essa quelle anomalie caratteriali e altre anomalie del comportamento che, pur influenzando sul processo di determinazione o inibizione, non siano conseguenti ad uno stato patologico suscettibile di alterare la capacità di intendere e di volere, intesa quale attitudine del soggetto a valutare il significato, gli effetti della propria condotta e autodeterminarsi nella selezione dei molteplici motivi⁴⁰.

Alla prospettiva psicopatologica è riconducibile anche l'orientamento che vede nel criterio del 'valore di malattia' il parametro di riferimento per riconoscere efficacia scusante ai disturbi psichici abnormi, non inquadrabili nelle psicosi e ai limiti della salute mentale.

All'orientamento della giurisprudenza fondato sul paradigma medico, si contrappone quello fondato sul paradigma cosiddetto psicologico. In esso si possono far rientrare quelle sentenze che affermano la necessità di una concreta valutazione del disturbo psichico, e che rifiutano riferimenti e classificazioni scientifiche enunciate in astratto. Si sostiene infatti che:

per la sussistenza del vizio di mente non è sufficiente che il giudice riconduca l'azione dell'imputato sotto un modello di infermità apoditticamente affermato, ma è necessario che lo stesso indichi i dati anamnestici, clinici, comportamentali o sorgenti dalle stesse modalità del fatto, rilevatori dell'asserito quadro morboso⁴¹.

Il concetto di infermità diventa così un concetto di contenuto più ampio rispetto a quello di malattia mentale, e ciò consente di ricomprendere nel concetto di infermità rilevante penalmente anche i disturbi mentali atipici. In alcune sentenze della Suprema corte si legge:

⁴⁰ Cass. 27 giugno 1984, in M. Bertolino, *op. cit.*, p. 446.

⁴¹ Cass. 22 novembre 1982, in *Riv. it. med. leg.*, 1984, p. 1228.

a determinare il vizio parziale di mente possono essere sufficienti anche alterazioni psichiche atipiche, quante volte esse per la loro impotenza, si risolvano in fattori perturbativi, in accentuata misura, della capacità di intendere e di volere⁴².

In quanto:

qualunque condizione morbosa, anche se difficilmente caratterizzabile sul piano clinico, può integrare il vizio di mente, sempre che presenti connotazioni tali da escludere o diminuire le normali capacità intellettive e volitive⁴³.

Sono soprattutto questi i due paradigmi che continuano, anche nella giurisprudenza più recente ad assurgere a criterio valutativo prevalente.

L'affermarsi in psichiatria di un altro paradigma, quello sociologico, non trova oggi alcun riscontro nella prassi penalistica in tema di imputabilità. La spiegazione del mancato riconoscimento da parte della giurisprudenza della partecipazione sociale alla genesi della malattia mentale, è costituita dal timore di un allargamento incontrollato delle maglie della disciplina relativa alle cause di esclusione della imputabilità, quale deriverebbe dal riconoscimento della qualifica di infermità mentale anche ad un generico disturbo psichico di origine sociale.

L'orientamento più recente della psichiatria si caratterizza per il riconoscimento di spazi sempre più ampi di responsabilità del malato mentale, in quanto si ammette che, anche di fronte ad una diagnosi di malattia, il paziente possa essere in grado di compiere responsabilmente delle scelte e di autodeterminarsi. Su questa linea si è mossa la legislazione italiana, ad esempio con la legge n° 180 del 1978 con la quale si è prevista non solo l'eliminazione dei manicomi, ma anche la necessità di ottenere il consenso al trattamento da parte del malato di mente.

⁴² Cass. 10 febbraio 1986, in *Riv.pen.*, 1986, p. 41.

⁴³ Cass. 13 gennaio 1986, in *Cass.pen.*, 1987, n 697.

Ben diversa si presenta la posizione con riferimento al diritto penale, dove parte della giurisprudenza, richiamandosi ancora alle concezioni tipiche del paradigma medico-nosografico, sembra far propria la concezione che vede un'assoluta incompatibilità tra malattia mentale ed idoneità ad agire responsabilmente.

5. L'incapacità procuratasi dal soggetto: ubriachezza ed intossicazione da stupefacenti

Alcolismo ed uso di stupefacenti sono fenomeni che hanno sempre interessato le scienze criminali per la loro plurima potenzialità offensiva e criminogena. Essi rilevano infatti:

1. come fattori pregiudizievoli per la salute individuale e collettiva, di chi ne fa uso e per la discendenza; l'eccessivo consumo di alcolici è tra le più gravi e mortali malattie sociali del nostro paese;
2. come fattori criminogeni sia diretti, assumendo l'uso di tali sostanze valore scatenante e favorendo la genesi di determinati comportamenti criminali, sia indiretti, legati alla squalificazione sociale, diserzione sul lavoro, depauperamento, decadimento morale, allo stato di bisogno dovuto alla tossicodipendenza.

Nella lotta contro tali fenomeni la nostra legge segue la duplice via:

1. della prevenzione, sia colpendo le attività che favoriscono le autointossicazioni voluttuarie (produzione, commercio, distribuzione di dette sostanze), sia prevedendo a favore degli intossicati interventi terapeutico-riabilitativi;
2. della repressione, incriminando l'ubriachezza manifesta in luogo pubblico o aperto al pubblico (art. 688 c.p.) e la guida in stato di ebbrezza (art. 132 c.s.).

Da un punto di vista medico legale si dovrebbe concludere che chi commette un reato sotto l'azione dell'alcool o di stupefacenti deve considerarsi inimputabile o semimputabile, se la sua capacità di intendere o di volere è esclusa o grandemente

scemata. Tale impostazione non è stata tuttavia recepita dal legislatore del '30, il quale in materia si è ispirato a criteri di notevole severità, per evidenti ragioni di politica criminale⁴⁴.

Ai sensi degli artt. 91 e 93 c.p., l'intossicazione 'accidentale', ovvero incolpevole, da sostanze alcoliche o stupefacenti può escludere o diminuire la capacità di intendere e di volere. L'art. 91 c.p. dispone:

non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità di intendere o di volere a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o forza maggiore. Se l'ubriachezza non era piena ma era tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere, la pena è diminuita.

Perché possa configurarsi tale ipotesi, l'ubriachezza deve essere involontaria nella causa. In questa nozione non rientra pertanto l'ubriachezza non intenzionale, ma non accidentale, ad esempio quella che dipende da negligenza o imprudenza, poiché in tal caso è involontario l'effetto, ma non la causa. Per tale motivo, l'ubriachezza accidentale è da escludersi non solo nel caso in cui il soggetto volle bere eccessivamente, pur senza l'intenzione di ubriacarsi, ma anche quando la contratta ubriachezza dipese da errore colposo dello stesso⁴⁵.

Dottrina e giurisprudenza insegnano che l'ubriachezza deriva da caso fortuito o forza maggiore quando è determinata "da un fatto imprevedibile o incalcolabile, che interferisce di sorpresa nel comportamento del soggetto, in modo da provocare un evento che non si possa, con le ordinarie cautele evitare (caso fortuito, ad esempio quando si scambi per un errore scusabile, dell'alcool puro per una bevanda innocua), ovvero da una energia esterna, naturale od umana, inevitabile ed irresistibile, che soggioga la volontà e la resistenza del soggetto (forza maggiore, come nell'ipotesi dell'operaio addetto ad una distilleria che si è ubriacato per aver lavorato in un ambiente saturo di vapori alcolici in

⁴⁴ F. Mantovani, *op. cit.*, p. 685.

⁴⁵ V. Manzini, *Trattato di diritto penale italiano*, vol. 2, Utet, Torino 1981, p. 164.

seguito ad un guasto dell'impianto, o del soggetto ubriacatosi per coazione o inganno altrui)⁴⁶. La circostanza di essere stato ubriacato da altri, senza costringimento od inganno, non è quindi sufficiente a rendere accidentale l'ubriachezza.

Analoga disciplina è prevista dall'art. 93 c.p. (che espressamente rinvia all'art. 91) per il caso che il fatto sia commesso sotto l'azione, non ascrivibile a colpa dell'agente, di sostanze stupefacenti.

L'ubriachezza accidentale piena, cioè quella che toglie la capacità di intendere e di volere, porta al proscioglimento dell'imputato perché non imputabile. Trattandosi di uno stato transitorio, che scompare quando l'azione dell'alcool svanisce, non possono applicarsi le misure di sicurezza destinate ai casi di proscioglimento per cronica intossicazione.

È tuttavia possibile che lo stato di incapacità sopraggiunga ad un soggetto già affetto da vizio di mente: per cui se l'agente è affetto da vizio totale di mente, l'intossicazione accidentale nulla toglie e nulla aggiunge ad uno stato mentale già di per sé ricompreso nella sfera di operatività dell'art. 88 c.p.; in tal caso si applicherà solo quest'ultimo.

Se l'agente è invece affetto da vizio parziale di mente la situazione cambia: l'art. 91 sarà applicabile se ubriachezza ed intossicazione da stupefacenti siano 'piene', cioè produttive di una totale incapacità di intendere e di volere. Se l'intossicazione accidentale scemi grandemente senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, il soggetto fruisce di una diminuzione di pena, poiché in tal caso la ingestione di sostanze alcoliche o stupefacenti nulla ha innovato rispetto allo stato mentale nel quale il soggetto già si trovava, così che l'agente potrà fruire di un'unica riduzione di pena, e precisamente quella contemplata dall'art. 89 c.p. cui dovrà ovviamente essere aggiunta la misura di sicurezza, altrimenti inapplicabile alla stregua dell'art. 91 c.p.; salvo ammettere che il

⁴⁶ M. Portigliatti Barbos, G. Marini, *La capacità di intendere e di volere nel sistema penale italiano*, Giuffrè, Milano 1964, p. 70.

giudice possa ugualmente farvi ricorso qualora dovesse ritenere l'agente pericoloso sulla scorta di un accertamento condotto ai sensi degli artt. 202 e 203 c.p.⁴⁷.

Non fa scemare né esclude l'imputabilità l'ubriachezza volontaria o colposa, ovvero l'ebbrezza contratta con il proposito di ubriacarsi, o colposa, cioè volontaria nella causa anche se involontaria nell'effetto. L'art. 92 primo comma c.p., statuisce che "l'ubriachezza non derivata da caso fortuito o forza maggiore non esclude né diminuisce l'imputabilità"; l'art. 93 c.p. estende poi tale disciplina anche al soggetto che agisca sotto l'azione di sostanze stupefacenti volontariamente o colposamente assunte.

Tale disciplina si è posta in aperto contrasto con quanto invece era previsto dal codice Zanardelli, il quale all'art. 48 stabiliva forti diminuzioni di pena per il delitto commesso in stato di ubriachezza volontaria, e una circostanza attenuante per il reato commesso in stato di ubriachezza abituale.

Le dispute sorte in dottrina riguardano anzitutto il titolo della responsabilità per il reato commesso. Le soluzioni prospettate sono state varie: dalla responsabilità oggettiva alla responsabilità a titolo di colpa, dalla responsabilità a titolo di dolo o colpa in base all'atteggiamento psichico del soggetto nel momento in cui si è ubriacato, alla responsabilità, sempre a titolo di dolo o colpa, ma sulla base dell'elemento psicologico che ha sorretto il fatto commesso nello stato di ubriachezza.

Dottrina e giurisprudenza dominante ritengono che dolo e colpa vadano accertati con riferimento al momento in cui il reato viene commesso. Il giudice pertanto dovrà accertare l'elemento soggettivo che concretamente ha illuminato il fatto, secondo i normali principi dettati dall'art. 43 c.p. Per cui l'intossicazione da sostanze alcoliche o stupefacenti sarà 'dolosa' quando il reo, oltre ad aver voluto la condotta (assunzione delle sostanze alcoliche o stupefacenti), se ne rappresenta le conseguenze (il risultante stato di intossicazione). Essa sarà colposa quando il soggetto ha assunto le sostanze alcoliche o stupefacenti, senza rappresentarsi, pur potendolo, la conseguente intossicazione⁴⁸.

⁴⁷ A. Crespi, *op. cit.*, p. 778.

⁴⁸ G. Marini, *op. cit.*, p. 266.

Una menzione particolare merita il secondo comma dell'art. 92 c.p., il quale dispone: "se l'ubriachezza era preordinata al fine di commettere il reato o di prepararsi una scusa, la pena è aumentata". Con la locuzione "al fine di prepararsi una scusa", il legislatore fa riferimento non al semplice porsi in stato di incapacità, ma alla prospettazione di uno stato di incapacità tale da escludere il ricorso alla sanzione.

Continuando l'esame delle disposizioni normative, l'art. 94 primo comma c.p. dispone:

se il reato è commesso in stato di ubriachezza (non accidentale) e questa è abituale, la pena è aumentata. Agli effetti della legge penale è considerato ubriaco abituale chi è dedito all'uso di bevande alcoliche ed in stato di frequente ubriachezza.

Il secondo comma dell'articolo prosegue:

l'aggravamento di pena previsto nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze.

Ai fini dell'aggravamento di pena occorre quindi: a) uno stato di intossicazione alcolica (o da sostanze stupefacenti) acuta volontaria o colposa; b) la commissione in tali condizioni di un reato; c) l'abitudine. Perché possa configurarsi la figura giuridica della abitudine devono concorrere due requisiti, la dedizione all'uso di alcolici e il frequente stato di ubriachezza. La dedizione all'uso indica 'un vizio continuativo, una consuetudine viziosa di vita'.

I singoli episodi di intossicazione infatti devono essere tali da dar luogo ad 'ubriachezza', ed inoltre devono essere frequenti e cioè tali da confermare la dedizione all'uso (e non la semplice proclività)⁴⁹. In sostanza occorre che lo stato di ebbrezza nel quale viene commesso il reato, costituisca un episodio del sistema di vita dell'individuo. Fatti saltuari, o anche periodici di ubriachezza, non bastano a stabilire in concreto l'ubriachezza abituale.

⁴⁹ M. Portigliatti Barbos, G. Marini, *op. cit.*, p. 106.

Situazione diversa dall'ubriachezza e dall'abituale assunzione di sostanze stupefacenti è la cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti. La cronica intossicazione si caratterizza come un'alterazione patologica permanente, che incide sul sistema nervoso, per lo più nella forma di un'affezione cerebrale, alla quale conseguono psicopatie che permangono indipendentemente dall'ulteriore assunzione di alcool o di stupefacenti: ed è proprio questo carattere di patologia irreversibile, con basi organiche, che differenzia la cronica intossicazione dall'ubriachezza abituale e dall'assunzione abituale di sostanze stupefacenti⁵⁰. La stessa Corte Costituzionale (nella sentenza n. 114 del 1998) ha affermato la legittimità della distinzione operata dal legislatore tra la condizione dell'assuntore abituale di alcool e di stupefacenti e lo stato di cronica intossicazione, richiedendo per quest'ultimo *un'alterazione non transitoria dell'equilibrio biochimico del soggetto tale da determinare un vero e proprio stato patologico psicofisico e, dunque, una non transitoria alterazione dei processi intellettivi e volitivi*. Trattandosi di un vero e proprio stato patologico, coerentemente la cronica intossicazione viene equiparata dalla legge al vizio di mente (totale o parziale): stabilisce, infatti, l'art. 95 c.p. che *per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli artt. 88 (vizio totale di mente) e 89 (vizio parziale di mente)*.

⁵⁰ Così Marinucci G.-Dolcini E., *Manuale di diritto penale – Parte generale*. Giuffrè editore, 2004, pag. 231.

Capitolo II

La tossicodipendenza secondo la scienza psichiatrica

SOMMARIO: 1. La criteriologia nosografica in psichiatria forense. – 2. I vari orientamenti nosografici in tema di tossicodipendenza e alcool dipendenza. – 3. Classificazione internazionale dei disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive. – 4. La diagnosi medico-legale alla base del giudizio di imputabilità del soggetto tossicodipendente. – 5. I principi diagnostici.

1. La criteriologia nosografica in psichiatria forense

La nosografia è lo studio puramente descrittivo delle malattie. In psichiatria essa si occupa di classificare i disturbi mentali, mediante una elencazione che li suddivide secondo categorie più o meno rigide. Il criterio nosografico è pertanto quello che differenzia in modo rigoroso i vari disturbi in funzione della formulazione delle differenti diagnosi. Ed in questa prospettiva dalla diagnosi derivano necessariamente anche valutazioni in ordine alla prognosi, alla terapia, e quindi anche relativamente alla responsabilità, imputabilità e pericolosità.

Esistono in psichiatria forense due orientamenti fondamentali, l'uno che auspica un sempre più stretto vincolo ed un sempre maggior rigore nosografici, l'altro che ritiene che il giudizio sull'imputabilità prescinda in gran parte dalla nosografia.

A tal proposito ed a conferma del primo orientamento, Ugo Fornari ha sostenuto:

è necessario ... ancorare la nozione di infermità di mente a un qualche tipo di nosografia che io propongo restrittiva ed impostata su criteri i più rigorosi ed obiettivi possibili ... è utile sottrarre al massimo l'apprezzamento del significato di malattia alla 'sensibilità' del singolo perito: e ciò si può ottenere solo adottando una nosografia chiara, semplice, ridotta anche se di tipo aperto.

In senso contrario Giovanni Ponti e Isabella Merzagora affermano:

in psichiatria forense, l'inquadramento nosografico non aiuta più di tanto in quanto il termine di riferimento è un altro. Il giudizio in tema di incapacità di intendere e di volere non è, almeno nel nostro sistema, un giudizio solo tecnico, una mera diagnosi psichiatrica, bensì una valutazione attinente allo spazio della residua libertà del singolo⁵¹.

All'inizio del novecento, la psichiatria si fa psichiatria forense in un momento in cui il concetto di malato di mente è netto e stereotipico. In particolare l'ideologia psichiatrica prettamente deterministica ed organicistica, comporta l'attribuzione automatica di irresponsabilità a colui il quale sia diagnosticato come psicotico. Le cose non cambiano in tempi a noi più vicini, anche se il parallelismo tra categoria nosografica ed inimputabilità viene riservato alle forme conclamate di psicosi quali la schizofrenia.

La ragione dell'impero della criteriologia nosografica, secondo la quale dall'identificazione dell'entità nosologica derivano immediate conseguenze sul piano psichiatrico forense, può ravvisarsi nella percezione della malattia mentale all'epoca in cui fu redatto il codice.

Ho sottolineato in precedenza come sia mutata la percezione psichiatrica del malato di mente, come la malattia mentale non venga più considerato un fatto in sé, *naturaliter datum*, ma riconosce nella propria genesi non trascurabili aspetti psico-sociali. Contestualmente a tale mutamento, si è andato dilatando il concetto di infermità fino a non corrispondere più alle sole situazioni morbose che trovano ospitalità nella nosografia psichiatrica.

Se questa è la situazione attuale, secondo l'opinione di Ponti, è necessario chiedersi quali siano o debbano essere i rapporti tra l'inquadramento nosografico e la trasposizione in termini di imputabilità. Ponti sostiene che una delle strade percorribili sia quella dell'ancoraggio alla nosografia psichiatrica, anche se si tratterà di una nosografia non più dogmatica, come lo era un tempo, ma di una dimensione di riferimento aperta, che non

⁵¹G. Ponti, I. Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1992, p. 65.

circoscrive il malato in un parametro rigido e deterministico, ma incentrata sul divenire storico della persona e pertanto comprensiva delle infinite variabili individuali. Inoltre, afferma che, se scegliendo la via dell'aderenza nosografica, si pensasse di utilizzare la criteriologia del DSM-III-R (uscita nel 1988 ma già sostituita dalla successiva ed ultima edizione del DSM-IV del 1994), è lo stesso Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali a mettere sull'avviso che dalla nomenclatura classificatoria non possono trarsi conclusioni medico-legali, sia in campo penale che civile. In esso si legge:

i concetti clinici e scientifici implicati nella categorizzazione di queste condizioni come disturbi mentali possono essere del tutto irrilevanti in sede giuridica, ove ad esempio si debba tener conto di aspetti quali la responsabilità individuale, la valutazione della disabilità e l'imputabilità⁵².

E ancora:

le considerazioni cliniche e scientifiche alla base della classificazione e dei criteri diagnostici del DSM-III-R possono non essere rilevanti per l'impiego del DSM-III-R al di fuori di ambienti clinici o di ricerca, ad esempio nelle valutazioni legali.

Il più importante modello nosografico pensato in Italia per la psichiatria forense è quello di Ugo Fornari, il quale sostiene:

occorre tener presente che non sempre è possibile stabilire una netta demarcazione fra un quadro psicopatologico ed un altro, e che esistono forme intermedie, di passaggio, marginali, miste, in fase di evoluzione o di remissione, forme che esordiscono attraverso il reato, e forme che rendono talvolta impossibile incasellare per lungo tempo il malato in una nosografia clinica sicura e ben determinata⁵³.

⁵² American Psychiatric Association, *DSM-III-R*; trad. it., Masson Italia, Milano 1988, p. 16.

⁵³ U. Fornari, *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino 1989, p. 131.

L'autore è poi costretto ad effettuare alcune preclusioni dall'area delle infermità, quali le personalità psicopatiche, le psiconevrosi, i disturbi psicosessuali, le tossicomanie senza disturbi mentali organici, affermando che in tali casi trattasi di disarmonie del comportamento che di per sé considerate non possono costituire vizio di mente. In tal caso il comportamento antiggiuridico non può essere considerato come 'morboso', ma semplicemente come 'delinquenziale'. Solo quando il comportamento abnorme è tale da essere alieno alle direttive della personalità cui si riferisce, assumendo un elevato 'valore di malattia' dimostrabile o attraverso l'acquisizione di una documentazione clinica specifica, deposizioni e testimonianze significative, dati anamnestici, clinici e psicodiagnostici raccolti nel contesto dell'accertamento peritale, solo allora si concretizza l'attributo di 'morboso', che perfeziona il concetto psichiatrico forense di 'infermità' quale previsto dal codice penale.

In considerazione del fatto che il parametro dell'infermità ha subito e subisce un processo di erosione e dilatazione, comprendendo sempre più numerose situazioni che sfuggono ovvero non trovano una loro precisa classificazione nosografica, la posizione che caratterizza autori quali Ponti e Merzagora non è quella dell'ancoraggio alla nosografia, quanto quella dell'indagine sulla responsabilità e sugli spazi residuali di libertà del soggetto al momento del reato.

A motivare tale conclusione vi è innanzitutto la considerazione del sempre più largo ricorso alla perizia psichiatrica, utilizzata non solo per identificare eventuali infermità, ma per avere anche un giudizio ed una valutazione che non si esauriscono nel dato psicopatologico, ma riguardano anche la criminogenesi, la criminodinamica e il profilo di personalità del reo.

A ciò si aggiunga la non corrispondenza degli inquadramenti classificatori della psichiatria con le valutazioni in merito alla capacità di intendere e di volere. In psichiatria forense la psicosi non significa più necessariamente incapacità, così come la nevrosi non porta all'imputabilità.

Il procedimento logico da farsi secondo il codice dovrebbe essere il seguente: ricercare l'infermità e, successivamente, verificare se da essa deriva abolizione o riduzione della capacità di intendere e di volere. Secondo l'opinione del Ponti è oggi prevalsa una prassi che capovolge tale procedimento. Si ricerca la compromissione della capacità di intendere e di volere e, ove la si riscontri, se ne inferisce l'infermità anche prescindendo dall'inquadramento nosografico, ovvero forzandolo. È chiaro che in tal modo aumentano i rischi di discrezionalità ed arbitrarietà e, rinunciando al supporto della nosografia, si rende sempre più complesso giudicare se una persona ha compiuto un delitto perché non ha potuto o non ha voluto resistere a un impulso⁵⁴.

Tuttavia, pur negando alla nosografia incidenza nel giudizio di imputabilità, viene da Ponti salvato il suo rigore terminologico, considerato necessario per l'uniformità e la comprensibilità. In tal egli sostiene che è da adottarsi anche in psichiatria forense la nomenclatura adottata dai DSM e generalmente accettata, che consente ovunque di usare gli stessi nomi per indicare uguali disturbi mentali. Essendo pacifico che dalla identificazione del termine non possa derivare alcuna conseguenza medico-legale.

Anche altri autori, come il Castrogiovanni, ritengono che nella definizione e classificazione dei disturbi mentali l'inquadramento nosografico sia fondamentale, e facendo riferimento al DSM afferma:

Lo scopo fondamentale è stato raggiunto: quello di aumentare l'affidabilità delle categorie diagnostiche così da ridurre al minimo la soggettività della diagnosi e da favorire l'allontanamento della psichiatria da quell'area non scientifica nella quale l'interpretazione e l'inquadramento sono tanti quanti i modelli teorici di riferimento e variano nel tempo a seconda della moda culturale⁵⁵.

⁵⁴ G. Ponti, I. Merzagora, *op. cit.*, p. 78.

⁵⁵ L. Dell'Osso, A. Lomi, *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Giuffrè, Milano 1989, p. 2.



2. I vari orientamenti nosografici in tema di tossicodipendenza

Analizzando la più diffusa trattatistica psichiatrica appare evidente la difficoltà di inquadrare la tossicomania nell'ambito di un quadro nosografico preciso. Si possono comunque delineare due orientamenti sostanziali.

Per il primo, che possiamo definire 'descrittivo-sistematico', il fenomeno tossicomano non viene visto nel suo aspetto complessivo, ma viene affrontato considerando gli effetti acuti e cronici determinati dalle varie sostanze.

Il presupposto di differenziare i diversi tipi di tossicomania attraverso il tipo di sostanza usata ed in via secondaria in funzione delle modalità di assunzione, risultava quello più comunemente diffuso. Una tale distinzione si fondava sui seguenti dati:

- a. differenza dell'effetto psicotropo 'specifico', a seconda della droga e, per alcune sostanze, anche delle modalità di assunzione;
- b. differenza dell'effetto tossico e delle caratteristiche tossicomano gene intrinseche ad ogni droga;
- c. differenza della prognosi (divezzamento più o meno facile, ricadute più o meno frequenti) per tipo di sostanza.

Una tale distinzione e classificazione delle tossicomanie si diffuse in passato perchè le sostanze stupefacenti erano distinte sulla base del loro effetto psichico prevalente.

Lewin distinse le droghe in: 'Euforica' (euforizzanti) comprendenti l'oppio, la morfina ed i derivati della cocaina; 'Phantastica' (provocatrici di illusioni sensoriali), delle quali il rappresentante principale era la canapa indiana; 'Inebrantia' (inebrianti) che oltre all'alcool etilico comprendevano il cloroformio e l'etere. Questo tipo di classificazione ha perduto gradatamente importanza, poiché sono state sempre più valorizzate le differenze individuali nella reazione psichica ad una stessa sostanza, e perché l'effetto psicotropo

particolare appare evidente nella fase iniziale cosiddetta di 'compenso'. Mentre nella fase successiva di "scompenso" tale effetto diventa meno persistente e marcato⁵⁶.

Inoltre il moltiplicarsi delle sostanze stupefacenti sintetiche ed il diffondersi delle politossicomanie, cioè la possibilità che alcuni soggetti sostituiscano, dopo un periodo di tempo variabile, lo stupefacente adoperato con altro nuovo oppure che facciano uso contemporaneamente di due o più droghe, ha reso questa classificazione di scarso valore clinico.

Nell'ambito di tale primo orientamento è possibile inquadrare autori come A.H. Ghodse che, pur scegliendo questo approccio descrittivo-sistematico, segnala comunque il rischio che una tale metodologia "svii l'attenzione dagli aspetti fondamentali e più generali dell'argomento", ricordando che la tossicodipendenza deve essere valutata non solo in termini di utilizzo della sostanza ma anche "in termini di stile di vita, salute fisica, di denunce per reati eccetera". Ghodse segnala poi una serie di specifiche situazioni psichiatriche legate all'utilizzo cronico di sostanze stupefacenti quali psicosi tossiche associate all'utilizzo di amfetamine e cocaina, sindrome amotivazionale nell'utilizzo cronico di cannabis e derivati, psicosi negli utilizzatori di LSD⁵⁷.

Analoga impostazione si rinviene anche in alcuni trattati di psichiatria di scuola italiana.

Il Reda nell'affrontare il tema degli aspetti clinici delle tossicomanie afferma che "essi sono vari e mutevoli e dipendono dalla sostanza usata, dalla dose e dall'incontro della sostanza con le caratteristiche psicofisiche di colui che la usa", ed inquadra i sintomi in sindromi specifiche costituite da reazione panica e stato di allarme, flasch-back, reazione tossica, psicosi, sindrome organica cerebrale, sindrome da astinenza⁵⁸.

Per il secondo orientamento il fenomeno tossicomano viene inquadrato in un ambito più ampio. Secondo l'opinione di Tullio Bazzi è il modesto valore clinico di una distinzione fondata su un unico fattore (quale ad esempio il tipo di sostanza usata) che

⁵⁶ T. Bazzi, G. De Vincentiis, *La valutazione medico-legale e l'inquadramento clinico delle tossicomanie*, Giuffrè, Milano 1960, p. 46.

⁵⁷ Citato da M. Leoni, M. Marchetti, G. Fatigante, *op. cit.*, p. 95.

⁵⁸ G. Reda, *Trattato di psichiatria*, Usnes, Firenze 1982, p. 447.

induce a ricercare un tipo di inquadramento sindromico in funzione di una diagnosi che implichi il maggior numero di conseguenze utili ai fini della terapia e della prognosi.

H.J. Weitbrecht, pone la tossicomania all'interno della vasta sezione dedicata alle 'personalità abnormi: reazioni e sviluppi', nella quale vengono prese in considerazione anche le tossicomanie nelle varie forme. Weitbrecht sostiene che in ogni caso di tossicomania si deve tener presente:

1. la psicopatologia dell'individuo predisposto o già tossicomane, comprese considerazioni relative al significato della tossicomania e dell'ebbrezza in genere, come possibilità umana dell'essere tossicomane;
2. la psichiatria farmacologica cui non solo compete l'indagine psicologica ma anche quella tossicologica e fisiopatologica delle sostanze che inducono la tossicomania;
3. la sociologia della tossicomania con l'inerte compito di esaminare lo sfondo storico e sociale della nostra civiltà e del nostro periodo.

Secondo Weitbrecht "le conseguenze ultime delle varie forme di abuso di droghe a lungo andare non sono molto diverse le une dalle altre o perlomeno hanno molti lati comuni". Si nota "un deterioramento, un appiattimento, uno svuotamento e alla fine un grave declassamento della personalità originaria". Su questo sfondo si sviluppano dei 'comportamenti reattivi anormali' che coinvolgono tutte le attività della vita, la posizione familiare, le relazioni umane nel lavoro e nella società. In pratica mettono il tossicomane in conflitto con l'ordine sociale e legale.

Altri autori quali Ey e Coll., partendo da una impostazione ad impronta psicoanalitica, pongono le tossicomanie nel capitolo definito 'lo squilibrio psichico'. In tale capitolo vengono raggruppate ed accomunate condizioni quali le 'personalità psicopatiche', le 'perversità', le 'perversioni sessuali' e le 'tossicomanie'. L'inserimento delle tossicomanie in tale capitolo viene giustificato considerando la sostanziale presenza nel tossicomane

di una cosiddetta 'struttura pervertita' che porta il soggetto 'ad una regressione ad un piacere parziale' ossia designa il ritorno del soggetto a fasi superate del suo sviluppo.

Di fondamentale rilievo è che tutte le patologie raggruppate nel capitolo relativo allo squilibrio psichico, sono a loro volta inserite nel più vasto raggruppamento delle malattie mentali croniche che, rispetto alle malattie mentali acute, hanno la caratteristica di una evoluzione continua e progressiva che altera in maniera duratura l'attività psichica⁵⁹.

Tra gli autori italiani collocabili in questo secondo indirizzo, Bini e Bazzi⁶⁰ in un testo del '67 includono le tossicomanie tra i "comportamenti psicopatici" accanto ad altri comportamenti come la cleptomania e la piromania. Affermano che in tale espressione vengono raggruppate manifestazioni che presentano le seguenti caratteristiche generali:

1. presenza di un determinato comportamento che ha tendenza a recidivare con significato 'dannoso' per il soggetto e la società;
2. impossibilità di inquadrare tale comportamento in un'unica entità clinico-nosografica;
3. quando il comportamento configura un reato la qualifica di 'psicopatico' intende indicare da un lato la mancanza dei moventi e scopi abituali dei delinquenti comuni, dall'altro l'esistenza di un fattore psicopatologico da cui scaturisce la condotta illecita che viene pertanto ad assumere un particolare significato medico-legale.

3. Classificazione internazionale dei disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive

Nel 1957 il Comitato di esperti della Organizzazione Mondiale della Sanità propose una distinzione tra tossicomania ed abitudine.

⁵⁹ H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset, *Manuale di psichiatria*, Masson Italia, Milano 1980.

⁶⁰ L. Bini, T. Bazzi, *Trattato di psichiatria*, vol. 2, Vallardi, Milano 1967, p. 215.

La tossicomania (*addiction*) fu definita come uno stato di intossicazione periodica o cronica prodotto dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica. Le sue caratteristiche comprendevano:

1. un irresistibile desiderio o bisogno di continuare ad assumere la sostanza ed a procurarsela con ogni mezzo;
2. la tendenza ad aumentare la dose (tolleranza);
3. la dipendenza psichica ed a volte fisica dagli effetti della sostanza;
4. effetti dannosi all'individuo e alla società.

L'abitudine ad una sostanza fu definita come una condizione derivante da ripetute assunzioni di questa. Le sue caratteristiche erano date da :

1. un desiderio, ma non una coazione, a continuare ad assumere la sostanza per il senso di aumentato benessere che essa produce;
2. scarsa o nessuna tendenza ad aumentare la dose;
3. un certo grado di dipendenza psichica dall'effetto della sostanza, in assenza di dipendenza fisica e quindi di sindrome di astinenza;
4. effetti dannosi principalmente per l'individuo.

Nel 1962 l'O.M.S. decise di abbandonare tale distinzione, e nel 1965 adottò prima il termine di 'dipendenza', per caratterizzare gli aspetti fisici e psichici dell'interazione individuo-psico-farmaco, poi nel 1969 quello di 'farmacodipendenza'. La farmacodipendenza fu definita come uno stato psichico, a volte fisico, risultante dall'interazione fra un individuo vivente ed un farmaco, caratterizzato da reazioni comportamentali e comprensiva di un impulso ad assumere il farmaco in modo continuo o periodico, allo scopo di sperimentarne gli effetti psichici e talvolta per evitare il disagio della sua assenza. La tolleranza può essere presente o meno. Un individuo può essere dipendente da più farmaci. Tale definizione è stata confermata anche nei successivi rapporti, nel diciannovesimo del 1973 e nel ventesimo del 1974.



Negli anni successivi al 1974, l'O.M.S. sviluppò un attivo programma per rivedere i contenuti e la forma della ICD-8 (*International Statistical Classification of Diseases*) adottata nel 1968 ovvero la classificazione statistica dei disturbi mentali e delle altre condizioni morbose.

Negli stessi anni un altro importante contributo alla classificazione nosografica fu dato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association la cui prima edizione è apparsa nel 1952.

Dopo la sua pubblicazione è stato accettato negli Stati Uniti come linguaggio comune dei clinici e dei ricercatori nel campo della salute mentale. I maggiori testi di psichiatria e psicopatologia hanno largamente adottato la sua terminologia ed i suoi concetti anche a livello internazionale, essendo stato tradotto in vari paesi, compresa l'Italia.

Nella prima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, le varie forme di tossicomania erano inserite all'interno della categoria dei disturbi della personalità di tipo sociopatico. L'American Psychiatric Association definiva sociopatico:

un individuo sostanzialmente asociale i cui modelli di comportamento lo portano ripetutamente a trovarsi in conflitto con la società. Incapace di mantenere significativi impegni con persone, gruppi o valori sociali. Egoista, irresponsabile, impulsivo, incapace di senso di colpa e di imparare dall'esperienza e dalla punizione. Bassa tolleranza alle frustrazioni.

Il DSM-I fu il primo manuale ufficiale dei disturbi mentali che conteneva un glossario con la descrizione delle categorie diagnostiche. L'uso del termine 'reazione', in questa prima classificazione, rifletteva l'influenza della concezione psicobiologica di Adolf Meyer, secondo il quale i disturbi mentali rappresentavano reazioni della personalità a fattori psicologici, sociali e biologici.

Nell'elaborazione della seconda edizione (1968) venne deciso di utilizzare la classificazione della sezione dei disturbi mentali dell'ottava revisione della

Classificazione Internazionale delle malattie (ICD), per la quale i rappresentanti dell'Associazione Psichiatrica Americana avevano fornito la loro consulenza.

Nel 1974 l'Associazione Psichiatrica Americana designò una Task Force on Nomenclature and Statics, con il compito di iniziare l'elaborazione del DSM-III, dato che nel gennaio del 1979 sarebbe entrato in vigore l'ICD-9. La terza edizione del DSM ha visto la luce nel 1980, ed è stata tradotta per la prima volta in Italia nel 1983.

Per quanto i rappresentanti dell'Associazione Psichiatrica Americana avessero collaborato con l'OMS nella stesura dell'ICD-9, vi era una certa preoccupazione circa la possibilità di applicare la classificazione ed il glossario dell'ICD-9 negli USA, poiché molte classificazioni non sembravano sufficientemente dettagliate per l'uso clinico. Fu quindi deciso di modificare l'ICD-9 e l'APA fu invitata nel dicembre del 1976 ad inviare suggerimenti per denominazioni alternative e categorie aggiuntive. Questo rese possibile che la classificazione ed i termini diagnostici del DSM-III che si stavano elaborando fossero inclusi nella classificazione dell'ICD-9-CM, che nel 1979 è divenuto il sistema ufficiale negli USA per registrare tutte le malattie, lesioni, menomazioni, sintomi e cause di morte.

Nel DSM-III alla nozione di infermità e malattia mentale si sostituì quella più generica di Disturbo Mentale, e nel successivo DSM-III-R (1987) ciascuno dei vari disturbi mentali sarà concepito come:

una sindrome o modalità comportamentale o psicologica clinicamente significativa che si manifesta in un individuo e che sia tipicamente associata o con malessere attuale (sintomo doloroso), o con una menomazione (alterazione in una o più aree del comportamento), o con rischio significativamente aumentato di andare incontro a morte, a dolore, a inabilità o ad una importante perdita di libertà⁶¹.

⁶¹ American Psychiatric Association, *DSM-III-R*, 1988; trad. it. Masson Italia, 1992, p. 9.

Il sistema diagnostico proposto nel DSM-III è di tipo 'multiassiale' ovvero per definire una diagnosi vengono valutate le condizioni del paziente secondo i parametri di cinque diversi assi diagnostici.

Nel primo Asse vengono prese in considerazione le 'sindromi cliniche', compresi i 'Disturbi mentali organici indotti da sostanze' e i 'Disturbi da uso di sostanze'. Ed è per la prima volta che i problemi correlati all'uso ed abuso di alcool vengono messi sullo stesso piano di quelli connessi all'uso ed abuso delle sostanze comunemente considerate stupefacenti.

Nel secondo Asse venivano classificati i Disturbi dello Sviluppo e della Personalità; nel terzo Asse erano presi in considerazione i disturbi e le condizioni fisiche, ossia le malattie di carattere internistico che possono interferire o coesistere con quadri di Disturbo Mentale; nel quarto Asse vengono presi in considerazione gli eventi psicosociali stressanti che possono aver diversamente inciso sull'insorgenza, sviluppo e mantenimento del disturbo mentale diagnosticato; infine il quinto Asse consente al clinico di indicare il suo giudizio sul funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dell'individuo su di una scala, la 'Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento', che valuta la salute-malattia mentale⁶².

Il sistema di valutazione multiassiale proposto ed utilizzato nel DSM-III non è andato esente da critiche e da alcuno, quale Fornari, è stato considerato troppo ampio. Secondo questo autore si corre il rischio di considerare come psichiatrici (quindi 'patologici') fenomeni e comportamenti esistenziali che tali non sono, così da ampliare troppo l'alone semantico ed operativo della nozione di 'disturbo mentale', rinforzando, mantenendo o facendo riemergere un patologismo che invece deve essere sempre più circoscritto e delimitato, soprattutto per quanto riguarda l'applicazione del vizio totale o parziale di mente⁶³.

Fornari sostiene ancora:

⁶² M. Leoni, M. Marchetti, G. Fatigante, *op. cit.*, p. 103.

⁶³ U. Fornari, *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R, aspetti clinici e prospettive medico-legali*, Giuffrè, Milano 1989, p. 22.

i problemi diagnostico-clinici non si risolvono iperpsichiatrizzando tutti i comportamenti, bensì riducendo le categorie cliniche, operazione questa certo non garantita dal furore classificatorio dei colleghi americani, che, attraverso l'eccessiva estensione della nomenclatura psichiatrica, hanno incluso tra i disturbi mentali anche condizioni che tali non sono.

Tornando all'esame del DSM-III, nella sezione dei 'Disturbi mentali organici indotti da sostanze' sono raccolte varie Sindromi Cerebrali Organiche provocate dall'azione diretta di varie sostanze sul sistema nervoso. Esse vengono distinte dai Disturbi da Uso di Sostanze, categoria che comprende le turbe comportamentali associate all'assunzione di sostanze che agiscono sul sistema nervoso centrale. Le sostanze più comunemente assunte in modo non terapeutico per indurre alterazioni dello stato d'animo o del comportamento vengono individuate in: alcool, barbiturici o sedativi ed ipnotici ad azione simile, oppiacei, cocaina, amfetamine o altri simpaticomimetici, fenciclidina, allucinogeni, cannabis, tabacco e caffeina.

Per il DSM-III i Disturbi Mentali Organici causati dalla ingestione di sostanze d'abuso erano 'l'intossicazione' e 'l'astinenza'. La caratteristica essenziale della 'intossicazione', era nel DSM-III rappresentata da un comportamento alterato dovuto all'ingestione recente e alla presenza nell'organismo di una sostanza specifica. I Disturbi Mentali Organici attribuiti alla ingestione di alcool comprendevano: l'intossicazione alcolica, idiosincrasia alcolica, astinenza alcolica, delirium da astinenza alcolica, allucinosi alcolica, disturbo amnesico alcolico e demenza associata ad alcolismo.

Alla ingestione di altre sostanze quali amfetamine e allucinogeni, il DSM-III collega la comparsa di altri Disturbi Mentali Organici quali la Sindrome delirante Organica che di norma si sviluppa dopo un uso prolungato di dosi elevate di tali sostanze, e che dà luogo a deliri di persecuzione associati ad aggressività ed ansia, o nel caso degli allucinogeni all'idea delirante che le percezioni o i pensieri patologici corrispondano a realtà, e la Sindrome Affettiva Organica (caratterizzata dalla comparsa di sentimenti di colpa, ansia

e depressione). Tale sindrome poteva concretarsi in un'esperienza breve e transitoria, oppure in un episodio psicotico di lunga durata difficilmente distinguibile da un disturbo psicotico non-organico quale ad esempio la schizofrenia.

Il dato più significativo di questa terza edizione del DSM-III era il non riconoscimento di molti dei quadri che si possono presentare associati all'uso di cocaina, quali dipendenza ed astinenza.

Nella seconda sezione del DSM-III venivano trattati i 'Disturbi da Uso di Sostanze'. Tale categoria diagnostica riguardava le modificazioni comportamentali associate all'uso di sostanze che agiscono sul sistema nervoso centrale. Esempi di tali modificazioni erano la compromissione delle attività sociali o professionali come conseguenza dell'uso della sostanza, l'incapacità di controllare l'uso o di interromperne l'assunzione, e lo sviluppo di seri sintomi di astinenza dopo la cessazione o la riduzione dell'uso della sostanza. Tali condizioni venivano nel DSM-III trattate come disturbi mentali ed è lo stesso manuale a precisare che "quasi invariabilmente, i soggetti che hanno un Disturbo da Uso di una sostanza svilupperanno anche ad un certo momento, un Disturbo Mentale Organico indotto da una sostanza come un'Intossicazione o un'Astinenza".

Per la maggior parte delle classi di sostanze, l'uso patologico era diviso in Abuso di Sostanze e Dipendenza da Sostanze.

Tre erano i criteri che secondo il DSM-III distinguevano l'uso non patologico dall'Abuso di una sostanza:

1. una modalità d'uso patologica con fallimento nei tentativi di controllare l'uso della sostanza nonostante la presenza di una malattia fisica che il soggetto sappia essere esacerbata da tale uso e il bisogno di un uso quotidiano della sostanza per un funzionamento adeguato;
2. compromissione delle attività sociali e professionali causata dalle modalità d'uso patologiche;
3. durata del disturbo da almeno un mese.

Accanto alla categoria 'Abuso' veniva definita la categoria 'Dipendenza', considerata quale forma di disturbo più grave rispetto all'"Abuso" ed implicante una 'dipendenza fisica' evidenziata sia dalla tolleranza che dall'astinenza.

Una delle caratteristiche di questa edizione del DSM-III era data dalla affermazione che alcune sostanze, quali cocaina, fenciclidina e allucinogeni, davano soltanto 'Abuso', mentre per tutte le altre categorie di sostanze era possibile sia l'"Abuso" che la 'Dipendenza'.

L'edizione revisionata del DSM-III, conosciuta come DSM-III-R, uscì nel 1987 ed è stata tradotta in Italia nel 1988.

Nei sette anni intercorsi dalla pubblicazione della edizione del 1980 si erano registrate sostanziali modifiche a livello internazionale per quanto riguarda l'interpretazione complessiva del fenomeno tossicomano. La prima riguardava il progressivo affermarsi dei criteri unitari di interpretazione della sindrome da dipendenza alcolica che erano stati proposti da Edwards e Gross (1976) nel loro articolo sulla 'Alcohol Dependence Syndrome' ed il loro utilizzo anche per l'identificazione e l'inquadramento dei fenomeni di tossicodipendenza da altre sostanze.

Gli elementi essenziali della 'Alcohol Dependence Syndrome' erano dai due Autori così descritti:

1. un progressivo restringimento delle scelte riguardo al bere così che lo stesso viene ad assumere progressivamente le caratteristiche di un comportamento compulsivo;
2. una sempre maggiore rilevanza dei comportamenti di ricerca del bere;
3. una aumentata tolleranza all'alcool;
4. ripetuta comparsa di sintomi legati alla mancanza di assunzione di alcool;
5. sempre maggiori tentativi di evitare la comparsa di tali sintomi con ulteriore assunzione di alcool;
6. sensazione di un sempre maggiore bisogno di bere;

7. rapido ristabilirsi del quadro sindromico dopo un periodo di astinenza.

Ad ampliare il quadro dei cambiamenti intervenuti tra il DSM-III e la sua edizione revisionata, contribuì anche la pubblicazione da parte dell'OMS del 'memorandum' relativo alla nomenclatura e classificazione dei problemi derivanti dall'uso di alcool e droghe.

Nel 'Memorandum' si procedeva alla revisione dei concetti di 'abuso', criticato perché "non soddisfacente per un approccio scientifico", e venivano introdotte categorie diagnostiche diverse quali, 'uso non autorizzato', 'uso rischioso' (inteso come impiego di una sostanza potenzialmente dannosa per il consumatore), 'uso disfunzionale' (inteso come impiego di una sostanza idonea ad indurre modificazioni in ambito psicosociale), 'uso dannoso' (ossia impiego di una sostanza capace di indurre danni organici o malattie mentali).

Anche il concetto di dipendenza veniva sostituito dal concetto di 'neuroadattamento', per indicare le modificazioni a livello del funzionamento cerebrale indotte dalle varie sostanze, ivi compresi i fenomeni di tolleranza ed astinenza.

Veniva infine riformulato il concetto di 'Dipendenza da droga', le cui principali caratteristiche erano così individuate:

1. la consapevolezza soggettiva della compulsione all'uso di una o più droghe, di solito in coincidenza del tentativo di interromperne o limitarne l'assunzione;
2. la stereotipia nelle manifestazioni connesse all'assunzione di droga con progressivo restringimento delle scelte comportamentali indirizzate prevalentemente alla ricerca della droga;
3. evidenza di 'neuroadattamento' con comparsa di segni di tolleranza e di segni e sintomi legati all'astinenza;
4. utilizzo della droga per alleviare od evitare l'insorgere dei sintomi legati all'astinenza;

5. predominanza del comportamento compulsivo riguardo alla droga a confronto con altre priorità;
6. rapido ristabilimento della 'Sindrome da Dipendenza' dopo un periodo di astinenza⁶⁴.

Il 'Memorandum' dell'OMS riprendeva in sostanza i criteri contenuti nella descrizione della "Alcohol Dependence Syndrome", estendendone l'utilizzo anche alle situazioni di dipendenza da droga e ribadiva un concetto fondamentale, quello relativo alla necessità di tenere ben distinte da un lato la descrizione delle caratteristiche fondamentali della sindrome da dipendenza da droga, dall'altro la descrizione delle possibili conseguenze che tale sindrome può comportare sul piano della salute sia fisica che mentale.

Lo sforzo degli autori era teso ad individuare caratteristiche proprie della 'Sindrome da dipendenza' vista come fenomeno unitario, tenendole ben distinte dalle caratteristiche delle complicanze, conseguenti all'utilizzo delle varie sostanze.

La 'malattia' era individuata nella presenza della sindrome, ed assumeva un quadro nosografico preciso con proprie caratteristiche psicologiche e comportamentali, indipendenti e da fattori psicopatologici sottostanti, che potevano comunque favorirne l'insorgere, e dalle conseguenze tipiche causate da un uso continuato della droga.

In questo contesto di evoluzione delle interpretazioni sulla tossicodipendenza esce nel 1987 l'edizione revisionata del DSM-III, la quale conserva la classica e consolidata impostazione multiassiale fondata su cinque Assi.

Alcuni autori, quali Castrogiovanni e Maremmani, appoggiano una tale impostazione, ed affermano:

l'inquadramento multiassiale, costringendo alla valutazione di aspetti non strettamente clinici, ma anche somatici, personologici, ambientali, sociali, spinge verso quell'approccio biopsicosociale alla malattia che

⁶⁴ M. Leoni, M. Marchetti, G. Fatigante, *op. cit.*, pp. 108 e ss.

auspicabile in psichiatria, può risultare utile anche in altre branche della medicina⁶⁵.

Anche nel DSM-III-R i quadri indotti dall'uso di sostanze vengono trattati in due diverse sezioni, la prima dedicata ai Disturbi Mentali Organici indotti da sostanze psicoattive, la seconda ai Disturbi da Uso di Sostanze psicoattive.

Per ciascuna classe di sostanze, i disturbi specifici descritti rappresentano il tipo di Sindrome Mentale Organica, che sicuramente è provocata da quella classe specifica.

Nella prima sezione relativa ai Disturbi Mentali Organici, l'innovazione principale riguarda il riconoscimento della 'astinenza' anche per la cocaina e le amfetamine, e la introduzione della categoria 'intossicazione' da Inalanti. Viene ribadito che 'intossicazione' e 'astinenza' sono categorie diagnostiche di riserva, utilizzabili quando sia impossibile diagnosticare un diverso Disturbo Mentale Organico indotto da sostanze.

Nella seconda sezione dedicata ai Disturbi da Uso di Sostanze psicoattive, in accordo con il concetto di 'Sindrome da Dipendenza da Sostanze', l'uso patologico di dette sostanze è classificato come Dipendenza da Sostanze Psicoattive oppure con la categoria diagnostica residua dell'Abuso di Sostanze Psicoattive, categoria riservata ai casi in cui l'alterazione non soddisfa i criteri per la dipendenza, pur presentando le caratteristiche di un uso maladattivo (e cioè patologico e dannoso) della sostanza.

Nel definire la Dipendenza da Sostanze il DSM-III-R affermava:

la manifestazione essenziale del disturbo è rappresentata da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali e fisici che indicano che il soggetto ha una difettosa capacità di controllare l'uso della sostanza psicoattiva, e continua ad assumerla nonostante il manifestarsi di conseguenze avverse. I sintomi della sindrome di dipendenza includono,

⁶⁵ P. Castrogiovanni, *Stabilità e rinnovamento nel DSM-III-R*, in L. Dell'Osso, A. Lomi (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R, aspetti clinici e prospettive medico-legali*, Giuffrè, Milano 1989, p. 3.

anche se non sono limitati ad essi, i sintomi fisici della tolleranza e dell'astinenza⁶⁶.

Veniva inoltre affermato che i sintomi della sindrome da dipendenza sono gli stessi per tutte le categorie di sostanze psicoattive, anche se per certe classi certi sintomi sono meno evidenti, e in alcuni casi non si riscontrano (ad esempio non si verificano sintomi di astinenza nella Dipendenza da Allucinogeni).

Per porre la diagnosi di 'Dipendenza' occorre valutare nel soggetto la presenza di almeno tre di questi nove sintomi:

1. frequente assunzione della sostanza in quantità maggiori e per periodi più lunghi di quelli previsti dal soggetto;
2. desiderio persistente di assumere la sostanza ovvero incapacità del soggetto di sospenderne o controllarne l'uso;
3. notevole impiego di tempo in attività necessarie per procurarsi la sostanza, per assumerla o per riprendersi dagli effetti della sostanza stessa;
4. frequenti sintomi di intossicazione acuta e di astinenza anche in situazioni nelle quali il soggetto assume compiti di maggiore responsabilità o nelle quali l'uso della sostanza è rischioso;
5. interruzione di attività ricreative, lavorative e sociali a causa dell'uso della sostanza;
6. uso continuativo della sostanza pur avendo la consapevolezza di avere un problema di natura fisica, psichica e sociale causato dall'uso della stessa;
7. manifestazione di tolleranza, ossia del bisogno di aumentare le dosi per ottenere l'effetto desiderato quindi riduzione degli effetti della sostanza a parità di dose assunta;
8. sintomi di astinenza allorché il soggetto interrompe o riduce l'assunzione della sostanza;

⁶⁶ American Psychiatric Association, *DSM-III-R*, 1988; trad. it., Masson Italia, Milano 1992, p. 209.

9. bisogno di assunzione frequente della sostanza per alleviare e ridurre i sintomi dell'astinenza.

La presenza di almeno tre di tali sintomi, con durata superiore ad un mese, è sufficiente per formulare una diagnosi di Dipendenza che dovrà essere supportata da una valutazione del suo grado di gravità.

In presenza di pochi sintomi la dipendenza sarà lieve, quindi lieve sarà il grado di compromissione del rendimento globale del soggetto. La Dipendenza è considerata grave in presenza di molti sintomi, e se si registra una grave interferenza nel rendimento lavorativo o nella capacità di impegnarsi nelle usuali attività sociali o nelle relazioni interpersonali.

L'altra novità della classificazione era il riconoscimento di una forma di Dipendenza da Cocaina, da Allucinogeni, da Inalanti, e di una forma di Dipendenza da Sostanze Molteplici.

Nella categoria diagnostica dell'Abuso venivano classificate ed inquadrare modalità di uso patologiche delle sostanze psicoattive che non soddisfacevano i criteri per la dipendenza. I criteri che individuavano l'esistenza di una situazione di 'Abuso' erano:

- a. una modalità di uso patologico della sostanza psicoattiva caratterizzata da almeno una delle seguenti condizioni: 1) uso continuato nonostante la consapevolezza del soggetto di avere un problema, persistente o ricorrente di natura sociale, lavorativa, fisica o psichica, causato dall'uso della sostanza; 2) uso ricorrente in situazioni fisicamente rischiose (ad esempio guida in stato di intossicazione).
- b. la presenza di certi sintomi del disturbo per almeno un mese o manifestatisi ripetutamente in un periodo di tempo più lungo.

Tra gli autori che si sono occupati del lavoro di traduzione in italiano del DSM III (1983) e del DSM-III-R (1988) vi è Jacopo Scarsi, il quale sottolinea che la

classificazione del DSM-III ha una impostazione prevalentemente descrittiva che privilegia la "diagnosi di stato", ed è questo il concetto che secondo Scarsi apparenta il lavoro peritale all'attività dello psichiatra nell'ambito delle consulenze d'urgenza. In entrambi i casi infatti, afferma l'autore, è necessario "fotografare" lo stato clinico del soggetto, e nel lavoro peritale si tratta di ricostruire lo stato psichico del soggetto al momento del reato commesso e cioè di fare a posteriori una 'diagnosi fotografica' della situazione; e questo rappresenta un fine per il quale le classificazioni del DSM si rivelano strumenti assai precisi ed aggiornati rispetto ai precedenti.

Un altro punto su cui il DSM si rivela assai utile, è quello di aiutare ad individuare meglio per i vari tipi di patologia una più precisa ed affidabile 'soglia clinica', elemento fondamentale sia ai fini di decidere un ricovero o un trattamento, sia ai fini di decidere sulla imputabilità di un soggetto. Altro elemento che non può sfuggire è la visione unitaria dei problemi clinici da uso di sostanze che il DSM propone, inserendo anche l'alcoolismo tra i quadri clinici relativi all'uso di sostanze⁶⁷.

Un'impostazione analoga al DSM-III-R si ritrova nel *draft* del capitolo 10 dell'ICD-10 elaborato dall'OMS nel 1992 e dedicato appunto alle Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive. Una ulteriore puntualizzazione terminologica e nosografica si è poi avuta con la pubblicazione del rapporto preliminare dell'American Medical Association che offre, per quanto riguarda il concetto di "malattia" questa definizione: "la dipendenza da sostanze chimiche è una malattia biogenetica e psicosociale, cronica, progressiva e potenzialmente letale caratterizzata dalla tolleranza e dalla dipendenza fisica che si manifestano con perdita del controllo e con cambiamenti della personalità e conseguenze sociali". L'aspetto di cronicità viene inoltre ribadito nella definizione di "Dipendenza" definita quale "disturbo cronico caratterizzato dall'uso compulsivo di una sostanza con risultante danno fisico, psichico e sociale per il consumatore e dall'uso continuato nonostante la comparsa di tali danni".

⁶⁷ J. Scarsi, *I disturbi da uso di sostanze*, in L. Dell'Osso, A. Lomi (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Giuffrè, Milano 1989, p. 42.

Nel 1994 esce l'ultima edizione del DSM conosciuta come DSM-IV. In tale edizione si è tentato di creare un equilibrio tra tradizione storica (rappresentata dal DSM-III e DSM-III-R) e compatibilità con l'ICD-10.

Nel DSM-IV compare la nuova denominazione di Disturbi Correlati a Sostanze, i quali comprendono "disturbi secondari alla assunzione di una sostanza di abuso (incluso l'alcool), agli effetti collaterali di un farmaco e all'esposizione a tossine".

Le sostanze discusse in questa sezione vengono raggruppate in 11 classi: alcool, amfetamine o simpaticomimetici ad azione simile, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppiacei, fenciclidina e sedativi, ipnotici o ansiolitici.

I Disturbi Correlati a Sostanze vengono divisi in due gruppi:

- a. i Disturbi da Uso di Sostanze (Dipendenza da Sostanze ed Abuso di sostanze);
- b. i Disturbi Indotti da Sostanze (Intossicazione da Sostanze, Astinenza da Sostanze, Delirium indotto da Sostanze, Demenza Persistente Indotta da Sostanze, Disturbo Amnestico Persistente indotto da Sostanze, Disturbo psicotico, Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disfunzione Sessuale e Disturbo del Sonno).

Nel definire il concetto di Dipendenza il DSM-IV sostiene che essa si manifesta quando "vi è una modalità di autosomministrazione reiterata, che usualmente risulta in tolleranza, astinenza e comportamento compulsivo di assunzione della sostanza di abuso".

Anche in questa nuova edizione vengono individuati i criteri per la diagnosi di Dipendenza da Sostanze e si afferma che essa si manifesta in presenza di una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre o più delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

1. tolleranza;

2. astinenza;
3. la sostanza è assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
4. desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
5. tempo speso in attività necessarie a procurarsi la sostanza ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;
6. interruzione delle consuete attività sociali, professionali o ricreative;
7. uso della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema di natura fisica o psicologica causato dalla sostanza.

Un elemento nuovo è introdotto dalla necessità di specificare se tale dipendenza sia anche fisica (ovvero sia accompagnata da prove evidenti di tolleranza ed astinenza) oppure trattasi di dipendenza non fisica. Ad esempio certi soggetti (quelli con dipendenza da cannabis) mostrano una modalità d'uso compulsiva senza alcun segno di tolleranza od astinenza.

In merito alla categoria dell'Abuso di Sostanze il DSM-IV afferma che essa è una modalità patologica d'uso che ricorre in presenza di almeno una o più delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:

1. uso ricorrente della sostanza risultante in una incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa;
2. ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose;
3. ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze;
4. uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati dagli effetti della sostanza.

Nella successiva sezione dedicata ai Disturbi Indotti da Sostanze vengono enunciate le caratteristiche diagnostiche della Intossicazione e della Astinenza da Sostanze. Poi si

passa alla disamina dei singoli disturbi causati dalla assunzione delle specifiche sostanze.

Anche nel DSM-IV viene fatta una enunciazione a carattere cautelativo, affermando che:

quando le categorie, le descrizioni ed i criteri del DSM-IV vengono utilizzate ai fini forensi i rischi sono molti, nel senso che il fatto che la sintomatologia di un individuo soddisfi i criteri per una diagnosi del DSM-IV non ha nessuna implicazione per quanto riguarda il livello di controllo che egli può esercitare sui comportamenti che possono essere associati al disturbo. Conseguentemente nella maggior parte dei casi la diagnosi clinica di un disturbo mentale del DSM-IV non è sufficiente a stabilire l'esistenza ai fini legali di una 'malattia mentale' o di una 'infermità', anche se, quando utilizzata appropriatamente, essa potrà essere di ausilio alla decisione⁶⁸.

4. La diagnosi medico-legale alla base del giudizio di imputabilità del soggetto tossicodipendente

È stato sottolineato nel capitolo precedente, che l'impostazione generale vigente in Italia riguardo alle problematiche dell'imputabilità è di tipo clinico-normativo ovvero psicopatologico-normativo.

Secondo tale impostazione, adottata oltre che in Italia, nella maggior parte dei paesi europei, occorre che il clinico compia non solo una valutazione dell'esistenza di uno stato psicopatologico al momento del fatto, ma altresì una valutazione della sua influenza sulle capacità di intendere e di volere.

⁶⁸ American Psychiatric Association, *DSM-IV*, 1992; trad. it. V. Andreoli, G. B. Bassano, R. Rossi (a cura di), Masson Italia, Milano 1996, p.10.

Diagnosi psichiatrica e diagnosi medico-legale e psichiatrico-forense infatti, differiscono sostanzialmente in quanto la prima ha finalità terapeutiche e riabilitative, la seconda, quando ci si trovi nell'area di valutazione dell'imputabilità, ha precipue finalità di apprezzamento dell'interferenza di una infermità sulla capacità di intendere e di volere del soggetto al momento del fatto ed in rapporto ad uno specifico reato.

Le impostazioni della dottrina medico-legale in merito alla problematica dell'imputabilità del tossicodipendente risultano caratterizzate da una diversità di impostazione che riflette da un lato, le differenti posizioni in tema di politica criminale e di difesa sociale e dall'altro, ha risentito del diffondersi del fenomeno tossicodipendenza all'interno del mondo criminale⁶⁹.

I problemi connessi alla valutazione medico-legale della imputabilità del tossicodipendente risultano quindi assai complessi, soprattutto in ordine alla nozione stessa di tossicodipendenza che non ha trovato ancora una sua precisa collocazione, venendo qualificata indifferentemente nell'ambito della patologia, in quello della devianza o in quello della delinquenza.

Il problema è stabilire se la tossicomania realizzi o meno la figura della infermità. Secondo l'opinione di Giovanni De Vincentiis è opportuno esaminare in primo luogo le forme di intossicazione acuta e quelle croniche: in entrambe va ammessa la presenza di alterazioni somatiche, anche se di entità e di natura diverse, accompagnate da perturbamenti della coscienza, nella prima, e talora da una destrutturazione della personalità, nella seconda. Ben diverse considerazioni vanno prospettate riguardo alle forme in cui manchi un chiaro, apprezzabile e duraturo interessamento di ordine somatico (ad esempio nelle tossicomanie occasionali).

⁶⁹ I dati a riguardo del Ministro di Grazia e Giustizia relativi all'aumento percentuale di detenuti tossicodipendenti in carcere sono molto significativi. Nel 1981 i tossicodipendenti in carcere erano il 17,76% su una popolazione di oltre 26.000 detenuti, nel 1986 erano il 19,1% su una popolazione di 31.403 detenuti, nel dicembre del 1989 la percentuale era del 25,21 su una popolazione carceraria di 30.635 soggetti. M. Leoni, M. Marchetti, G. Fatigante, *op. cit.*, p. 121. In base a dati più recenti, facendo riferimento alla "Indagine Nazionale su soggetti tossicodipendenti ed affetti dal virus HIV negli istituti penitenziari" del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, al 31 dicembre 1999, su 51.604 detenuti presenti nelle carceri italiane, si contavano 15.097 tossicodipendenti, pari al 29,26% e 671 detenuti alcooldipendenti, pari al 1,30% della popolazione detenuta. Tali dati fanno riferimento, come criterio di rilevazione, a soggetti che hanno una diagnosi ufficiale di alcooldipendenza o tossicodipendenza.

Tenuto conto dei riflessi medico-legali delle varie forme di tossicomania, De Vincentiis distingue in esse i due momenti essenziali dell'iter tossicomano: il primo relativo alla fase precedente l'uso del tossico ed il secondo consecutivo all'assunzione di quest'ultimo. In merito alla fase che precede l'uso del tossico, vengono distinte ed esaminate separatamente le forme nelle quali si è instaurata la sindrome di astinenza (tossicomanie conclamate) e quelle (stadi iniziali) caratterizzate dalla mancanza della medesima. Nell'ambito delle forme conclamate di tossicomania la fenomenologia da astinenza può realizzare una multiforme varietà di quadri clinici, a seconda della predominanza dei diversi sintomi, somatici e psichici, pur permanendo immutata e comune a tutti l'essenza stessa della sindrome, informata al bisogno. La reazione da astinenza si fonda senza dubbio su modificazioni del terreno organico, talora di tanto rilievo da caratterizzare e dominare decisamente la sindrome. Ne deriva che nei casi in questione siano presenti gli attributi propri della malattia, nel senso che la fase carenziale configura in ogni suo aspetto, la nozione psichiatrica e medico-legale di malattia, tenuto conto degli elementi costitutivi della sindrome ed in particolare della sua dinamicità e delle sue ripercussioni sulla condotta. A conferma di una tale impostazione l'autore cita una sentenza del Tribunale di Roma del 12 agosto 1958 nella quale espressamente viene affermato che: "la tossicomania è un'infermità. Il bisogno del tossico dà luogo ad una fenomenologia carenziale che costituisce una forma di vera e propria malattia"⁷⁰.

Ben diversa si presenta la valutazione dei casi in cui la sindrome di astinenza non si è ancora consolidata e sistematizzata. Ciò di norma si riscontra nelle forme occasionali od iniziali di tossicomania, nelle quali come riportato non si suole rilevare una chiara ripercussione di ordine somatico. In tali casi la non chiara e duratura partecipazione del substrato somatico non consente di ammettere l'ipotesi psichiatrica di malattia; tuttavia può venire in discussione l'ipotesi della infermità nella sua forma particolare, ossia quella del 'valore di malattia'.

⁷⁰ G. De Vincentiis, T. Bazzi, *op. cit.*, p. 112 e ss.

L'altra questione di fondo che viene affrontata riguarda le modificazioni psichiche e somatiche originate nel soggetto dalla assunzione del tossico, e conseguentemente la valutazione se tali modificazioni costituiscono infermità. De Vincentiis sostiene che in tale campo va tenuto in debito conto come la soggettività impronti ogni questione del genere, non solo in rapporto alla maggiore o minore recettività individuale ed al tempo da cui data la tossicomania, ma anche in rapporto alla natura del tossico, alle dosi usate, alla via di introduzione scelta, all'eventuale associazione di sostanze di tipo diverso e soprattutto alla sintomatologia rilevata. Ciò lo porta ad escludere ogni generalizzazione in merito, in quanto trattasi di un giudizio di fatto ispirato ad un vaglio precipuo delle circostanze sopra riportate.

Tuttavia l'esperienza clinica e medico-legale, ha consentito in materia di prospettare alcuni orientamenti valutativi sulla base di dati che ricorrono con maggiore frequenza nella pratica. Non vi è dubbio ad esempio che, per ammettere la nozione di infermità, non sia sufficiente il presupposto che trattasi di sostanza in grado di esercitare una determinata azione farmacologica non solo sul piano psichico ma anche su quello somatico, qualora assunta in dosi adeguate. Né possono ritenersi medico-legalmente rilevanti, al riguardo, reazioni psico-somatiche di modesta entità, in quanto per la realizzazione dell'infermità occorre necessariamente una reazione abnorme e non certo un lieve perturbamento reattivo.

Per assurdo l'autore arriva ad affermare che, poiché nelle forme di tossicomania conclamata è proprio l'assunzione del tossico che attenua quel complesso di profonde modificazioni morbose indotte nell'economia organica dalla fase carenziale, ci si potrebbe chiedere se il tossicomane rientri nell'ambito di un particolare equilibrio, anche se abnorme, soltanto attraverso l'azione farmaco-dinamica della sostanza. Equilibrio che potrebbe non concretizzare i requisiti medico-legali della malattia, specie nei casi di un uso stabilizzato ed episodico di dosi relativamente modeste. Tali caratteristiche si manifestano nei casi di intossicazione acuta o cronica con destrutturazione della personalità. Ma a parità di dosi potrebbero essere presenti anche nelle fasi iniziali della

tossicomania: in queste ultime infatti, il tossico può far risentire particolarmente i suoi effetti lesivi e dare luogo a profonde, transitorie ripercussioni in ambito somatico e psichico, trattandosi di un organismo non ancora assuefatto e più recettivo.

Da quanto detto appare chiaro che le ipotesi della infermità e della malattia si considerano escluse soltanto nelle fasi del tutto iniziali e cioè prima che si siano manifestati i segni della sindrome da carenza o almeno quelli della dipendenza fisica.

Nei trattati antecedenti l'entrata in vigore della legge del 1975 appare quindi prevalente la tendenza ad identificare la 'cronica intossicazione' con lo stato di tossicomania conclamata, prevalentemente da eroina, caratterizzata soprattutto dalla dipendenza 'fisica', specie là dove si siano verificati reati tesi a procurare la sostanza. De Vincentiis, Callieri e Castellani, affermano:

specie nei casi di maturata dipendenza, l'appetibilità può indurre ad ogni sorta di comportamenti pur di raggiungere il fine di ottenere la sostanza desiderata. Per cui in questi casi si può affermare che il tossicomane è agito dal tossico e che la sua è una condotta solo in apparenza espressiva di una scelta, ma in realtà condizionata e senza scampi o succedanei⁷¹.

Sulla stessa linea si muovono anche altri autori, quali Giusti e Sica, i quali successivamente all'entrata in vigore della normativa del 1975 hanno sostenuto:

cronica intossicazione non è solo quella in cui si hanno lo sgretolamento della personalità, il deterioramento mentale e gli accessi psicotici, ma deve essere intesa come scomparsa della libertà individuale di fronte al tossico, impossibilità di scelta libera, coazione a proseguire nell'abuso: in una parola significa menomazione o perdita della capacità di intendere e soprattutto di volere⁷².

⁷¹ M. Leoni, M. Marchetti, G. Fatigante, *op. cit.*, p. 127.

⁷² G. V. Giusti, D. Sica, *Gli stupefacenti e le tossicomanie, aspetti medico-legali e giuridici*, Cedam, Padova 1979, p.150.

Dopo aver distinto dal punto di vista medico-legale, l'uso occasionale dall'uso protratto nel tempo, gli stessi autori affermano che nell'ambito di quest'ultima categoria è necessario stabilire se si tratti di un soggetto dedito all'uso di queste sostanze oppure di soggetto che ne sia cronicamente intossicato. Ed arrivano a concludere che in merito alla farmacodipendenza fisica, concordano con De Vincentiis sul fatto che essa costituisca una vera e propria infermità, ma non sul fatto che una volta accertata la presenza dell'infermità, il giudizio di non imputabilità debba costituire il necessario epilogo dell'indagine. A parer loro, tale giudizio deve scaturire non solo dall'indagine medica, ma anche dalla comparazione con il reato compiuto. È chiaro infatti, secondo i due autori, che l'insorgere della dipendenza fisica si accompagna alla ricerca spasmodica del farmaco, e nei casi in cui il prodotto non sia facilmente reperibile o sia troppo costoso, il tossicomane è facilmente indotto a compiere reati contro il patrimonio allo scopo di procurarsi i mezzi per l'acquisto della sostanza o più frequentemente a far commercio di stupefacenti, generalmente di piccole quantità. Cosa che non si verifica per i barbiturici o l'alcool etilico che hanno un mercato legittimo.

In tema di valutazione dell'imputabilità è necessario infatti fare riferimento anche alla natura del reato, nel senso che se la dinamica del reato compiuto dimostra il condizionamento del soggetto, e se il reato è finalisticamente orientato a soddisfare il bisogno coattivo del tossicodipendente, la norma relativa all'imputabilità dovrebbe essere interpretata in modo nettamente individualizzato ed ammettersi il vizio di mente, almeno nei termini di incapacità di volere.

In seguito alla introduzione della legge 685 del 1975, la quale all'art. 80 comma 2 introduceva la depenalizzazione dell'utilizzo a scopo personale non terapeutico di sostanze stupefacenti purché detenute in modica quantità, si fece sentire l'esigenza di non lasciarsi troppo andare ad atteggiamenti giustificazionisti e clemenziali nei confronti dei tossicomani. Un tale modo di sentire rifletteva, da un lato la rapida diffusione delle sostanze stupefacenti con conseguenti costi per la collettività, e dall'altro la difficoltà di raccogliere prove medico-legali attestanti lo stato di 'intossicazione cronica'.

Secondo Fabio De Fazio, le difficoltà in campo medico-legale consistono non tanto nel reperire parametri che indichino un maggiore o minore coinvolgimento psico-fisico del soggetto nella tossicomania quanto, piuttosto, nel documentare e qualificare l'entità, la qualità e la permanenza del danno sul piano fisico e psichico. E la difficoltà maggiore si rinviene nell'uso protratto di sostanze stupefacenti che, al contrario di quanto accade nell'alcolismo, non porta a sindromi strettamente connesse con l'azione del tossico. Secondo l'autore manca, nella intossicazione da sostanze stupefacenti, una patologia somatica o neurologica specifica, e soprattutto va sottolineata la diversità delle risposte individuali alle sostanze stupefacenti in relazione a caratteristiche e disturbi di personalità, a modalità, a momento psichico e *setting* di assunzione.

Una tale problematica, non si verifica nella intossicazione da alcool, in rapporto alla quale contrariamente si configura una patologia di rilievo somatico, neurologico e psichiatrico che ha caratteristiche di permanenza ed è costantemente osservabile anche oltre la cessazione dell'abuso. Per cui di difficile soluzione resta, secondo Fazio, il problema della valutazione della 'cronicità' dell'intossicazione da sostanze stupefacenti, nel senso che mancano precisi parametri per stabilire il momento in cui l'uso abitudinario sfocia nelle alterazioni più o meno stabili cui si richiama il legislatore⁷³. Mancando la base per una diagnostica clinica accurata degli stati di tossicodipendenza, non si può pretendere di costruire una diagnostica differenziale, quale si richiederebbe in campo medico-legale per discriminare le diverse situazioni per le quali è prevista una disciplina differenziale dell'imputabilità.

Le difficoltà e le incertezze diagnostiche, che si riflettono negativamente sulla operatività medico-legale, pongono al perito i seguenti problemi:

1. difficoltà di verificare la validità del dato anamnestico, stante la aleatorietà dei rilievi semeiologici e posto che la supposizione dell'intossicazione si basa su dati testimoniali o sulle dichiarazioni dello stesso soggetto, non essendo quasi

⁷³ F. De Fazio, *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Uso di stupefacenti ed imputabilità*, Atti del XXVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina legale e delle Assicurazioni, Parma 3/7 ottobre 1983, pp. 92 e ss.

mai possibile procedere alla identificazione della sostanza nell'organismo, considerato che la perizia ha in genere luogo a molta distanza di tempo rispetto alla fase della supposta intossicazione;

2. difficoltà di stabilire l'epoca di insorgenza della intossicazione, la durata e l'entità dell'abuso di sostanze stupefacenti, valutazione quest'ultima di carattere preliminare in ordine alla esigenza di differenziare l'uso occasionale da quello abituale e dall'intossicazione cronica;
3. conseguenti difficoltà di calare le nozioni naturalistiche nell'ambito della norma giuridica, anche in rapporto alla carenza di una criteriologia di giudizio, diversamente da quanto avviene in ordine ai problemi dell'imputabilità connessi all'abuso di sostanze alcoliche oggetto invece di numerose puntualizzazioni in dottrina e giurisprudenza⁷⁴.

Le difficoltà maggiori emergono in relazione alla diagnosi differenziale fra abitudine e cronicità, e, fermo restando che l'art 94 c.p (il quale prevede un aggravamento di pena quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze) esprime una posizione che presuppone la dedizione all'uso di sostanze stupefacenti come rispondente sempre e comunque ad una scelta, Fazio afferma che la realtà clinica dimostra come questa disciplina pecchi per eccesso e per difetto. Per eccesso in quanto la dedizione alle sostanze stupefacenti può esprimere a volte un assetto di vita, ma anche ricollegarsi a situazioni che integrano la nozione di infermità; per difetto, poiché non tutti i fatti commessi in stato di cronica intossicazione rivestono necessariamente valore di malattia.

Ciò che va segnalata è la mancanza di parametri che consentano di distinguere tra cronicità d'uso (nozione che richiama quella di abitudine) e cronicità semeiologicamente evidenziabile, essendo evidentemente solo quest'ultimo aspetto che rileva ai sensi dell'art. 95 del c.p. vigente. In tema di perizia psichiatrica si impongono metodologie valutative composite, che tengano nel debito conto di fattori somatici e psicopatologici,

⁷⁴ F. De Fazio, *op. cit.*, p. 93.

dati tossicologici, fattori di personalità e socioambientali. Inoltre la valutazione medico-legale non potrà prescindere da un approccio criminologico, né, potrà ignorare le esigenze terapeutiche e risocializzative, rese cogenti dalle linee di sviluppo della politica sociale e sanitaria relative alle tossicodipendenze. Ovvero la perizia in tema di imputabilità del tossicodipendente dovrà proporsi oltre e più che le altre perizie psichiatriche, come mezzo di comprensione delle dinamiche delittuose, in vista di un intervento penale il più corretto possibile, non solo sul piano giuridico, ma anche sul piano medico e socio-assistenziale. Ciò significa che il perito non dovrà restringere la valutazione dell'imputabilità soltanto ai casi di documentata cronica intossicazione da sostanze stupefacenti, dando per scontato che negli altri casi la tossicomania esprima sempre una scelta, ed esimendosi dallo stabilire se, al momento della assunzione della sostanza, sussisteva o meno una condizione rientrante nel concetto di infermità, in base alla quale o per effetto della quale l'assunzione stessa può rivestire valore di malattia.

Il problema di fondo, nella prospettiva ora delineata resta, secondo Fazio, quello di individuare una base metodologica per la valutazione medico-legale dei casi di intossicazione non ancora sfociati nella cronicità ovvero dei casi in cui la cronicità, pur concretamente sospettabile, non è tuttavia documentabile nei termini voluti dal legislatore.

Un'altra parte della dottrina medica sembra invece essere rimasta più aderente al dato legislativo e agli orientamenti giurisprudenziali, affermando che la tossicodipendenza confluisce nel concetto di cronica intossicazione solo quando l'abuso abbia comportato 'alterazioni psichiche permanenti'.

Tale prospettiva è emersa soprattutto nella relazione che Ponti e Calvanese hanno esposto al Congresso della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni tenutosi a Parma nel 1983⁷⁵. I due autori sostengono che sia arbitrario distinguere le tematiche medico-legali legate all'alcool da quelle legate agli stupefacenti dato che il

⁷⁵ G. Ponti, E. Calvanese, *Imputabilità e tossicodipendenza, problematiche interpretative alla luce della legge penale vigente, in Uso di stupefacenti ed imputabilità*, Atti del XXVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Parma 3/7 ottobre 1983, pp. 59 e ss.

codice tratta congiuntamente i rapporti imputabilità-uso di stupefacenti con quelli imputabilità- uso di alcolici, e dato che oggi anche nella psichiatria e nella medicina si è maturata la convinzione che i problemi psicologici e sociali connessi all'abuso di alcool sono sostanzialmente simili a quelli connessi agli abusi di stupefacenti, tanto che vi è la tendenza a trattare congiuntamente i due problemi anche sotto il profilo terapeutico e preventivo. Anzi le differenze tra abuso di alcool e abuso di certi stupefacenti si ritiene siano meno rilevanti di quelle che possono riscontrarsi fra gli abusi di stupefacenti di diversa natura. Per tale ragione anche gli orientamenti della giurisprudenza relativi all'alcolismo devono ritenersi pienamente trasferibili all'ambito dell'abuso di stupefacenti. Per cui la 'cronica intossicazione' prevista dall'art 95 c.p. non deve identificarsi con la presenza della semplice dipendenza, ma essa ricorre quando il protratto abuso abbia determinato la messa in atto di fenomeni patologici che vadano al di là del legame di dipendenza con la sostanza e che comportino abituali compromissioni psicotiche o deteriorative delle funzioni psichiche.

Una tale impostazione viene motivata in primo luogo rammentando che il ricorso di una infermità è il presupposto di una eventuale riduzione o abolizione della imputabilità, ma che non esiste correlazione di necessità fra infermità e vizio totale o parziale di mente. Per cui anche in tema di intossicazione da stupefacenti vale il principio generale, nel senso che non è sufficiente identificare nell'autore di reato quella infermità che si chiama tossicomania o tossicodipendenza per considerare compromessa la capacità di intendere e di volere, così come è inutile distinguere tra dipendenza fisica e dipendenza psichica, e riconoscere, come fanno alcuni autori quali Giusti e Sica, solo la prima come espressione di cronica intossicazione e la dipendenza psichica solo come espressione dell'esser dedito all'uso di stupefacenti'.

L'unico effetto peculiare della dipendenza può essere quello di compromettere la volontà, nel senso che il soggetto dipendente non è in grado di gestire liberamente l'assunzione della sostanza cui è legato. È questa la caratteristica su cui, secondo Ponti e Calvanese, si è innestata tanta erronea prassi psichiatrico-forense e dottrinale, in quanto,

se è certamente vero che il tossicodipendente non è libero nella scelta di somministrarsi o meno la droga, è anche vero che questa riduzione di libertà ha significato solo relativo, dato che altrimenti ogni persona tossicodipendente sarebbe legata alla droga per tutta la vita senza possibilità di guarigione. Inoltre la limitazione della volontà si manifesta solo nei confronti del consumo di droga e non può generalizzarsi o estendersi ad ogni altro settore dell'agire ed in particolare alla commissione di delitti. Esistono infatti tossicodipendenti che non vogliono compiere reati e ricorrono ai servizi medici e sociali per farsi somministrare cure o sostitutivi leciti e gratuitamente distribuiti; altri che non compiono reati e fanno pesare solo sulla famiglia il carico economico del loro bisogno di droga; altri ancora mantengono la loro integrazione sociale, lavorano; altri invece trovano più semplice ricorrere al delitto. Ma anche in quest'ultimo caso vengono fatte delle scelte: c'è chi si limita a rubare, chi rapina e chi si dà allo spaccio.

Per cui non vi è alcun determinismo vincolante nella scelta di vita e dei mezzi per procurarsi la droga, e chi si rivolge al delitto, lo fa per sua scelta.

5. I principi diagnostici

In base all'art. 78 del d.p.r. 309/1990, così come riformulato dalla riforma del 2006, con decreto del Ministero della salute, emanato previo parere dell'Istituto superiore di sanità e del comitato scientifico di cui all'art. 1 *ter* (comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga), e periodicamente aggiornato in relazione all'evoluzione delle conoscenze del settore, sono determinate le procedure diagnostiche, medico-legali e tossicologico-forensi per accertare il tipo, il grado e l'intensità dell'abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui agli artt. 75 e 75 *bis*.

Nella formulazione originaria, l'art. 78 prevedeva che il decreto era emanato dal Ministro della Sanità, previo parere dell'Istituto superiore di sanità, ma senza far riferimento al comitato scientifico di cui all'art. 1 *ter*. Inoltre, è stata abrogata la

disposizione di cui il 2° comma (“periodicamente aggiornato in relazione all’evoluzione delle conoscenze del settore) che è stata aggiunta al 1° comma.

Per poter operare una diagnosi di tossicodipendenza, tanto in ambito clinico quanto medico-legale, è necessario fare riferimento a diversi parametri: anamnestici, clinici e laboratoristici.

Compito del medico, è non solo di accertare l’eventuale condizione di dipendenza, identificarne il grado, le possibili complicanze, tracciare le prospettive terapeutiche, ma anche di valutarne i riflessi più squisitamente medico-legali e, quindi, poter anche riconoscere gli eventuali tentativi di simulazione messi in atto per ottenere vantaggiose depenalizzazioni o esoneri dal servizio di leva, etc...

Per questo motivo, diventa indispensabile poter fare riferimento a svariati elementi di valutazione, la concomitanza dei quali consente di porre una diagnosi sufficientemente sicura.

Riguardo l'accertamento della presenza delle sostanze nei liquidi biologici (urine, saliva, lacrime) e nei tessuti (in particolare il sangue che è un tessuto liquido) è necessario fare alcune distinzioni. Il prelievo di urina e saliva richiedono il consenso del paziente, il quale è sufficiente ai fini della liceità dell'atto. La stessa cosa non è valida per il prelievo ematico. Infatti se quest'ultimo è avvenuto ad altri fini, di natura diagnostica-terapeutica, tale finalità unitamente al consenso del paziente rende lecito il prelievo; in tal caso la successiva analisi, tendente esclusivamente alla ricerca degli stupefacenti non presenta problemi. Al contrario il prelievo di sangue all'esclusivo scopo di procedere alla ricerca di stupefacenti non è consentito neppure con il consenso del paziente, dato che l'art. 2 del decreto vieta il ricorso a 'metodiche invasive' compresa quindi l'agopuntura a scopo di prelievo ematico⁷⁶.

⁷⁶ R. Ricciotti, M. Ricciotti, *Gli stupefacenti*, commento del Testo Unico 9 ottobre 1990 n. 309, Terza edizione, Cedam, Padova 2000, p. 230.

L'unica eccezione è costituita dal prelievo di campioni di liquidi biologici (urine e sangue) al fine di accertare una condizione di guida sotto l'influenza di alcool o sostanze stupefacenti in base all'art. 186, comma 4 e 187, comma 2 del codice della strada. Ciò a parere della Corte Costituzionale, (sentenza n° 194 del 12 giugno 1996), non costituisce violazione dei limiti imposti dalla tutela della inviolabilità della persona umana e quindi deve ritenersi costituzionalmente legittimo⁷⁷.

Gli accertamenti diagnostici medico-legali che vengono effettuati per comprovare l'esistenza di uno stato di 'dipendenza' da sostanze vengono di norma condotti a più livelli ossia attraverso indagini cliniche, esami di laboratorio e test farmacologici. Le indagini cliniche comprendono il momento anamnestico, l'esame obiettivo, l'esame psichico, le indagini psicodiagnostiche. Le ricerche di laboratorio da una parte tendono ad individuare soprattutto una compromissione epatica, e dall'altra sono mirate alla ricerca dei metaboliti della sostanza tossica nei liquidi biologici. I test farmacologici si avvalgono della proprietà posseduta dagli antagonisti degli oppiacei di slantizzare una iperreattività cellulare a livello degli oppiocettori, ovvero attraverso metodologie invasive e non, riescono a dare contezza circa l'esistenza di una farmacodipendenza.

L'anamnesi ha lo scopo di delineare un ritratto della personalità del soggetto nella sua dimensione esistenziale e sociale. In essa dovranno essere esaminati i dati biografici precedenti l'uso della droga, e cioè la condizione familiare, la scolarità, il rapporto con il lavoro e l'esistenza di una possibile patologia remota, nella forma di disturbi del comportamento o di malattie ereditarie. La ricerca dovrà poi spostarsi sul rapporto con la droga sia sotto l'aspetto storico, che fornirà una rappresentazione dell'evolversi della carriera tossicomana, sia sotto l'aspetto fenomenico volto a conoscere gli effetti prodotti dalla sostanza sia nella fase di assunzione che in quella di astinenza/assenza.

Dopo la ricerca specificamente biografica, l'anamnesi va condotta sugli aspetti fenomenici del rapporto con la droga, invitando il soggetto alla descrizione dei due momenti essenziali, quello dell'assunzione e quello dell'astinenza. È considerata questa

⁷⁷ U. Fornari, *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino 1997, p. 269.

la fase più delicata dell'anamnesi, in quanto ogni particolare che viene riferito può essere soltanto il frutto di un intenzionale intelligente apprendimento da reali esperienze altrui, condotto a scopo simulatorio.

Anche nel testo da me già citato di Giusti e Sica, i due autori sostengono che il dato anamnestico deve essere accolto con grande prudenza, sia che l'uso degli stupefacenti venga affermato sia che esso venga negato dall'individuo in esame. Infatti spesso lo stesso soggetto non conosce con esattezza quale prodotto ha assunto, e tanto meno conosce la dose reale e gli eventuali contaminanti. Inoltre nei casi che presentano una vera urgenza clinica, il paziente può non essere in grado di riferire alcunché di valido sotto il profilo diagnostico oppure possono verificarsi casi in cui il paziente può ritenere necessario o più conveniente esagerare o dissimulare la propria condizione⁷⁸.

Esaurita la fase anamnestico-biografica, l'indagine prosegue con l'esame obiettivo ossia con la ricerca di reperti di ordine somatico. Tali dati risultano legati non tanto all'azione del farmaco quanto alle modalità di somministrazione. La prima ispezione va condotta a livello delle vene degli avambracci, dove la presenza di postumi cicatriziali di ascessi o di postumi di tromboflebiti, caratterizzati questi ultimi da indurimento del vaso, depongono per una lunga storia di pratica iniettiva. I segni di agopuntura possono però rinvenirsi in tutte le parti del corpo.

Nei tossicomani inveterati possono risultare patognomonicamente il decadimento delle condizioni generali, con ipotonia delle masse muscolari, pallore cutaneo e delle mucose, causati dalla cattiva ed impropria alimentazione, nonché dall'azione diretta del tossico sulle funzioni metaboliche e dall'abuso non infrequente di alcolici; le cosiddette 'rosette', rappresentate da cicatrici di ustioni da sigaretta, localizzate sulle regioni alte delle superfici anteriori del torace, e nella cui dinamica di produzione si ritrova come causa iniziale la sonnolenza tipica che segue l'introduzione dell'eroina, quindi la caduta in avanti del capo e l'ustione inavvertita per la condizione analgesica determinata dal tossico; carie dentaria diffusa; epatomegalia quale segno clinico di epatiti croniche di

⁷⁸ G. V. Giusti, D. Sica, *op.cit.*, p. 119.

differente tipo e di differente genesi, ma tutte caratterizzate da un aumento di volume e della consistenza del fegato, e soprattutto dovute a mancanza di precauzioni igieniche nella pratica iniettiva. Lo stato della pupilla, miotica nell'uso recente di oppiacei, midriatica in fase di astinenza e sempre scarsamente reattiva alla fotostimolazione, è segno sufficientemente certo di assunzione di morfinici⁷⁹.

Tra gli altri segni rilevabili nel corso della visita medica, quando il paziente si trovi in stato di intossicazione acuta, Giusti e Sica ricordano anche la depressione respiratoria che è costante dopo l'assunzione di oppiacei, ipnotici e sedativi, e la tachipnea dopo assunzione di amfetamine. È inoltre rilevabile un aumento della frequenza del polso nella intossicazione acuta da amfetamine e da cannabis, anche se ciò risulta privo di significato diagnostico in quanto legato anche e soprattutto a fattori emozionali. Un importante aiuto nella diagnosi in sede clinica potrà essere fornito dall'esame dei farmaci e dei prodotti che il tossicomane porta con sé, e del materiale (siringhe, pipe, cartine per sigarette) che egli usa per somministrarsi la droga.

Esauritasi la fase dell'esame obiettivo, l'indagine prosegue sul piano clinico neurologico e quindi psichiatrico. I disturbi neurologici, laddove presenti, risultano assolutamente aspecifici, indicativi cioè soltanto di un interessamento del sistema nervoso centrale. Più specifici, seppure di differente intensità a seconda del grado e della cronicità della condizione di tossicodipendenza, sono i disturbi psichici, i quali si concretano soprattutto in disturbi della ideazione, che appare rallentata, deficit dell'attenzione, disforie dell'umore, reazioni di paura, situazioni di angoscia.

Le indagini psicodiagnostiche, condotte con vari test, sono volte alla verifica di una condizione di immaturità psicologica, caratterizzata da instabilità emotiva correlata a scarsa autosufficienza, in definitiva una scarsa fiducia in se stessi, una immaturità per il permanere di elementi adolescenziali, che viene trattata con il ricorso alla droga come mezzo di incremento dell'autostima. Gli esiti di tali esami non consentono di delineare una 'personalità del tossicodipendente', sia nel senso di tratti psicologici specificamente

⁷⁹ F. Durante, *L'accertamento della condizione di tossicodipendente*, in F. Ferracuti (a cura di) *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XV, Giuffrè, Milano 1988, p. 77.

predisponenti alla tossicomania, in quanto tale predisposizione può essere solo generica ed aspecifica verso forme di disagio, sia nel senso di alterazioni caratteriali determinate unicamente dalla prolungata tossicomania. Più verosimile appare, al contrario, una connessione tra gli esiti del prolungato abuso e le caratteristiche della personalità di base, che può evolvere verso la radicalizzazione delle componenti nevrotiche o verso lo scempenso psicotico.

Le ricerche di laboratorio sono comprensive di:

1. analisi cliniche, volte ad evidenziare l'entità dei danni causati dall'abuso di sostanze soprattutto sul fegato del tossicodipendente, che risulta 'stressato' non solo per l'azione diretta dell'eroina ma anche per la concomitante assunzione di altre sostanze e per il frequente contestuale abuso di sostanze alcoliche;
2. analisi chimico-tossicologiche il cui scopo è la ricerca dei metaboliti della sostanza tossica nei liquidi biologici. I limiti interpretativi di tale indagine sono imposti dal processo di metabolizzazione dei morfiniti che si completa entro le 72 ore dall'assunzione della droga. Rapidissima è l'ascrezione di cocaina di cui può scomparire ogni traccia nel giro di 10-12 ore dalla assunzione. Per cui la negatività del risultato non esclude la condizione tossicomana, la quale, al contrario, non può essere presunta dalla positività che è indicativa esclusivamente di una avvenuta assunzione di eroina.

Il risultato di tale esame di laboratorio è dunque influenzato da una molteplicità di fattori quali:

1. dose assunta e tempo trascorso dall'ultima assunzione;
2. frequenza di assunzione, gli utilizzatori cronici hanno infatti livelli ematici più elevati;
3. pH urinario;
4. quantità di urine escrete, la contrazione della diuresi infatti facilita il rinvenimento della sostanza.

Le tecniche più usate per la separazione e la identificazione degli stupefacenti sono: la TLC (cromatografia su strato sottile), la GLC (cromatografia gas-liquido), la RIA (test radio-immunologico) e l'EMIT (metodo immuno-enzimatico).

Il dato analitico, sia esso positivo o negativo, isolatamente considerato non possiede valore diagnostico assoluto. A titolo di esempio Giusti e Sica sottolineano che in un soggetto cronicamente intossicato che abbia già completamente metabolizzato le dosi precedenti di eroina e che quindi stia affrontando o stia per affrontare una sindrome di astinenza, l'analisi potrà essere negativa, ed in questo caso il dato acquisterà prezioso rilievo solo in quanto venga confrontato con i dati clinici.

Da ciò deriva la logica necessità della osservazione clinica prolungata nel tempo in ambiente idoneo, in modo che le variazioni sintomatologiche e comportamentali possano venir registrate, e della ripetizione dell'indagine chimica sui liquidi biologici di modo che le variazioni del dato quantitativo analitico possano essere correlate con le variazioni cliniche⁸⁰.

Le difficoltà ed i limiti presenti nella esecuzione ed interpretazione dei molteplici esami ora enunciati e dei loro risultati, inducono a considerare quale prova più sicura della tossicomania conclamata, l'insorgenza della sindrome di astinenza, ossia di quei segni che indicano la dipendenza fisica dell'organismo dalla sostanza stupefacente. La crisi astinenziale e la necessità di dosi sempre crescenti di droga per superare le crisi sono due caratteristiche della tossicomania che trovano la loro origine nella particolare localizzazione degli oppioidi e nella differente condizione in cui viene a trovarsi l'energia cellulare per effetto del morfino o in sua assenza.

Un siffatto meccanismo di carattere biologico-fenomenologico, ha fatto sì che venissero utilizzati test in grado di scatenare la crisi di astinenza attraverso l'utilizzo di antagonisti degli oppioidi, quali il naloxone o la nalorfina. Questi ultimi infatti si legano agli oppioidi eliminandone il contenuto morfino e ponendo così le cellule colpite in una condizione di ipersensibilità ai neurotrasmettitori che è la base patogenetica della

⁸⁰ G. Giusti, D. Sica, *op. cit.*, p. 128.

sindrome fisica dell'astinenza. La crisi artificialmente prodotta è di rapidissima insorgenza, e specie in condizioni di grave tossicomania, è di intensità notevolmente superiore alla crisi spontanea. Sono pertanto intuibili i motivi che sconsigliano, nell'accertamento medico-forense dello stato di tolleranza-dipendenza da oppiacei, il ricorso a test invasivi con l'uso parentale di preparati, quali il naloxone, che trovano una loro specifica applicazione terapeutica nell'assistenza rianimatoria in corso di coma da overdose. Tuttavia la pericolosità dei metodi diagnostici invasivi, e quindi la loro assoluta illiceità, non ha escluso l'utilizzo della specifica proprietà posseduta dagli antagonisti degli oppiacei, che è quella di determinare uno stato di iperattività delle cellule morfinodipendenti.

La ricerca ha messo in evidenza la possibilità di ottenere reazioni locali, ma che permettessero ugualmente di rilevare la condizione cellulare anomala, facendo agire gli antagonisti sulla muscolatura liscia. A tale scopo sono stati scelti il muscolo liscio delle vene del dorso della mano e la muscolatura dell'iride e di conseguenza allestiti due metodi: il venotest computerizzato ed il pupil test.

Il venotest consente di esaminare la reattività del muscolo liscio alla introduzione in vena, con un sottile ago, di modestissima quantità di serotonina. In caso di tossicodipendenza l'eccezionale sensibilità alla serotonina è tale che, prima ancora del determinarsi della sindrome di astinenza, i fenomeni locali permettono una loro graduazione computerizzata, e quindi non soltanto una diagnosi generica ma anche un giudizio sulla gravità della condizione tossicomantica. I limiti presentati da tale metodo riguardano l'alto costo della strumentazione, la necessità di personale specializzato, non soltanto medico, ed i pericoli connessi allo stato di reattività in cui può trovarsi il soggetto, che non consente di escludere con certezza l'eventualità dello scatenarsi di una crisi di astinenza.

Al contrario il pupil test è assolutamente esente da rischi, di costo irrisorio, di facile esecuzione, di rapida e facile interpretazione, documentabile fotograficamente. Il metodo si basa sulla reattività che presentano i recettori adrenergici del muscolo dilatatore della

pupilla del tossicodipendente all'azione topica di un antagonista della morfina, il naloxone. Tale farmaco, instillato con un collirio nella congiuntiva, determina nell'arco di tempo di 30-60 minuti una netta midriasi che contrasta visibilmente con la miosi dell'occhio controlaterale, sempre presente nel tossicodipendente inveterato, e che in un soggetto non tossicomane non produrrebbe alcun cambiamento.

In merito alla prova dell'uso o dell'abuso di sostanze stupefacenti, alcuni autori quali Giusti e Sica sostengono che in talune circostanze colui che viene colto in possesso di sostanze stupefacenti eccipisce ovviamente l'uso personale o la tossicomania allo scopo di evitare l'accusa di spaccio di stupefacenti. Spesso infatti in base agli accertamenti diagnostici soprariportati, la conclusione peritale sfocia nella equazione tossicomane = uso personale di stupefacenti. Questa viene dai due autori considerata una conclusione arbitraria, in quanto qualificare una persona come tossicomane non comporta che questa persona non sia anche spacciatore, e di converso l'assenza di uno stato tossicomano non significa che lo stupefacente illegittimamente detenuto non fosse per uso personale, considerando che la prova dell'uso in un soggetto non tossicomane è assai difficile da dimostrare, così come nel caso di soggetti farmacodipendenti da sostanze che danno solo dipendenza psichica.

Secondo Giusti e Sica, la prova dell'uso, dal punto di vista medico-legale, si raggiunge soltanto attraverso la identificazione della sostanza o dei suoi metaboliti nel sangue o nelle urine, mentre la prova dell'uso prolungato si ottiene mediante l'osservazione della sindrome di astinenza (nei casi di sostanze che danno dipendenza fisica) o di quella sintomatologia aspecifica che si accompagna alla brusca interruzione di farmaci che diano solo dipendenza psichica. Ciò rende necessario da un lato l'immediato prelievo di liquidi biologici o, l'effettuazione di un tampone nasale (soprattutto per i fiutatori di cocaina e di eroina) delle persone arrestate che si siano dichiarate tossicomane o dedite all'uso di sostanze stupefacenti, e dall'altro l'attenta osservazione medica nei giorni immediatamente successivi all'arresto.

Infatti il medico-legale ha rarissimamente l'opportunità di intervenire nell'immediatezza degli eventi che hanno provocato l'arresto di un tossicomane, cosa che contrariamente possono fare i sanitari delle carceri, il cui compito sarebbe quello di effettuare il prima possibile i debiti prelievi, e di registrare con accuratezza sul diario clinico del carcere i sintomi lamentati e presentati, almeno per la prima settimana dopo l'arresto. In tal modo potrebbero essere evitate conclusioni peritali dubbie ed imprecise che talvolta inducono in errore la magistratura inquirente e giudicante.

Alcuni autori⁸¹ sostengono che la trattativa medico-legale tende, ove si debbano individuare criteri diagnostici per la 'cronica intossicazione da sostanze stupefacenti', a reperire parametri di ordine biologico che sono validi soprattutto per la identificazione di un 'uso protratto' della sostanza, ma 'uso protratto' non significa necessariamente 'cronica intossicazione'. Inoltre è possibile immaginare una situazione di uso prolungato nel tempo senza che sia possibile riscontrare quelle caratteristiche cliniche-anamnestiche che determinano l'individuazione della 'Sindrome da Dipendenza da Sostanze'. Diventa quindi necessario, anche quando l'oggetto della diagnosi è l'intossicazione cronica da sostanze, appoggiarsi ad una diagnosi di tipo psichiatrico utilizzando i criteri propri di tale scienza.

La diagnosi psichiatrica si basa su una valutazione delle specifiche modalità di relazione dell'individuo con sé stesso e con la realtà esterna. Nel caso delle tossicodipendenze, il dato che assume maggior rilievo, in riferimento alla valutazione della imputabilità, è il fatto, assodato anche sul piano clinico, che le modificazioni cognitive e comportamentali non riguardano soltanto le modalità di assunzione e di ricerca della sostanza ma hanno un chiaro riflesso su tutto lo stile di vita del tossicomane ed in particolare sulle priorità di scelta. È questa una realtà che secondo gli autori va attentamente valutata nel corso del colloquio e, successivamente, nella stesura del parere peritale analizzando il grado di influenza della tossicodipendenza su tutto l'ambito delle relazioni del soggetto ed in

⁸¹ M. Leoni, M. Marchetti, G. Fatigante, *op. cit.*, p. 125.

particolare la modificazione delle priorità di scelta che risultano la diretta conseguenza dell'utilizzo protratto della sostanza.

L'universo del tossicodipendente tende irrimediabilmente a restringersi progressivamente finendo per identificarsi con il solo rapporto con la sostanza. Tutti i comportamenti risultano psicologicamente e biologicamente alterati, in particolare quelli orientati in senso autoconservativo. La stessa categoria della sindrome di astinenza inserita dal DSM-III-R nella sezione dei Disturbi Mentali Organici, va considerato uno degli elementi indicatori non certo probatori della esistenza di una dipendenza da sostanze. È infatti possibile che si realizzino crisi astinenziali precoci in soggetti che non possono certo considerarsi affetti da una chiara sindrome da dipendenza, oppure al contrario può verificarsi la assenza di sintomi astinenziali in soggetti che invece presentano sul piano clinico tale sindrome.

I criteri individuati dall'OMS ed accettati dal DSM-IV possono servire solo per il primo livello degli accertamenti relativi alla imputabilità del tossicodipendente, ossia il livello più specificamente clinico diagnostico, importante per la identificazione delle caratteristiche e del grado della dipendenza, ma non certo per il secondo livello relativo all'accertamento della effettiva incidenza della cronica intossicazione eventualmente riscontrata sulla capacità di intendere e di volere.

Per determinare, invece, la presenza di alcool nell'organismo è possibile oggi avvalersi di una vasta gamma di tecniche. Di norma la misurazione della sostanza nel sangue, nell'aria espirata e nell'urina rappresenta prova più sicura di ingestione eccessiva di alcool, ma non fornisce indicazioni su un eventuale condizione di etilismo.

L'alcolemia misura la concentrazione di alcool nel sangue ed è il metodo ancora usato in molti paesi per l'identificazione dei guidatori in stato di ebbrezza, anche se per ragioni pratiche è stato soppiantato dalle tecniche spirometriche. Esso rimane tuttavia il test più specifico da effettuare nell'ambito di una serie di accertamenti diagnostici, potendo fornire informazioni sul livello di tolleranza raggiunto dal soggetto.

Le tecniche spirometriche risultano particolarmente utili nelle urgenze e nello *screening*, in quanto si fondano sulla esistenza di una proporzionalità costante tra la concentrazione di alcool presente nel respiro e quella ematica. Esse permettono di misurare il tasso alcolemico senza ricorrere a tecniche invasive di prelievo. Nella cosiddetta 'prova del palloncino', il fiato, immesso all'interno di un palloncino di gomma, attraversa una fialetta contenente un reagente chimico che muta di colore in presenza di vapori alcolici; la precisione di questa tecnica è comunque limitata.

Attualmente sono usati gli alcolometri elettronici, apparecchi in grado di garantire una notevole praticità ed una buona affidabilità.

Tuttavia è opportuna una corretta valutazione dei fattori che possono influire sulla misurazione. Per valutare se il soggetto si trova nella fase ascendente (assorbimento) o discendente (eliminazione) della curva alcolemica, bisogna effettuare una doppia lettura a distanza di alcuni minuti. Se la misurazione viene effettuata a distanza di pochi minuti dalla ingestione eccessiva di alcool, si ottengono valori superiori a quelli reali per la presenza dell'alcool buccale. Anche in caso di vomito recente i valori sono alterati per il reflusso di aria gastrica contenente alcool in quantità superiore a quella realmente presente in circolo.

Capitolo III

La pericolosità sociale del soggetto tossicodipendente

SOMMARIO: 1. La pericolosità sociale. – 2. L'accertamento nel giudizio di pericolosità sociale. – 3. Gli interventi della Corte Costituzionale sulle presunzioni di pericolosità. – 4. L'art. 31 della legge n. 663 del 1986 e l'abolizione delle presunzioni di pericolosità. – 5. La valutazione della pericolosità sociale negli orientamenti della psichiatria. – 6. L'applicazione delle misure di sicurezza: dalla fase di cognizione alla fase di esecuzione.

1. La pericolosità sociale

La nozione di 'pericolosità sociale' fa ingresso nell'ordinamento giuridico italiano con il codice del 1930. Tale nozione presenta un vasto e complesso retroterra storico-ideologico, essendo stata al centro della polemica che, tra la fine dell'800 e la prima metà del '900, animò il dibattito fra la Scuola positiva e la Scuola classica del diritto penale.

La Scuola positiva muoveva dalla premessa che il reato dovesse essere considerato fenomeno naturale determinato da fattori criminogenetici e non da una scelta individuale suscettibile di un giudizio di responsabilità morale. L'intervento penale quindi non poteva orientarsi alla retribuzione dell'illecito commesso, né avere esclusivamente una

finalità repressiva, ma traeva il proprio fondamento dalla necessità della prevenzione finalizzata alla difesa sociale contro il delitto. La sanzione penale doveva essere adeguata al rischio che l'autore del reato rappresenta per la società e tendere esclusivamente ad impedirne la recidiva.

La proposta della Scuola Positiva venne così ad incentrarsi sul problema della pericolosità del reo, per la prima volta individuata, nei suoi fattori costituenti essenziali, come giudizio prognostico sulla capacità dell'individuo di commettere nuovi reati, nonché come centro di imputazione di un giudizio non fondato sul rimprovero per la colpevolezza dell'azione, ma sulla necessità di prevenire la commissione di ulteriori reati⁸².

Come osserva Tullio Padovani, in tale prospettiva il reato perde il suo significato 'reale' (ovvero di illecito caratterizzato da un preciso disvalore obbiettivo e soggettivo al quale si riporta la pena), ed acquista una rilevanza 'sintomatica' nel complesso delle caratteristiche psicologiche, antropologiche e sociali del reo, al fine di valutarne la pericolosità⁸³.

Il concetto di pericolosità sociale sul quale si fondava la ideologia della Scuola Positiva comportò, secondo Franco Tagliarini, delle profonde contraddizioni e discrepanze nel nuovo sistema penale proposto, poiché venivano chiamati in gioco sia la funzione del nuovo concetto di pericolosità, sia la sua operativa compatibilità con le garanzie dei diritti di libertà del cittadino, sicuramente affermati dalla tradizione classica del diritto penale⁸⁴. Sotto il primo profilo era necessario definire il presupposto di fondo di tutto il sistema, e cioè se il giudizio di pericolosità potesse prescindere dall'effettiva commissione di un reato, ovvero dovesse sempre avere per necessario presupposto la presenza di una compiuta azione delittuosa. Sotto il secondo profilo, si apriva la prospettiva di poter prescindere dal rapporto di proporzionalità fra misura della pena e misura della colpevolezza, onde poter commisurare l'efficacia preventiva della sanzione

⁸² F. Tagliarini, *Enciclopedia del diritto*, vol. XXXIII, voce Pericolosità, Giuffrè, Milano 1983, p. 15.

⁸³ T. Padovani, *La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico*, in F. Ferracuti (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina criminologica e Psichiatria forense*, vol. XIII, Giuffrè, Milano 1990, p. 313.

⁸⁴ F. Tagliarini, *op. cit.*, p. 15.

alle concrete possibilità di reinserimento del reo, giungendo alla configurazione di una sanzione indeterminata nella sua durata.

Molte delle critiche avanzate dagli autori della Scuola classica rimasero senza risposta. Tuttavia nell'ambito della disputa tra positivisti e classicisti sorsero e si affermarono nuovi indirizzi che cercarono una sintesi dei due opposti, riconoscendo l'utilità dei principi enunciati dalla Scuola positiva anche se temperati dall'esperienza della Scuola classica.

Su tali premesse il legislatore del '30 mutò sostanzialmente l'assetto classico del codice penale Zanardelli, codificando il concetto di pericolosità sociale, attraverso l'introduzione del cosiddetto sistema del 'doppio binario'⁸⁵.

Invero la pericolosità sociale introdotta dal codice Rocco, fu simile ma non coincidente con la pericolosità propugnata dai positivisti, essendo a differenza di quest'ultima:

- a. una caratteristica non necessaria ma eventuale dell'autore di reato;
- b. un presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza e non della pena;
- c. una caratteristica non permanente dell'autore di reato, essendo previsto il riesame della pericolosità⁸⁶ (art. 208 c.p.).

Con l'introduzione del sistema del doppio binario, da un lato si mantenne immutato il criterio della imputabilità e della pena retributiva, collegate alla colpevolezza dell'agente e, dall'altro lato, si accettò e codificò il principio della pericolosità quale presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza, aventi funzione di prevenzione speciale, ed applicabili ai soggetti imputabili e non.

Il sistema del 'doppio binario', costruito sulle coppie 'responsabilità-pena' e 'pericolosità-misura di sicurezza', trova la sua ratio nella diversità di funzioni che sono assegnate rispettivamente alla pena e alla misura di sicurezza.

⁸⁵ Il codice Zanardelli all'art. 11 prevedeva solo le pene e non le misure di sicurezza, ponendo a fondamento della pena l'imputabilità e la colpevolezza del reo.

⁸⁶ A. Calabria, *Digesto delle Discipline Penali*, voce Pericolosità, vol. IX, Utet, Torino 1995, p. 452.

Per Padovani, la pena è dominata da un'idea di prevenzione generale mediante intimidazione, la misura di sicurezza ha una specifica finalità di prevenzione speciale, mediante riabilitazione o neutralizzazione a seconda delle caratteristiche personologiche del delinquente. La riabilitazione emerge dall'esigenza di adottare, nel trattamento esecutivo di tali soggetti, "un particolare regime educativo o curativo e di lavoro, avuto riguardo alle tendenze e alle abitudini criminose della persona, ed in genere, al pericolo sociale che da essa deriva" (art. 213 c.p. comma 3).

La neutralizzazione costituisce una finalità immanente alla durata indeterminata delle misure di sicurezza che, non potendo essere revocate "se le persone ad esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose" (art. 207 comma 1 c.p.), consentono una difesa preventiva suscettibile di protrarsi indefinitamente.

L'art. 203 c.p. comma 1, stabilisce:

agli effetti della legge penale è socialmente pericolosa la persona anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluni dei fatti indicati nell'articolo precedente (ovvero un fatto di reato o di quasi-reato), quando è probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reato.

Da tale disposizione risulta che il legislatore ha inteso accogliere due principi fondamentali. Da un lato ha sancito che presupposto indispensabile per la dichiarazione di pericolosità è la commissione di un fatto che la legge in astratto configura come reato⁸⁷, escludendosi così le tendenze più estreme del positivismo che volevano che il giudizio di pericolosità fosse svincolato da tale presupposto.

L'unica eccezione è data dalle ipotesi indicate negli artt. 49 e 115 c.p., le quali contemplano rispettivamente il reato impossibile, e la istigazione ad un delitto non accolta o l'accordo criminoso non seguito da reato. Si tratta nella sostanza di ipotesi nelle quali vi è una volontà delittuosa pienamente manifestata, senza che ad essa sia seguita l'azione. È questa una specifica eccezione ai principi generali del nostro ordinamento

⁸⁷ Art. 202 comma 1 c.p.: "Le misure di sicurezza possono essere applicate alle persone socialmente pericolose, che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato".

penale, talché si è ritenuto di configurare il concetto di 'quasi reato' per le fattispecie appena indicate.

Dall'altro che l'essenza della pericolosità debba consistere nella probabilità che il soggetto possa compiere in futuro, non fatti genericamente contrari agli interessi della collettività, ma fatti specificamente configurabili quali fattispecie di reati.

Poiché nella definizione contenuta nell'art. 203 comma 1 c.p., sia l'elemento indiziante, sia quello indiziato, sono costituiti da illeciti penali, in dottrina si è ritenuto che fosse più appropriato parlare di 'pericolosità criminale' piuttosto che di 'pericolosità sociale'. La prima denominazione è sembrata la più soddisfacente rispondendo alla esigenza di stabilire l'elemento essenziale da cui la pericolosità deve ricevere la sua qualificazione.

Tra gli autori della Scuola Positiva Ferri aveva operato una specifica distinzione tra pericolosità sociale, intesa come proclività a porre in essere condotte antisociali non sostanziatisi nella violazione di norme penali, e pericolosità criminale, intesa come probabilità da parte di colui che abbia commesso reati di delinquere ancora. Ed è proprio a quest'ultima figura che si ispira la nozione di pericolosità adottata dal codice⁸⁸.

2. L'accertamento nel giudizio di pericolosità sociale

Affinché sia possibile una prognosi di futura condotta criminale, il delitto si pone come condizione necessaria ai fini del giudizio di pericolosità, ma non sufficiente, dovendo la sua valutazione essere integrata con l'esame di tutti gli elementi attinenti alla personalità, all'ambiente ed al comportamento del reo.

L'art. 203 comma 2 c.p., stabilisce che "la qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'art. 133 c.p.". Di conseguenza l'accertamento della pericolosità deve essere compiuto attraverso l'integrale ricognizione di tutti i fattori che riguardano non solo la gravità del reato, ma anche la capacità a delinquere del reo. I criteri individuati dal legislatore sono dunque i medesimi previsti per la determinazione

⁸⁸ G. Dell'Osso, *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, Giuffrè, Milano 1985, p. 70.

della pena. Tuttavia, è chiaro che i fattori che riguardano la capacità a delinquere del reo, visti in chiave prognostica, possono presentare un significato diverso da quello assumibile in chiave retributiva, in funzione del fatto che il reato commesso viene in rilievo non come tale, ma come sintomo di probabile futura recidiva.

Gli elementi indizianti di pericolosità, rilevanti ai fini della capacità a delinquere del reo, sono, ai sensi dell'art. 133 c.p.: i motivi a delinquere ed il carattere del reo; i precedenti penali e giudiziari e in genere la condotta e la vita del reo antecedenti al reato; la condotta contemporanea o susseguente al reato; le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.

Il codice penale del 1930 nella sua formulazione originaria, prevedeva due forme di pericolosità:

- a. la pericolosità accertata di volta in volta dal giudice (art. 204 comma 1, c.p.);
- b. la pericolosità presunta dalla legge (art. 204 comma 2, c.p.).

Nel primo caso il giudizio di pericolosità viene integralmente rimesso alla valutazione discrezionale del giudice, pur guidato dai criteri cardine dell'art. 133 c.p. L'accertamento giudiziale si articola nelle due fasi dell'accertamento delle qualità indizianti da cui dedurre la probabile commissione di reati e della prognosi criminale, ossia il giudizio sul futuro criminale del soggetto, effettuato sulla base di tali qualità. Va inoltre precisato che, al fine di evitare di disporre l'applicazione di una misura di sicurezza a chi, pericoloso al momento del fatto, cessa di esserlo prima della conclusione del giudizio, la pericolosità va accertata con riferimento non solo al momento della commissione del fatto, ma anche al momento in cui il giudice ordina la misura di sicurezza. Ed in base al principio *nulla periculositas sine crimine*, non può applicarsi una misura di sicurezza a chi sia divenuto pericoloso dopo il fatto per cause sopravvenute, dovendo esistere una interdipendenza fra pericolosità e reato, senza la quale manca il presupposto garantista perché scatti il sistema preventivo di sicurezza.

L'art. 204 comma 2 c.p., nella sua originaria formulazione, prevedeva alcune rilevanti deroghe al principio di accertamento giudiziale della qualità di individuo socialmente pericoloso, stabilendo:

nei casi espressamente determinati la qualità di persona socialmente pericolosa è presunta dalla legge.

Ed ancora:

nondimeno, anche in tali casi, l'applicazione delle misure di sicurezza è subordinata all'accertamento di tale qualità, se la condanna o il proscioglimento è pronunciato:

1. dopo dieci anni dal giorno in cui è stato commesso il fatto, qualora si tratti di infermi di mente, nei casi previsti dal primo capoverso degli artt. 219 e 222 c.p.;
2. dopo cinque anni dal giorno in cui è stato commesso il fatto, in ogni altro caso.

È altresì subordinata alla qualità di persona socialmente pericolosa la esecuzione, non ancora iniziata, delle misure di sicurezza aggiunte a pena non detentiva, ovvero concernenti imputati prosciolti, se dalla data della sentenza di condanna o di proscioglimento, sono decorsi dieci anni nel caso previsto dal primo capoverso dell'art. 222, cinque in ogni altro caso.

Si trattava in tali casi di presunzione di esistenza (cioè al momento del fatto) e di persistenza (cioè anche al momento della applicazione della misura).

Dette presunzioni riguardavano i seguenti soggetti:

- a. i prosciolti per infermità psichica, per intossicazione cronica da alcool o stupefacenti, per sordomutismo o per minore età, se trattasi di delitto non colposo per il quale la legge commina l'ergastolo o la reclusione superiore nel massimo edittale a due anni (art. 222 c.p.);
- b. condannati, per delitto doloso o preterintenzionale, a pena diminuita per infermità psichica o per intossicazione da alcool o stupefacenti o per sordomutismo, quando

- la pena comminata dalla legge per il delitto non è inferiore nel minimo a cinque anni (art. 219, comma 1 c.p.);
- c. condannati alla reclusione per delitto commesso in stato di ubriachezza abituale o di intossicazione abituale da stupefacenti (art. 221 c.p.);
 - d. condannati per reato di ubriachezza abituale o per reato commesso in stato di ubriachezza abituale, agli effetti del divieto di frequentare osterie;
 - e. minori imputabili condannati per delitto commesso durante l'esecuzione di una misura di sicurezza cui erano stati sottoposti perché non imputabili;
 - f. condannati alla pena della reclusione per almeno dieci anni;
 - g. condannati ammessi alla liberazione condizionale;
 - h. i delinquenti abituali presunti (art.102 c.p.).

In tutti i predetti casi, la fattispecie di pericolosità era costruita dal legislatore in via normativa, attraverso una presunzione *iuris et de iure*, che escludeva ogni facoltà di accertamento in concreto da parte del giudice. Il nodo problematico sul quale si gioca la stessa legittimazione sostanziale delle misure di sicurezza, è rappresentato dal giudizio di pericolosità e dai criteri utilizzati per il suo accertamento.

Padovani afferma che sul piano strutturale esso differisce profondamente dal giudizio di responsabilità. Quest'ultimo è infatti di tipo diagnostico, nel senso che si basa interamente sull'accertamento e sulla valutazione di dati noti o comunque conoscibili. Il giudizio di pericolosità invece è di tipo prognostico, nel senso che, mentre l'accertamento si riferisce a determinati elementi che assumono valore indiziante, la loro valutazione è orientata prospetticamente in funzione di un dato sconosciuto, costituito dalla condotta futura del reo.

La fondatezza del giudizio di pericolosità, secondo il Padovani, dipende pertanto da due fattori: a) dalla rilevanza dei fattori indizianti; b) dai criteri utilizzati nel procedimento di inferenza probabilistica⁸⁹.

⁸⁹ T. Padovani, *op. cit.*, p. 317.

Come già in precedenza riportato, nell'accertamento del giudizio di pericolosità, oltre al reato commesso, entra in gioco una serie di elementi indizianti, che il Padovani distingue in elementi sintomatici reali ed elementi sintomatici personali.

I primi gravitano intorno al reato, o perché ne implicano la reiterazione (come si verifica nella abitudine o nella professionalità, artt. 102 e 105 c.p.), o perché ne suppongono una particolare gravità (in astratto, come accade nell'art. 222, comma 1 e 2 c.p., per il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario; o in concreto, come nelle ipotesi in cui viene richiamata l'entità della condotta inflitta: ad esempio nell'art. 229, n° 1 e nell'art. 230, comma 1 n°1 c.p., ai fini della sottoposizione alla libertà vigilata), oppure infine perché lo individuano come particolare tipo criminoso a rilevanza sintomatica 'privilegiata' (come ad esempio nell'ipotesi dell'art. 538 c.p. che autorizza, ed in certi casi impone, l'applicazione di una misura di sicurezza detentiva a chi sia condannato per i delitti in materia di prostituzione).

Gli elementi sintomatici personali sono invece connessi alle peculiarità del soggetto, considerato in rapporto a dati caratteriali (come ad esempio l'essere 'dedito al delitto' ai fini della abitudine ritenuta dal giudice ex art. 103 c.p.), a condizioni incidenti sull'imputabilità (come ad esempio nelle ipotesi dell'art. 222 c.p., per quanto riguarda l'infermità psichica, e dell'art. 224 c.p., per quanto concerne l'età), o alla condotta di vita (come nel caso dell'ubriaco abituale o della persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti, art. 221 c.p.).

Nella valutazione criminologica dei fattori indizianti, il Padovani sostiene che gli elementi sintomatici reali assumano un peso dominante rispetto agli elementi sintomatici personali, e che spesso i fattori indizianti reali sono assunti in una dimensione fortemente astratta, connessa a valutazioni di mera gravità edittale del reato commesso (come ad esempio si verifica nelle ipotesi degli artt. 219, 222, 224, comma 2 e 3 c.p.) senza alcuna considerazione per il concreto atteggiarsi dell'episodio criminoso nella personalità del soggetto.

Questa accentuata propensione ad affermare il primato di valutazioni puramente legali nelle fattispecie sintomatiche di pericolosità deve considerarsi positiva in rapporto al fatto che gli elementi indizianti reali servono a circoscrivere le situazioni tipo in presenza delle quali il giudice deve poi procedere all'ulteriore accertamento della pericolosità in concreto. L'unico rischio è che attraverso una troppo rigida predeterminazione di limiti normativi astratti, finiscano con l'essere sottratti al vaglio di pericolosità soggetti in effetti pericolosi. È un rischio che consiste in sostanza nella formazione implicita di presunzioni di 'non pericolosità'. Basti pensare in proposito alla ipotesi del prosciolto per infermità psichica da una contravvenzione, da un delitto colposo o da un altro delitto punibile con la sola pena pecuniaria o con la reclusione non superiore nel massimo a due anni (art. 222 comma 1 c.p., per il quale è in pratica preclusa ogni forma di intervento preventivo, anche se il reato commesso, pur nella sua ridotta gravità legale, consenta di evidenziare in rapporto alla infermità che lo ha determinato, una pericolosità molto elevata).

Ma un tale rischio, secondo Padovani, può essere considerato il prezzo inevitabile che l'ordinamento deve corrispondere alla esigenza di tutela della libertà personale, quando la sua restrizione si prospetta come conseguenza di un giudizio prognostico inevitabilmente incerto. Tuttavia i rischi insiti in una tale regolamentazione erano di altra natura.

La preponderanza di fattori indizianti reali non assumeva una funzione limitativa dell'accertamento di pericolosità, bensì una funzione costitutiva. Il meccanismo di applicazione delle misure di sicurezza si riduceva, nella maggioranza dei casi, al riscontro degli elementi indizianti, ai quali veniva collegato un significato sintomatico assoluto senza alcun accertamento in concreto della pericolosità. In tale prospettiva dunque la previsione di elementi sintomatici personali accanto ad elementi sintomatici reali, consentiva raramente di incidere sull'automatismo della conseguenza sanzionatoria, dato che di norma si trattava di elementi accertati in sede di valutazione

della responsabilità, ed assunti nella fattispecie sintomatica di pericolosità in una dimensione aprioristica.

Ad esempio il prosciolto per infermità psichica, in quanto autore di un reato doloso punibile con la reclusione superiore nel minimo a due anni, era ricoverato per ciò stesso in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.) a prescindere dal significato che l'infermità, rilevante per escludere l'imputabilità, assumesse in chiave prognostica di pericolosità.

3. Gli interventi della Corte Costituzionale sulle presunzioni di pericolosità

Nella realtà del sistema il ricorso all'utilizzo di presunzioni legali, in merito all'accertamento della pericolosità sociale, costituiva la regola, mentre l'accertamento giudiziale risultava del tutto marginale. Presunzioni di pericolosità affollavano l'ambito delle misure di sicurezza applicabili ai non imputabili o ai semimputabili. Così ad esempio, la commissione di un reato caratterizzata da una certa gravità edittale comportava *ipso iure* l'internamento del soggetto prosciolto per infermità psichica in un ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.), del minore non imputabile in un riformatorio giudiziario (art. 214 comma 2 e 3 c.p.), e del seminfermo in una casa di cura e custodia (art. 219 comma 1 e 2 c.p.).

Un tale sistema ha suscitato non poche critiche, in particolare con riferimento ai principi dettati dalla Costituzione.

La censura più significativa contro le presunzioni di pericolosità era quella riferita all'art. 3 comma 1 Cost., nel senso che tali presunzioni, livellando, sulla base di valutazioni normative astratte, soggetti suscettibili di una diversa valutazione concreta, prospettando quindi di ritenere pericoloso anche chi pericoloso non fosse, attuavano una irragionevole parità di trattamento. Il principio di uguaglianza risultava così violato non meno che nell'ipotesi di una disparità stabilita per situazioni sostanziali omogenee.

Per considerare legittime le presunzioni di pericolosità, la Corte costituzionale ha tuttavia ritenuto sufficiente il fatto che esse "si basino *sull'id plerumque accidit*".

L'unica sentenza della Corte costituzionale che ha minato in parte il sistema della pericolosità presunta, è stata la n°1 del 3 gennaio 1971, con la quale la Corte ha dichiarato la illegittimità costituzionale dell'art. 24 comma 2 c.p., "nella parte in cui rende obbligatorio ed automatico, per i minori di quattordici anni, il ricovero per almeno tre anni, in riformatorio giudiziario". In tal caso, secondo la Corte, la presunzione di pericolosità non ha fondamento, in quanto, "data la giovanissima età del soggetto, la pericolosità rappresenta l'eccezione e non la regola", e soprattutto perché non era possibile rinvenire una rispondenza di tale presunzione al canone dell'*id plerumque accidit*.

Non miglior fortuna hanno incontrato le censure mosse alle presunzioni di pericolosità sotto il profilo dell'art. 27, comma 1 e 2 Cost., dell'art. 13, comma 2, e dell'art. 24 comma 2 Cost. Il principio di personalità della responsabilità penale (art. 27 comma 1, c.p.), pur se riferito anche alle misure di sicurezza, è infatti rispettato quando la misura viene "applicata soltanto a soggetti dei quali risulta accertata la pericolosità criminale", essendo, "del tutto indifferente il modo in cui il suddetto collegamento viene configurato" (e cioè in seguito ad un accertamento in concreto o per effetto di una presunzione).

Quanto al principio del finalismo rieducativo (art. 27 comma 3 c.p.), la Corte ha ritenuto che esso sia applicabile soltanto alle pene e non alle misure di sicurezza, "perché queste tendono ex se ad un risultato che eguaglia quella rieducazione cui deve mirare la pena" (Corte cost., 30 gennaio 1974, n° 19).

Ancor più agevolmente sono state disattese le censure mosse alle presunzioni di pericolosità in riferimento agli artt. 13 comma 2 e 24 comma 2 della Cost. Quanto al primo la Corte ha rilevato che "la misura di sicurezza è pur sempre irrogata sulla base di un provvedimento del giudice, che accerta in concreto la sussistenza delle condizioni previste dalla legge" (Corte cost. 9 giugno 1967, n° 68). Quanto al secondo, essa ha sostenuto che "non si potrebbe ritenere che le presunzioni di pericolosità pregiudichino il

diritto di difesa, che ha pieno modo di esplicarsi per ciò che concerne la verifica dei presupposti indizianti che fondano l'applicazione della misura".

Meno insensibile si è mostrata la giurisprudenza costituzionale verso un profilo delle presunzioni di pericolosità, rappresentato dalla persistenza temporale, pur essa presunta, dei fattori indizianti posti a fondamento della fattispecie legale sintomatica.

Ho sottolineato in precedenza come l'art. 204 comma 2, c.p., riconoscesse un'efficacia temporalmente circoscritta alle presunzioni di pericolosità, stabilendo che l'applicazione della misura di sicurezza fosse comunque subordinata all'accertamento giudiziale della pericolosità, nel caso di condanna o di proscioglimento pronunciati dopo un certo periodo dalla commissione del fatto. Parimenti, in base al comma 3 dell'art. 204 c.p., subordinata all'accertamento in concreto risultava l'esecuzione "non ancora iniziata delle misure di sicurezza aggiunte a pena non detentiva, ovvero concernenti imputati prosciolti", se dalla data della condanna o del proscioglimento fossero decorsi determinati termini.

Il meccanismo delineato, in particolare, dagli artt. 219 comma 1 e 2, e 222 c.p., tendeva a perpetuare la rilevanza del fattore indiziante di carattere personale, presumendo surrettiziamente che l'infermità psichica, accertata al momento della commissione del fatto, persistesse ancora al momento della applicazione della misura.

Un primo passo tendente ad inficiare il meccanismo delle presunzioni di pericolosità, fu fatto dalla sentenza n° 110 del 23 aprile del 1974, con la quale veniva dichiarato illegittimo il comma 2 dell'art. 207 c.p., nonché il comma 3 dello stesso articolo, nella parte in cui attribuiva al Ministro di Grazia e Giustizia il potere di revocare la misura di sicurezza prima che fosse decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge.

Successivamente quest'ultimo comma è stato formalmente abrogato dall'art. 89 della legge 26 luglio 1975 n° 354, che all'art. 70 ne attribuiva la competenza alla Sezione di

Sorveglianza⁹⁰. In conseguenza di tali modifiche veniva quindi a cadere la presunzione di durata della pericolosità per il periodo minimo prefissato dalla legge e la magistratura di Sorveglianza, in qualunque momento della esecuzione, poteva procedere alla revoca della misura di sicurezza nell'ipotesi in cui le persone ad essa sottoposte avessero cessato di essere socialmente pericolose. La Corte Costituzionale con le pronunce n°139 del 27 luglio 1982 e n° 249 del 15 luglio 1983, ha poi dichiarato la illegittimità degli artt. 222 e 219 comma 1 e 2 c.p., nella parte in cui essi non subordinano il provvedimento di applicazione della misura di sicurezza del manicomio giudiziario e della casa di cura e custodia, "al previo accertamento da parte del giudice della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità (...), al tempo dell'applicazione della misura di sicurezza"⁹¹.

In entrambi i casi a giustificare le censure di illegittimità costituzionale espresse dalla Corte, riguardo alle disposizioni sottoposte al suo vaglio, era stato addotto il contrasto delle medesime con il principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 Cost. Il che si spiegava con il rilievo che la mancata attualizzazione del giudizio sulla pericolosità sociale connessa alla persistenza effettiva dell'infermità psichica in capo all'imputato prosciolto ed a quello condannato per seminfermità, collegata all'inesistenza di un obbligo a carico del giudice di procedervi, avrebbe implicato la sottoposizione ad identico trattamento, tanto del soggetto ancora infermo di mente, quindi ancora pericoloso, quanto di quello non più affetto da tale infermità e quindi non più pericoloso. Questa identità di trattamento comportava una violazione del principio di uguaglianza⁹².

Parte della dottrina sostiene che con la sentenza n° 139 del 1982 e conseguentemente con la n° 249 del 1983, la Corte costituzionale si sia limitata a ritenere costituzionalmente illegittima la presunzione di persistenza dell'infermità, senza smantellare alla base la fattispecie presuntiva in base alla quale l'infermità psichica veniva considerata *iuris et de iure* come condizione produttiva di pericolosità. Infatti, secondo Russo, come si legge

⁹⁰ Tale competenza, a seguito della legge 10 ottobre 1986 n° 663, è stata affidata al Magistrato di Sorveglianza. In G. Russo, *Riv. It. Med. Leg.*, IX, 1987, p. 738.

⁹¹ Corte cost. 27 luglio 1982, n° 139; 28 luglio 1983, n° 249; in T. Padovani, *op. cit.*, p. 326.

⁹² F. Mantovani, *Le misure di sicurezza*, in F. Bricola, V. Zagrebelsky, (a cura di), *Giurisprudenza sistematica di diritto penale*, Utet. Torino 1996, p. 615.

testualmente nella motivazione della sentenza, la Corte giudicava "totalmente privo di base scientifica" "ipotizzare uno stato di salute (in tal caso di malattia), che si mantenga costante come regola generale valida per qualsiasi caso di infermità", mentre per converso, ribadiva, di non ritenere in contrasto con i criteri di comune esperienza "la presunzione che ricollega l'infermità alla pericolosità".

Le innovazioni apportate dalla giurisprudenza costituzionale, non correggevano, stando al parere della Russo, il presupposto ideologico su cui si fondava la disciplina normativa delle presunzioni di pericolosità, vale a dire quello di ritenere il malato di mente un soggetto che a causa del suo stato era da considerarsi più incline del sano a commettere reati⁹³.

4. L'art. 31 della legge n. 663 del 1986 e l'abolizione delle presunzioni di pericolosità sociale.

L'abrogazione integrale dell'art. 204 c.p., si è avuta con la Legge 10 ottobre 1986 n° 663, intitolata "Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà", la quale all'art. 31 ha abrogato *tout court* la fattispecie della pericolosità presunta.

Tale è stato il rigore della decisione, che l'abrogazione si è rivolta indiscriminatamente all'intero complesso delle disposizioni contenute nell'art 204 c.p., ovvero anche al suo comma 1, il quale si limitava a dettare la regola generale secondo cui "le misure di sicurezza sono ordinate, previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa". Quest'ultima disposizione avrebbe senza dubbio potuto e dovuto essere salvata dall'abbattimento, dato che il comma 2 dell'art. 31, L. 663/1986, è poi costretto a riprodurre alla lettera la disposizione generale appena abrogata, statuendo:

tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa.

⁹³ G. Russo, *op. cit.*, p. 739.

Nonostante l'abolizione delle presunzioni di pericolosità, l'art. 31 della sopra citata legge, non è andato esente da critiche. Una parte della dottrina ha ritenuto di dover riconoscere alla disposizione *de qua* una valenza ampia, assegnando all'art. 31 l'attitudine ad eliminare dal sistema, non solo le presunzioni di esistenza ma anche quelle di persistenza, all'atto in cui la misura di sicurezza dovrà essere effettivamente eseguita⁹⁴.

Altre voci dottrinali, muovendo, da un lato, dal dato dell'abrogazione del solo art. 204 c.p. e non di tutte le fattispecie del codice contenenti presunzioni di pericolosità; e dall'altro, dall'assenza di strumenti idonei a consentire al giudice della cognizione un giudizio prognostico realmente attendibile in ordine alla pericolosità criminale dell'imputato, a causa del perdurante divieto della perizia criminologica fissato dall'attuale art. 220 comma 2 c.p.p., propendono per una lettura dell'art. 31 legge 663/1986, nel senso di disposizione che ha rimosso le presunzioni non di esistenza quanto di persistenza della pericolosità. A corroborare questo assunto è la stessa collocazione dell'art. 31 in una legge di riforma dell'ordinamento penitenziario, che ne suggerirebbe una interpretazione tendente a valorizzare i suoi effetti esclusivamente sul terreno dell'esecuzione delle misure di sicurezza.

Contro la fondatezza di tale ultima interpretazione, si pone un'altra parte della dottrina, secondo la quale la formulazione testuale dell'articolo in esame, sembra circoscrivere la propria incidenza innovativa al solo momento nel quale le misure di sicurezza vengono ordinate, ossia alla fase in cui il giudice della cognizione dispone l'applicazione delle misure, stabilendo che in tale fase l'esistenza della pericolosità sociale dell'autore del fatto vada sempre accertata in concreto. Da ciò dovrebbe desumersi che l'accertamento in esame, incombendo al giudice della cognizione, dovrebbe concernere l'esistenza della pericolosità del possibile destinatario della misura di sicurezza, e non la persistenza di tale pericolosità nella prospettiva della esecuzione della stessa. La verifica di detta persistenza rientrerebbe invece nella competenza del magistrato di sorveglianza, a norma dell'art. 21 della legge 663/1986, essendo quest'ultimo investito del potere di procedere

⁹⁴ G. Ponti, I. Merzagora, G. Ponti, *La abolizione delle presunzioni di pericolosità sociale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, IX, 1987, p. 18.

al riesame della pericolosità sociale in ogni momento, sia durante il corso dell'esecuzione della misura di sicurezza, disponendo nel caso in cui constati il venir meno della pericolosità, la revoca anticipata della misura; sia prima che l'esecuzione della misura di sicurezza applicata nel giudizio di cognizione abbia inizio, procedendo, in caso di riscontrata cessazione della pericolosità, alla sua previa revoca⁹⁵. Fermo restando che i poteri di accertamento del magistrato di sorveglianza in ordine alla verifica della persistente pericolosità nel momento di esecuzione della misura di sicurezza si presenta come potere non come obbligo.

Secondo l'opinione di Anna Calabria le tesi sopra riportate non esauriscono le possibili interpretazioni dell'art. 31, poiché esso, a suo avviso, ammette una quarta e più verosimile interpretazione, in base alla quale è da ritenere :

- a. che, per quanto attiene al momento in cui la presunzione di pericolosità opera, sono state abolite sia le presunzioni di esistenza che le presunzioni di persistenza;
- b. che, per quanto attiene alla sorte delle singole fattispecie presuntive, queste sono state non abrogate ma trasformate da fattispecie presuntive a fattispecie indizianti di pericolosità. Nel senso che descrivono situazioni nelle quali appare maggiormente probabile la futura recidiva, lasciando però al giudice la valutazione sulla effettiva pericolosità del singolo autore.

Questa conclusione, secondo la Calabria, è imposta dal sopravvenuto art 679 c.p.p., che prevede l'obbligo a carico del magistrato di sorveglianza, di riaccertare la pericolosità sociale, su richiesta del pubblico ministero o d'ufficio, anche nel momento di inizio di esecuzione della misura di sicurezza. A tal fine, l'art. 658 c.p.p., ha fissato la regola per cui, "quando deve essere eseguita una misura di sicurezza, diversa dalla confisca, ordinata con sentenza, il pubblico ministero presso il giudice che ha emesso la relativa sentenza, trasmette gli atti al pubblico ministero presso il magistrato di sorveglianza competente per i provvedimenti previsti dall'art. 679". Risulta da ciò una precisa ed

⁹⁵ A. Manacorda, *Applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza: due momenti distinti per l'accertamento della pericolosità sociale*, in *Il Foro it.*, Parte I, 1987, p. 329.

inequivocabile scansione di tempi e rispettive competenze sul versante dell'accertamento della pericolosità del soggetto da sottoporre a misura di sicurezza.

In primis spetterà al giudice della cognizione l'accertamento di tale pericolosità, ex art. 31 della legge 663/1986, in rapporto al momento in cui tali misure vengono ordinate; poi spetterà al magistrato di sorveglianza, ex art. 679 c.p.p., il compito di verificare la persistenza della predetta pericolosità nel momento in cui esse devono essere eseguite. Il magistrato di sorveglianza potrà, in tale fase, avvalersi di un apparato di strumenti di conoscenza atto a garantire un esame più approfondito della personalità del soggetto, essendo autorizzato, ai sensi dell'art. 220 comma 2 c.p.p., a disporre di perizie miranti all'accertamento "di qualità psichiche indipendenti da cause patologiche", che sono interdette dallo stesso articolo al giudice di merito.

Tuttavia, la Cassazione⁹⁶ ha statuito che, nel concorso di determinate circostanze, l'esame della pericolosità sociale del soggetto da sottoporre a misura di sicurezza prima dell'esecuzione di quest'ultima, devoluto al magistrato di sorveglianza, può essere considerato come 'non necessario o superfluo'.

Si è precisato che, versando nell'ipotesi di proscioglimento dell'imputato in ragione del suo stato di infermità di mente, il giudizio di pericolosità ad opera del magistrato di sorveglianza, sarebbe necessario solo nei casi in cui l'esecuzione del provvedimento di internamento del soggetto in O.P.G "avvenga a distanza di tempo dalla sentenza di proscioglimento che ha accertato la totale infermità". Al contrario la medesima necessità non potrebbe essere ritenuta sussistente "se la esecuzione avviene a distanza di poche ore dall'accertamento della pericolosità da parte del giudice di merito". Mi permetto, a tal proposito, di osservare che tale ultima possibilità, visti i tempi intercorrenti tra l'ordinanza del giudice che dispone la misura di sicurezza e quella del magistrato di sorveglianza che la rende eseguibile, difficilmente si realizza.

Nonostante la Legge 663 sia stata accolta con soddisfazione, in dottrina si è ritenuto che essa non risolvesse due importanti questioni: il ruolo che il perito verrà ad assumere con

⁹⁶ Sez. I, 26 settembre 1990.

l'abolizione delle presunzioni di pericolosità e l'annoso problema del trattamento del sofferente psichico autore di reato. Gianluigi Ponti parla in tal senso di "un'altra occasione sprecata" dall'art. 31: quella di prendere posizione in merito all'ospedale psichiatrico giudiziario, e sulla mancata previsione dei rapporti con le strutture psichiatriche civili. Infatti l'art. 31 abolisce soltanto le presunzioni di pericolosità, ma non abolisce la nozione di pericolosità e non impedisce l'applicazione della misura di sicurezza per il prosciolto ed il seminfermo dichiarati pericolosi.

5. La valutazione della pericolosità sociale negli orientamenti della psichiatria

Da più parti, nella dottrina psichiatrico-forense, si è negata scientificità alla nozione di pericolosità.

Essa è potuta germogliare e sopravvivere nel tempo in quanto assolve alcune fondamentali funzioni:

- a. una 'funzione mitica', in riferimento alla formazione di stereotipi e miti, che concorrono a rendere trasparenti ed a rafforzare le insicurezze del gruppo sociale di fronte alla violenza manifesta di qualche individuo;
- b. una 'funzione strumentale' di legittimazione, ad esempio, delle pratiche di internamento e segregazione di individui pericolosi nelle strutture totalizzanti, in risposta a comportamenti violenti che minacciano l'integrità del corpo sociale;
- c. una 'funzione paradigmatica' in relazione al ruolo simbolico svolto dalla nozione di pericolosità nel campo del diritto penale; l'etichetta della pericolosità ha infatti la funzione, attraverso il processo di esclusione del soggetto, di restituire integrità al corpo sociale⁹⁷.

Il concetto di pericolosità inteso come concetto medico, cioè 'dipendente' dall'infermità di mente, è quello su cui maggiormente si sono appuntate le critiche degli autori di formazione criminologica e psichiatrico-forense, sia per la scarsa correlazione

⁹⁷ G B. Traverso, *Il giudizio di pericolosità ed il suo accertamento*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 490, 1986, p. 1042.

riscontrata tra malattia mentale e pericolosità, sia perché si è potuto dimostrare che il malato di mente pone in atto il più delle volte reati di modesto allarme sociale, e non reati contro la persona, sia perché infine, statisticamente, la delittuosità dei malati di mente non è superiore a quella della rimanente parte della popolazione definita normale. Molti infatti sono gli autori che ritengono che l'accertamento della pericolosità non possa essere un atto di pertinenza psichiatrica.

Secondo quanto affermato Ponti, il concetto di pericolosità e la qualificazione di delinquente pericoloso sono principi quanto mai relativi, poiché sono accettati o rifiutati a seconda del grado di colpevolezza morale e di allarme, che nei vari momenti storici, viene attribuito a certe tipologie di delitti. Da ciò il Ponti, sottolinea come l'identificazione di soggetti percepiti come pericolosi muti col mutare dell'etica pubblica e soprattutto col mutare della fenomenologia del crimine⁹⁸.

Così, il concetto di pericolosità è stato definito nozione non scientifica, ma giudizio di valore che ha come scopo precipuo quello di rafforzare il controllo sociale, e come unico supporto, il sentimento di minaccia.

Si è già visto che, nella nostra legislazione, per pericolosità si intende "la probabilità della commissione di nuovi reati". In una sua relazione al Consiglio d'Europa, Bernheim⁹⁹, citato da Francesco Bruno, definisce la pericolosità come 'la probabilità stimata troppo grave'. Egli inoltre distingue tra pericolosità e predizione clinica di pericolosità, affermando che quest'ultima può essere precisa se a breve termine, ed è condizionata dagli antecedenti, dalla situazione personale, dallo stato mentale e dall'ambiente ben definito, nonché dalla possibilità e realizzazione di un trattamento e dalla collaborazione del paziente.

Secondo Shah, la pericolosità si riferisce alla "propensione (un'aumentata probabilità rispetto ad altri) ad instaurare comportamenti pericolosi, nel senso di atti caratterizzati

⁹⁸ G. Ponti, I. Merzagora, *op. cit.*, p. 86.

⁹⁹ J. Bernheim, *Études sur la responsabilité pénale e le traitement psychiatrique des délinquantes malades mentaux*, VII Colloquium Criminologicum, Council of Europe, 1985.

dall'applicazione di aperta minaccia di forza e che possono sfociare in lesioni ad altre persone.

Stando all'opinione di Bruno, si può affermare che il concetto di pericolosità sia costituito da almeno tre fattori: il primo è dato dalla probabilità che un determinato evento si verifichi, il secondo riguarda la gradazione di tale probabilità, che deve essere elevata, il terzo infine è dato dalla dannosità dell'evento, che pertanto sarà temuto, e che consiste nella realizzazione di un comportamento violento¹⁰⁰.

La probabilità in senso filosofico è la misura delle possibilità di occorrenza di un evento relativamente ad una classe data di alternative. Mentre la possibilità può esprimersi solo in termini di esistenza o inesistenza, la probabilità può esistere in infinite gradazioni, e la misura o gradazione della probabilità che un evento si verifichi o meno è possibile attraverso l'utilizzazione di metodi matematici e scientifici solo con un certo grado di approssimazione, che dipende dalla numerosità e quindi dalla controllabilità delle variabili in gioco e dalla numerosità e complessità delle alternative esistenti. In questo senso anche le variabili del comportamento umano sono numerosissime e non tutte controllabili, e ciò riduce in modo netto, la possibilità di valutarne la predizione applicando gli strumenti scientifici a disposizione.

In ambito forense, due sono le operazioni che in fase di giudizio vengono effettuate ai fini della dichiarazione di pericolosità: la diagnosi di pericolosità, e la prognosi.

La diagnosi implica la valutazione delle probabilità che il soggetto metta in atto nuovi comportamenti violenti, ma non richiede il giudizio sul grado di tale probabilità, se non in termini fortemente grossolani. Tale diagnosi dunque presuppone già di per sé il fatto di cogliere nel soggetto una particolare attitudine, più o meno spiccata, a compiere atti violenti, non rintracciabile nella persona valutata normale. Tale operazione si pone allora, secondo Bruno, non come atto di natura medica, ma come atto normativo, il cui fine è rappresentato dalla salvaguardia della società. In tal caso, le misure che la società

¹⁰⁰ F. Bruno, *La pericolosità sociale psichiatrica*, in F. Ferracuti (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XIII, Giuffrè, Milano 1990, p. 349.

mette in opera sono misure di carattere preventivo generale e non interventi specifici e mirati, volti alla salvaguardia di un evento attuale.

La seconda operazione consiste nella prognosi di pericolosità, ovvero nella predizione specifica del grado effettivo di probabilità secondo il quale l'evento dannoso può prodursi. Un'operazione di questo genere implica una approfondita valutazione clinica del soggetto, ma soprattutto la valutazione e la misurazione di tutte le variabili rilevanti che possono influenzare positivamente o negativamente l'accadimento.

I metodi di prognosi criminale si riducono fondamentalmente a tre: il metodo intuitivo, il metodo clinico, il metodo statistico. Il metodo intuitivo non costituisce un metodo scientifico, essendo basato sul comune modo di pensare e sull'esperienza professionale e di vita maturata dal giudice, e quindi su atteggiamenti personali largamente variabili, suscettibili di influenze emotive e pertanto sottratti ad un procedimento di verificabilità. Il metodo clinico fonda "la decisione prognostica su basi empiriche, attraverso l'esame della vita anteatta del soggetto, delle sue relazioni familiari, di lavoro e di tempo libero e, inoltre, mediante la metodica esplorazione e l'uso di test psico-diagnostici". Il metodo statistico consiste infine nel determinare la prognosi ricorrendo a 'tavole predittive', composte di punti sintomatici desunti dalla generalizzazione delle caratteristiche di singoli gruppi delinquenti. Valutando il soggetto da esaminare sulla scorta di tali tavole si perviene ad un punteggio complessivo che indica il livello di possibilità della recidiva.

Nel nostro ordinamento lo spazio della discrezionalità giudiziale in tema di giudizio di pericolosità resta per ora interamente coperto dal metodo intuitivo. L'art. 314, comma 2 c.p.p., in merito all'oggetto della perizia, vieta espressamente "le perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato ed in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche". Soltanto in caso di perizia psichiatrica "il giudice chiede al perito se l'imputato è persona socialmente pericolosa", tutte le volte che tale accertamento è

prescritto dalla legge per l'applicazione di una misura di sicurezza (art. 318, comma 1 c.p.p.).

In pratica, dunque, il ricorso al metodo clinico o al metodo statistico può aver luogo soltanto nei ristrettissimi limiti in cui la legge autorizza un'indagine peritale sulla personalità del soggetto¹⁰¹. Attualmente è operante il principio per cui la decisione sullo svolgimento di una indagine peritale, d'ufficio o su richiesta delle parti processuali, è affidata al potere discrezionale del giudice di merito, il quale può pervenire ad una decisione negativa in relazione alla ritenuta irrilevanza, ai fini processuali, della circostanza sulla quale la perizia tende a far chiarezza ovvero alla assoluta superfluità di "particolari cognizioni di determinate scienze o arti", per condurre l'indagine.

In realtà la formulazione dell'art. 314 c.p.p. prevede che il giudice 'necessariamente' e non più 'facoltativamente' disponga perizia ove l'indagine richieda cognizioni specifiche, ma tale innovazione ha assunto un significato formale e non sostanziale in seguito alla elaborazione giurisprudenziale. La Corte di Cassazione ha infatti affermato che rientra pur sempre nel potere discrezionale del giudice di merito stabilire se ricorra o meno la necessità di disporre perizia in presenza di una indagine che richieda cognizioni specifiche.

Persiste dunque, in molti psichiatri forensi, la difficoltà di conciliare l'aleatorietà, lo scetticismo sulle capacità predittive della psichiatria con la necessità, che è propria del diritto, di risposte 'certe'.

Fornari¹⁰², sostiene che dalle ricerche in tema di predizione della recidiva è emerso che:

1. non esistono rapporti di equivalenza tra malattia mentale e pericolosità sociale;
2. gli strumenti clinici finora utilizzati per predire il comportamento del malato di mente autore di reato si sono rivelati imprecisi ed inadeguati;

¹⁰¹ L'art. 220 c.p. infatti statuisce: "la perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche".

¹⁰² U. Fornari, *Psicopatologia e psichiatria forense*, Utet, Torino 1997, pp. 152, 153.

3. il perito specie nei casi di delitti efferati e gravi che suscitino una intensa riprovazione, deve affrontare, oltre al compito clinico e valutativo, il problema della richiesta di retribuzione da parte del contesto giudiziario e sociale. Può così rischiare di identificarsi ed allearsi con chi deve giudicare e reprimere;
4. spesso la predizione della recidiva si basa sulla considerazione delle sole caratteristiche psicopatologiche individuali. Non si tiene sufficientemente conto delle componenti sociali, ambientali, culturali e transazionali, che si trovano sempre alle radici di uno scompensamento comportamentale;
5. spesso viene sottovalutato od ignorato l'aspetto dinamico evolutivo della patologia mentale, per privilegiarne caratteristiche di staticità e permanenza;
6. troppo poco si tiene conto delle modificazioni cui può andare incontro il quadro psicopatologico, se sullo stesso si interviene tempestivamente con tecniche adeguate;
7. sovente ci si pronuncia sulla pericolosità psichiatrica in base al comportamento attuato dal soggetto, trascurando la connessione con la malattia, formulando così un giudizio di competenza del magistrato, non dello psichiatra;
8. ultimo elemento che vanifica la prognosi di pericolosità sociale psichiatrica, è un dato che appartiene all'esperienza di molti psichiatri forensi: la possibilità di ottime remissioni di disturbi psichici anche gravi, durante il periodo della carcerazione preventiva o in un tempo relativamente breve, purché sia possibile mettere in atto interventi adeguati.

Allo stato dunque, secondo Fornari, è impossibile dare un contenuto scientifico alla risposta al quesito circa la pericolosità sociale psichiatrica, dato che la nozione stessa comporta una commistione di istanze "terapeutiche" e di "neutralizzazione" particolarmente infelice, che trova espressione concreta nella struttura dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

È infatti opportuno sottolineare il netto contrasto tra quanto previsto nel codice penale e quanto stabilito con la legge 13 maggio 1978 n°180. Con l'entrata in vigore di

quest'ultima si è creato uno scollamento tra psichiatria clinica e psichiatria forense, nel senso che la prima privilegia esigenze di cura, la seconda quelle di controllo, con evidente sperequazione tra malato di mente autore di reato, che in tal modo esce dal circuito terapeutico del territorio, e malato di mente non delinquente, che può beneficiare dell'assistenza prevista dalla legge 180.

L'accertamento della pericolosità sociale psichiatrica rimane dunque compito del perito, il quale per assolvere tale obbligo deve tener presenti una serie di indicatori interni ed esterni.

Tra i primi vengono compresi:

1. la persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo;
2. il grado di consapevolezza della malattia e di accettazione delle terapie descritte;
3. deterioramento e destrutturazione psicotica della personalità che necessitino di cura e di assistenza prolungate;
4. progressione di gravità nelle condotte di scompensazione, sia in senso auto che etero-distruttivo;
5. la risposta alle terapie praticate.

Dato che la genesi e la dinamica della malattia mentale sono di tipo multifattoriale e circolare, il perito, nella sua valutazione non può sottovalutare indicatori esterni quali:

1. caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza;
2. esistenza ed adeguatezza dei servizi psichiatrici di zona;
3. possibilità di reinserimento lavorativo o di soluzioni alternative;
4. tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto reato;
5. opportunità alternative di sistemazione logistica.

Il perito non dovrà attribuire peso determinante agli uni o agli altri indicatori singolarmente e separatamente considerati.

Risulta chiaro, secondo Fornari, che un paziente è più o meno 'ad alto rischio', non solo perché portatore di disturbi patologici e psichici, ma spesso per la povertà di risorse del contesto sociale.

6. L'applicazione delle misure di sicurezza: dalla fase di cognizione alla fase di esecuzione

Il sistema di presunzioni legali in vigore fino alla legge 663 del 1986, limitava il ruolo del perito psichiatra e di conseguenza, la portata del giudizio peritale, nel senso che la misura dell'internamento, nei casi di infermità totale o di seminfermità, veniva comunque applicata anche se il perito aveva disconosciuto la pericolosità del soggetto, o, al limite, aveva constatato l'avvenuta guarigione.

È possibile sostenere dunque che, dopo la riforma, lo psichiatra si trova gravato da compiti e responsabilità che esorbitano dal suo ruolo, dato che la responsabilità della decisione in materia di pericolosità viene attribuita *de facto* al perito, anche *se de iure* resta pur sempre del magistrato. Di solito infatti la sentenza tende ad uniformarsi ai risultati della perizia¹⁰³.

L'accertamento della pericolosità sociale avviene insieme a quello della imputabilità nel corso del giudizio ordinario. Lo svolgimento della perizia si pone quindi come momento fondamentale nel giudizio di cognizione, non solo ai fini della dichiarazione di incapacità di intendere e di volere, ma anche ai fini del giudizio di pericolosità. Il giudice infatti pone al perito il seguente quesito:

dica il perito se l'imputato al momento del fatto era per infermità in tale stato di mente da escludere, ovvero da scemare grandemente senza escluderla, la capacità di intendere e di volere. Dica inoltre se lo stesso è persona socialmente pericolosa.

¹⁰³ G. Ponti, I. Merzagora, G. Ponti, *op. cit.*, p. 30.

Il Semerari ha sostenuto che, "secondo tale formula il Giudice rimette al perito ciò che per legge dovrebbe spettare a lui". Per il citato autore, sarebbe più opportuno che il quesito, quanto alla seconda parte, potesse così formularsi:

dica il perito se, dalle indagini peritali, siano emersi elementi tali, inerenti l'autore del fatto, da poter essere utilizzati per il parere di pericolosità sociale.

Secondo il Dell'Osso, in una disciplina quale la psichiatria in cui le scelte dottrinarie risultano anche condizionate dalla adesione a determinate ideologie od orientamenti filosofici, appaiono pienamente valide le riserve suscitate dalla accettazione acritica da parte del magistrato delle conclusioni peritali. Deve quindi essere evitato che l'affidamento dell'incarico peritale consista in una delega deresponsabilizzante data dal giudice all'esperto, il cui elaborato finisca per sostituire la motivazione della sentenza anziché costituire una legittimazione delle premesse da cui il giudicato discende¹⁰⁴. Ciò non perché il magistrato sia più immune del perito da condizionamenti ideologici, etici o politici, ma perché la legge gli riconosce la competenza a discernere ciò che è deviante da ciò che è illecito. Così è al giudice, e solo a lui, che è rimesso il compito di garantire che vi sia uniformità di criteri giuridici di valutazione a fronte dei medesimi disturbi pur in mancanza di univocità di criteri nosografici utilizzabili.

Dal giudizio di pericolosità discende dunque l'applicazione di misure di sicurezza. L'art. 205 c.p., prevede i casi di applicazione 'ordinaria' delle misure di sicurezza, prescrivendo, al 1° comma, che esse sono ordinate dal giudice nella stessa sentenza di condanna o di proscioglimento.

La giurisprudenza ha manifestato opinioni contrastanti in ordine al potere discrezionale del giudice nella determinazione della durata della misura di sicurezza. In alcune pronunce la Corte di cassazione ha affermato che il giudice di cognizione non ha facoltà di determinare la durata della misura di sicurezza personale, "essendo la durata minima prevista dalla legge e spettando all'esclusiva competenza funzionale del giudice di

¹⁰⁴ G. Dell'Osso, *op. cit.*, p. 123.

sorveglianza deciderne il prolungamento dopo aver riesaminato la pericolosità sociale del soggetto" ¹⁰⁵.

Secondo altro orientamento il giudice non ha affatto il dovere di applicare le misure di sicurezza nella misura minima, ma incontra, in relazione alle diverse ipotesi previste dalla legge, due soli condizionamenti: quello di non fissare la durata minima della misura di sicurezza in misura inferiore al limite di volta in volta stabilito dalla legge in relazione alla pena edittale principale, e quello di motivare adeguatamente in ordine al corretto uso del potere esercitato rispetto alla determinazione, superiore al minimo, della durata della misura di sicurezza.

Tale ultimo orientamento tuttavia non sembra condivisibile poiché, come osserva De Francesco, il giudice supererebbe la barriera posta dall'art. 208 c.p. che prevede il riesame della pericolosità decorso il periodo minimo di durata stabilito dalla legge per ciascuna misura di sicurezza ¹⁰⁶.

Il comma 2 dell'art. 205 c.p., prevede infine i casi nei quali la misura di sicurezza può essere applicata con provvedimento successivo alla sentenza del giudice della cognizione, dal magistrato di sorveglianza.

Un procedimento particolare è previsto dall'art. 206 c.p., il quale consente che durante l'istruzione o il giudizio "il minore di età, l'infermo di mente, l'ubriaco abituale, la persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti o in stato di cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti, siano provvisoriamente ricoverati in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia".

Tale articolo ha suscitato notevoli perplessità, in ordine alla sua legittimità costituzionale, in quanto verrebbe applicato in base ad un giudizio anticipato sulla colpevolezza dell'imputato, violando in tal modo il disposto dell'art. 27 comma 2 Cost. Il nuovo codice di procedura penale disciplina la materia negli artt. 312 e 313, stabilendo

¹⁰⁵ Cass. 28/6/1969, Cass. 27/10/1971, in C. Peluso, *Digesto delle Discipline Penali*, voce Misure di sicurezza, vol. VIII, Utet, Torino 1994, p.152.

¹⁰⁶ De Francesco, *Le misure di sicurezza*, in F. Bricola, V. Zagrebelsky (a cura di), *Giurisprudenza sistematica di diritto penale*, vol. III, Utet, Torino 1984, p. 1483.

la possibilità per il giudice di applicare provvisoriamente le misure di sicurezza, su richiesta del pubblico ministero, in qualunque grado e stato del procedimento, quando sussistono "gravi indizi di commissione del fatto". Il provvedimento viene comunque emesso 'previo accertamento sulla pericolosità sociale' (art. 313 comma 1, c.p.p.). L'ultimo comma dell'art. 206 stabilisce infine che "il tempo dell'esecuzione provvisoria della misura di sicurezza è computato nella durata minima di esso".

La sentenza di condanna, a pena diminuita, in caso di riconoscimento di vizio parziale, ovvero la sentenza di proscioglimento nel caso venga riconosciuto il vizio totale di mente, conclude la fase di cognizione.

Ai fini della mia trattazione, occorrerà verificare se nell'ipotesi di intossicazione cronica da alcool o sostanze stupefacenti, la capacità di intendere e di volere sia esclusa o grandemente scemata. Nel primo caso, l'art. 222 c.p., prevede che il proscioglimento per intossicazione cronica da alcool o sostanze stupefacenti, qualora sia stata accertata anche la pericolosità sociale del soggetto, comporti il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario. Nell'ipotesi di condanna a pena diminuita, l'art. 219 c.p., prevede il ricovero in una casa di cura e custodia. In tal caso, in base all'art. 220 c.p., l'ordine di ricovero del condannato nella casa di cura e custodia è eseguito dopo che la pena restrittiva della libertà personale sia stata scontata. Tuttavia il secondo comma dispone che:

il giudice tenuto conto delle particolari condizioni d'infermità psichica del condannato, può disporre che il ricovero venga eseguito prima che sia iniziata o abbia termine la esecuzione della pena restrittiva della libertà personale.

Il condannato, dimesso dalla casa di cura e custodia, dovrà poi sottoporsi alla esecuzione della pena.

Nell'eventualità di delitti commessi in stato di ubriachezza, qualora questa sia abituale, o sotto l'azione di sostanze stupefacenti da soggetto dedito all'uso di tali sostanze, l'art. 221 c.p. prevede che, quando non debba essere ordinata altra misura di sicurezza detentiva, ai condannati alla reclusione (con pena aumentata ex art. 94 c.p.), si applichi il ricovero in una casa di cura e custodia o, in caso di delitti per i quali sia stata inflitta la reclusione

per un tempo inferiore a tre anni, la sottoposizione alla libertà vigilata. Il ricovero ha luogo in sezioni speciali ed ha una durata minima di sei mesi.

Nei suddetti casi, la legge contempla un tempo minimo per la durata di ciascuna misura in considerazione della gravità del reato commesso, gravità valutata sulla base del criterio della pena edittale astrattamente prevista dalla legge.

Nel caso in cui venga ordinata l'applicazione della misura di sicurezza dell'O.P.G., la durata minima della misura non è inferiore a due anni. Diventa di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena dell'ergastolo, di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni.

Il ricovero in O.P.G. si presenta, particolarmente problematico nei confronti di prosciolti per intossicazione cronica da alcool o sostanze stupefacenti, soprattutto perché, secondo il Dell'Osso, una volta superata la fase critica della dipendenza fisica, il ricovero in questione non appare la soluzione più idonea ai fini di cura o di risocializzazione, che invece potrebbero essere meglio perseguiti in un contesto diverso ed in un ambiente specificamente strutturato.

Secondo Fornari, l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario, comporta per il malato i seguenti problemi:

- lo 'sradicamento' dalla famiglia, dal territorio, e dai servizi psichiatrici ed assistenziali dell'ambiente di provenienza;
- la prevalenza delle esigenze di controllo sulle necessità di cura;
- la commistione con soggetti che presentano disturbi della personalità e della condotta o che simulano un quadro patologico psichico, a netto svantaggio delle esigenze terapeutiche.

Nel caso di ricovero in una casa di cura e custodia, la durata minima della misura è di un anno quando la pena stabilita dalla legge non è inferiore al minimo a cinque anni di reclusione. Se per il fatto commesso è prevista la pena dell'ergastolo, o non inferiore nel

minimo a dieci anni, la misura di sicurezza è ordinata per un tempo non inferiore a tre anni.

Ho già parlato in precedenza dell'obbligo che, in seguito alla legge 663/1986, grava sul magistrato di sorveglianza, ovvero quello di accertare la persistenza della pericolosità prima di procedere alla concreta applicazione della misura di sicurezza ordinata dal giudice in fase di cognizione. Tale accertamento è previsto e disciplinato ex art. 679 c.p.p. Di norma il magistrato di sorveglianza nel far questo, si basa sugli indici di pericolosità desunti dall'art. 133 c.p., e sui risultati della perizia disposta in fase di cognizione. Mi soffermerò in seguito sulle caratteristiche dell'accertamento effettuato dal magistrato di sorveglianza sia in fase processuale che in fase di esecuzione.

Una volta applicata la misura di sicurezza prevista dalla legge, e trascorsa per essa la durata minima stabilita, l'art. 208 c.p., dispone che il magistrato di sorveglianza proceda al cosiddetto riesame della pericolosità del reo, ovvero consideri nuovamente le condizioni del soggetto al fine di accertare se lo stato di pericolosità sociale permanga o meno, in rapporto alla necessità di ordinare la proroga oppure la revoca della misura di sicurezza.

Il comma 2 dell'art. 208 c.p., dispone:

qualora la persona risulti ancora pericolosa, il giudice fissa un nuovo termine per un esame ulteriore. Nondimeno, quando vi sia ragione di ritenere che il pericolo sia cessato, il giudice può in ogni tempo procedere a nuovi accertamenti.

In dottrina sono riscontrabili due orientamenti contrastanti in merito alla individuazione dei criteri che devono guidare il giudice nel compito di riesaminare la pericolosità del soggetto sottoposto a misura di sicurezza.

Alcuni autori ritengono che il concetto di pericolosità contenuto nell'art. 208 c.p., sia lo stesso espresso dall'art 203 c.p., e tale coincidenza porta con sé la necessità di poter prescindere, nel giudizio di riesame, dalle modalità di esecuzione del reato commesso.

Secondo altri, il riesame deve basarsi sulle attuali condizioni del sottoposto alla misura, non essendo sufficiente valutare soltanto i criteri cui si è ispirata l'affermazione della pericolosità. In tale prospettiva, il reato commesso assumerebbe un valore marginale e secondario¹⁰⁷.

In realtà, stando all'orientamento della stessa giurisprudenza, nel giudizio di riesame della pericolosità il giudice deve prendere in considerazione qualsiasi elemento da cui possa essere esclusa o confermata una prognosi di pericolosità. Secondo quest'ultima, il giudice può considerare "i precedenti dell'imputato, la natura e la gravità dei fatti che hanno determinato l'applicazione della misura, il contegno tenuto nel corso dell'internamento e le concrete possibilità di adeguato reinserimento sociale"¹⁰⁸.

L'art. 207 c.p. disciplina la revoca delle misure di sicurezza, stabilendo che essa è disposta, "quando le persone ad esse sottoposte hanno cessato di essere socialmente pericolose". Le modifiche apportate dalla Corte costituzionale, hanno attribuito al magistrato di sorveglianza, e non più al ministro di Grazia e Giustizia, la funzione di procedere alla revoca anticipata della misura su richiesta dell'interessato, anche prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge.

¹⁰⁷ V. Siclari, *Applicazione e esecuzione delle misure di sicurezza personali*, Giuffrè, Milano 1983, p. 240.

¹⁰⁸ Cass. 22 ottobre 1982; in C. Peluso, *Digesto delle Discipline Penali*, voce Misure di sicurezza, vol. XIII, Utet, Torino 1994, p.154.

Capitolo IV

L'esecuzione della pena del soggetto tossicodipendente

SOMMARIO: **1.** Relazione tra l'abuso di sostanze stupefacenti e la commissione di reati. Tipologia dei reati commessi. – **2.** Iter legislativo della disciplina sulle sostanze stupefacenti. – **3.** Le nuove tabelle delle sostanze stupefacenti. – **4.** Le principali modifiche al sistema sanzionatorio penale. – **5.** Differenziazione e circuiti penitenziari. – **5.1.** Le strutture di primo livello. – **5.2.** Le strutture di secondo livello o circuito penitenziario c.d. di custodia attenuata (C.A.). – **6.** La rilevanza dello stato di tossicodipendenza. – **7.** La libertà personale del soggetto tossicodipendente. – **8.** Le misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti tossicodipendenti: **A.** La sospensione dell'esecuzione della pena detentiva; **B.** L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari; **C.** Il lavoro di pubblica utilità. – **9.** Un caso pratico.

1. Relazione tra l'abuso di sostanze stupefacenti e la commissione di reati. Tipologia dei reati commessi¹⁰⁹

In merito alla pericolosità sociale dei soggetti con disturbi correlati all'abuso di sostanze, è opportuno chiedersi in quale misura ed in che modo l'uso di droghe e di alcool contribuisce alla determinazione, o determina esso stesso il comportamento criminale.

Nel caso di tossicodipendenti è stata rilevata, tra i soggetti in custodia cautelare, un'elevata percentuale di recidivi. Un tale risultato è intimamente connesso con la difficoltà che il soggetto ha di gestire la sostanza una volta uscito dal carcere in assenza

¹⁰⁹ Per un maggior approfondimento, vd. V. Pellegrino, *Criminalità e tossicodipendenza*, in *Manuale di scienze criminologiche. Teorie e pratiche: criminologia, criminalistica e tecniche investigative*, a cura di R. Frison, M. Guerzoni, G. Roffi, S. Rubin, Vol. I, criminologia, Del Bucchia editore, 2009, pagg. 285 e ss.

di un concreto programma riabilitativo. Sul piano clinico è esperienza comune che il tossicodipendente, seppur disintossicato durante la detenzione, quasi sempre tornando in libertà, riprende le sue abitudini voluttuarie. La pericolosità sociale in soggetti tossicodipendenti acquista quindi una dimensione particolare in rapporto alle possibili ricadute nella droga che probabilmente si trasformeranno in recidiva criminale.

Quando si parla di abuso di droghe, o di tossicodipendenza, spesso si dimentica la natura molteplice e complessa di questo fenomeno, e si tende ad enfatizzare soltanto gli aspetti sociali, o quelli biologici, o quelli psicologici.

Secondo l'opinione di Francesco Bruno ed Ugo Leone¹¹⁰, il comportamento del tossicodipendente si correla ad alcuni tratti della personalità di base, che a loro volta interagiscono con la disponibilità di droga. Allo stesso modo vi interagiscono l'atteggiamento culturale dominante, tollerante o repressivo che sia. Ad esempio, in una società tollerante, dove il comportamento di ricerca della droga non è penalizzato ma tollerato, il valore della devianza del comportamento è minore. Al contrario in una cultura repressiva, il comportamento in questione può assumere la connotazione di una protesta generale.

I tratti di personalità di base quindi non sono i soli a determinare il comportamento tossicodipendente. La cultura della droga tra i giovani si sviluppa fino a diventare una sottocultura all'interno della cultura nazionale deviante. Questa subcultura giovanile segue un normale processo di sviluppo, attraverso l'apprendimento sociale, il rinforzo, l'isolamento. Ciò contribuisce a perpetuare ed ad ampliare la cultura della droga, ed isola i tossicomani dalla struttura normativa generale della società che essi considerano ostile e dalla quale sono considerati alieni o devianti. Quando la cultura della droga raggiunge un livello di subcultura i normali meccanismi repressivi cessano di funzionare, nel senso che tali meccanismi possono rinforzare i valori subculturali ed incoraggiare una continua

¹¹⁰ F. Bruno, U. Leone, *Relazione tra droga e criminalità*, in F. Ferracuti (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XV, Giuffrè, Milano 1988, p. 60

partecipazione della subcultura tossicodipendente. In altre parole secondo l'opinione di Bruno e Leone:

quando intervengono l'etichettamento' e la 'devianza secondaria', il comportamento criminale diventa concomitante con quello tossicodipendente per la necessità economica di mantenere l'abitudine¹¹¹.

L'esperienza dei paesi occidentali ha dimostrato l'inutilità di un modello basato sul controllo totale. Un tale modello, non solo ha fallito nello scopo di controllare l'uso della droga, ma, avendo contribuito all'isolamento del tossicomane ed all'aumento del costo della droga, ha accresciuto anche il livello criminogenetico del tossicodipendente.

Ad ogni modo, è da sottolineare come, benché non esista, a livello comunitario, una definizione ufficiale di «reati correlati agli stupefacenti», con questi termini si intendono solitamente i reati commessi sotto l'influsso di stupefacenti, i reati perpetrati per finanziare il consumo di droga, i reati commessi nell'ambito del funzionamento del mercato illecito degli stupefacenti e le infrazioni alla normativa in materia di droga.

La criminogenesi provocata dal consumo di droga ha solitamente come oggetto delitti colposi, reati caratterizzati da condotta omissiva o aggressiva a seconda del tipo di sostanza assunta; la droga può generare delitti anche in modo indiretto: il bisogno di droga, ad esempio, è alla base della microcriminalità e dei reati di spaccio¹¹². Quest'ultima tipologia di reato è proprio quella maggiormente rappresentata nelle carceri. La percentuale di tossicodipendenti che entrano in carcere, infatti, è molto elevata: in pochi anni, la popolazione carceraria è aumentata notevolmente ed un terzo circa è rappresentato da tossicodipendenti, colpevoli di aver compiuto reati previsti dal D.P.R. 309/90¹¹³.

Per quanto riguarda il potenziale ruolo criminogenetico svolto dalla tossicodipendenza, secondo indagini ISTAT, dei 54039 detenuti presenti negli istituti di prevenzione e di

¹¹¹ F. Bruno, U. Leone, *op. cit.*, p. 61.

¹¹² Carnevale Aldo, Di Tillio Antonio, *Medicina e carcere*, Giuffrè editore, 2006, pag. 250.

pena degli adulti, alla fine dell'anno 2000, 14.400 erano tossicodipendenti, cioè quasi il 27 % del totale; alla fine del mese di giugno 2004, il numero di tossicodipendenti era di 15329, rappresentando una percentuale di oltre il 27 % rispetto al numero totale dei soggetti detenuti nello stesso periodo¹¹⁴.

Per quanto attiene, invece, alla percezione del fenomeno da parte del personale penitenziario, il dato fondamentale che emerge è il progressivo spostamento di interesse dal binomio tossicodipendenza-criminalità, ormai consolidato sia nella lettura criminologica che nell'immaginario collettivo, al binomio tossicodipendenza-AIDS, nel quale si ripropone la figura stereotipata del consumatore di eroina, il cui comportamento costituisce un pericolo non soltanto per quanto attiene ai crimini collegati alle necessità derivanti dalla propria dipendenza, ma soprattutto per ciò che concerne il rischio di contagio di un'affezione letale, che la mancanza di una conoscenza adeguata rende ancora più temibile¹¹⁵. Ed, infatti, la tossicodipendenza risulta essere strettamente correlata alla HIV-positività, tanto che, secondo alcune stime, addirittura circa l'85% dei detenuti tossicodipendenti sarebbe anche Hiv positivo¹¹⁶.

Inoltre, come emerge nella relazione annuale del 2006 dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze¹¹⁷, nel 2005 sono stati effettuati negli uffici regionali di polizia, e per il secondo anno consecutivo nella Repubblica ceca, sondaggi sulla criminalità correlata agli stupefacenti.

È stato calcolato che, nel 2004, circa il 62 % dei reati per produzione e/o distribuzione di stupefacenti, il 25 % dei reati di frode, il 21 % dei reati implicanti l'appropriazione indebita di fondi/beni di proprietà altrui e il 20 % dei furti ordinari sono stati compiuti da consumatori di stupefacenti per finanziare il proprio consumo.

¹¹⁴ Fonte D.A.P., Ufficio per lo sviluppo e la Gestione del Sistema Informatico Automatizzato – Sezione statistica.

¹¹⁵ Cfr. Malfatti Daniela, *La percezione del rapporto tra tossicodipendenza e criminalità in un gruppo di agenti di polizia penitenziaria*, in *Rassegna Italiana di criminologia*, anno VI, n. 1, 1995, pagg. 89-115.

¹¹⁶ Vd. Demori Angelo, Roncali Davide, Tavani Mario, *Compatibilità carceraria, Hiv/AIDS e "malattia particolarmente grave"*, Collana "Medicina legale criminologia e deontologia medica" diretta da Canepa Giacomo e Fiori Angelo, Giuffrè, Milano, 2001, pag. 25-26.

¹¹⁷ www.emcdda.europa.eu, 11.03.2009.

Da un'indagine svolta nel 2004 tra quindicenni e sedicenni in Finlandia, è emerso che il 7 % circa dei ragazzi che nell'ultimo anno avevano fatto uso di cannabis aveva finanziato questo consumo in maniera illecita: oltre la metà vendendo stupefacenti e il resto, perlopiù, rubando.

In Irlanda, due studi condotti dalla «Garda Research Unit» nel 1996 e nel 2000-2001 in un campione di consumatori di droga noti alla polizia hanno calcolato che i consumatori di stupefacenti erano responsabili del 66 % dei delitti registrati nel 1996 e del 28 % di quelli del 2000-2001. L'indagine del 2000-2001 ha portato a galla un ulteriore dato sul collegamento droga-criminalità, e cioè che i consumatori di oppiacei hanno compiuto il 23 % dei furti e il 37 % dei furti con scasso.

Nel quinquennio compreso tra il 1999 e il 2004 il numero delle «segnalazioni» di infrazioni alla normativa sugli stupefacenti è aumentato in generale nella maggior parte dei paesi dell'UE — nello specifico, in tutti i paesi, a eccezione di Italia e Portogallo, con un aumento particolarmente marcato (pari al doppio o più) in Estonia, Lituania, Ungheria e Polonia. Nel 2004, questa tendenza all'aumento delle segnalazioni è stata confermata nella maggioranza dei paesi dichiaranti, sebbene alcuni Stati — Repubblica ceca, Grecia, Lettonia, Lussemburgo, Portogallo, Slovenia (dal 2001), Slovacchia, Finlandia e Bulgaria — riferiscano un calo rispetto all'anno precedente.

Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE la maggioranza delle segnalazioni di questi reati riguarda l'uso di droga o la detenzione per uso personale, e nel 2004 andava dal 61 % di tutti i reati correlati agli stupefacenti in Polonia al 90 % in Austria. Nella Repubblica ceca, in Lussemburgo, nei Paesi Bassi e in Turchia la maggior parte delle segnalazioni per questo tipo di reati riguarda lo spaccio o il traffico di sostanze stupefacenti, con una percentuale compresa tra il 48 % di tutte le segnalazioni in Lussemburgo e il 93 % nella Repubblica ceca.

Si possono individuare tre diverse tipologie¹¹⁸ di criminalità legate all'abuso di sostanze stupefacenti:

Esiste, innanzitutto, una criminalità diretta, ovvero, causata direttamente dall'effetto delle droghe assunte. Il livello dell'associazione droga-criminalità varia molto, in questa prospettiva, secondo il tipo di droga coinvolta: massimo nel caso delle anfetamine, cocaina ed in generale delle droghe psico-stimolanti e psico-dislettiche, minimo nei cannabinici.

Questo tipo di criminalità è prodotto dalle qualità biochimiche e psicofarmacologiche delle droghe, che non sembrano, tuttavia, agire direttamente sull'aggressività, ma attraverso un doppio meccanismo: slantizzando le cariche aggressive presenti ed inconse, da una parte; alterando la critica e diminuendo le capacità di controllo, dall'altra. Secondo autorevole dottrina¹¹⁹, le modificazioni psichiche legate all'effetto acuto delle droghe solo raramente pongono in uno stato di alterazione facilitante gesti incosulti, azioni incontrollate o atti violenti; i crimini commessi per l'effetto diretto di droga sono, perciò, statisticamente poco rilevanti. In definitiva, appare più logico pensare alle sostanze d'abuso come fattori scatenanti, più che come causa diretta del delitto, essendo la loro assunzione determinata da motivazioni, quali la ricerca di piacere o di relax e la necessità di dimenticare problemi che evidenziano l'esistenza di conflitti e disagi interiori preesistenti.

Esiste, poi, una criminalità indiretta, indotta dalla necessità di procurarsi il denaro necessario per l'acquisto di droga. Moltissimi reati sono infatti compiuti, soprattutto dagli eroinomani, per la necessità di procurarsi giornalmente quantità ingenti di denaro necessarie per l'acquisto di stupefacenti.

Le remore sociali cadono facilmente sotto l'imperioso bisogno di droga e il tossicomane si trasforma rapidamente in un delinquente abituale: furti ed estorsioni verso i familiari,

¹¹⁸ Carrieri Francesco, *Criminologia difesa sociale e psichiatria forense*, Adriatica editrice, 2000, pagg. 160 e ss.

¹¹⁹ Così Ponti Gianluigi, *Compendio di criminologia*, IV edizione, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999, pag. 350.

furti, scippi, aggressioni, rapine, prostituzioni divengono mezzi abituali per procacciarsi il denaro.

Ed inevitabilmente, in questa condizione di debolezza, il tossicodipendente viene spinto ad entrare nel traffico della droga, assumendo la doppia veste di consumatore-spacciatore. In questo modo, si realizza, perlopiù, il contatto tra il tossicomane e la criminalità organizzata.

Infine, ulteriore aspetto della relazione droga-criminalità è quello attinente alla criminalità d'ambiente. Vi sono, cioè, certi ambienti sociali, certe aree urbane, certi gruppi, dove il consumo di droga è particolarmente intenso e dove confluiscano i tossicomani; e sono aree dove la criminalità abituale e convenzionale è uno degli aspetti strutturali tipici. E' da considerare che, tra i delinquenti comuni, l'uso di droghe è molto diffuso e che, in certe aree di delinquenza comune, molti delinquenti abituali divengono tossicomani; questa condizione può chiamarsi *tossicomania dei delinquenti*.

Da ultimo, occorre sottolineare che le sostanze stupefacenti rilevano come fattori non solo criminogeni, ma anche vittimogeni; infatti, gli assuntori diverrebbero più vulnerabili o più facilmente soggetti a subire quella stessa violenza che a volte esercitano, mettendo in atto anche comportamenti provocatori

2. Iter legislativo italiano della disciplina sulle sostanze stupefacenti¹²⁰

La vigente disciplina sanzionatoria degli stupefacenti è contenuta nel D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, sul cui tessuto normativo hanno profondamente inciso le modifiche intervenute a seguito del referendum abrogativo del 18-19 aprile 1993¹²¹.

Per chiarire l'effettiva valenza e soprattutto i principi ispiratori delle disposizioni del '90, occorre sinteticamente richiamare il percorso normativo che ha portato al testo del '90 e suddivisibile in cinque fasi.

¹²⁰ Per un maggior approfondimento, vd. V. Pellegrino, *op. cit.*, Del Bucchia editore, 2009, pagg. 285 e ss.

¹²¹ Amato Giovanni, *Teoria e pratica degli stupefacenti*, Laurus Robuffo, 2000, pagg. 35 e ss.

La prima fase, che ha preceduto la riforma del 1975, era caratterizzata da forte repressione. Le norme allora vigenti punivano non solo lo spaccio di droga, ma anche il consumo e la detenzione finalizzata al consumo. Prevaleva la linea della penalizzazione e della repressione del consumo a discapito dell'approccio terapeutico e sociale¹²².

Con la seconda fase, apertasi con la legge 685/75, lo Stato ha assunto, invece, un approccio agnostico verso l'assunzione delle droghe, che considerava una scelta personale non censurabile neppure in via amministrativa purchè restasse al di sotto della "modica quantità".

Il vero tratto caratterizzante della legge n. 685 è da ricercare nella mutata considerazione dello status di tossicodipendenza, per la prima volta intesa come malattia, e dell'assuntore di stupefacenti, non più visto come un vizioso da stigmatizzare con la sanzione penale, ma considerato come un soggetto bisognoso di aiuto da parte della collettività e dello Stato e, nei casi più gravi, come un malato da curare per favorire la sua liberazione dalla dipendenza e il reinserimento nella vita sociale¹²³.

Ma alla base della legge n. 685 sta un'intuizione importante: alla collettività e allo Stato spetta di mobilitare tutti i mezzi possibili per indirizzare i cittadini e per aiutare i singoli già coinvolti nella droga ad autodeterminarsi in senso positivo; più che la scelta tradizionale tra punire e liberalizzare, si predilige un'opzione per l'autodeterminazione, per l'autonomia individuale, concepita non come un astratto presupposto di responsabilità o di libertà, ma come un risultato in situazioni particolarmente difficili che il soggetto può raggiungere grazie all'attivo intervento e sostegno della collettività e dello Stato.

Le norme cardine della vecchia disciplina erano sostanzialmente tre¹²⁴.

¹²² Vd. La legislazione italiana in www.illicitdrugmarket.net, 12.03.2009.

¹²³ Sul punto, vd. *Fonti normative vigenti in materia di stupefacenti con particolare riferimento al contrasto al narcotraffico. La legge 22 dicembre 1975, n.685*, in www.antidroga.eu, 13.03.2009.

¹²⁴ Brunetti Carlo, Ziccone Marcello, *Manuale di diritto penitenziario*, La Tribuna, 2004, pag. 472.

In primo luogo, l'art. 80 che prevedeva, non solo la causa di non punibilità per l'uso terapeutico di sostanze stupefacenti purché la quantità delle stesse non avesse superato in modo apprezzabile le necessità della cura in relazione alle particolari condizioni del soggetto, ma anche la causa di non punibilità per l'uso strettamente personale di modiche quantità di sostanze stupefacenti.

Ancora, l'art. 72 che puniva tutte le condotte, diverse da quelle scriminate dall'art. 80, aventi per oggetto modiche quantità di sostanze stupefacenti non destinate all'uso personale (detenzione, acquisto, vendita, cessione, etc.).

L'art. 71, infine, che puniva le condotte, non ricomprese negli artt. 72 e 80, aventi per oggetto quantità non modiche di sostanze stupefacenti.

Quindi, per riassumere, principi cardine della legge del 1975 erano¹²⁵: la non punibilità dell'uso personale di modiche quantità di sostanze stupefacenti; l'introduzione della nozione di "quantità modica", quale parametro quantitativo essenziale per discriminare tra le diverse condotte ai fini della non punibilità e del trattamento sanzionatorio, con conseguente attribuzione all'autorità giudiziaria di una notevole discrezionalità in ordine alla concreta determinazione della relativa nozione; la punibilità delle condotte comunque destinate all'uso di terzi.

La disciplina del 1975 non ha raggiunto i suoi scopi per una serie di concomitanti ragioni¹²⁶:

- la carenza e l'insufficienza delle strutture pubbliche chiamate a garantire il recupero del tossicodipendente;
- la scarsa entità del sostegno alle comunità di recupero;
- la dilatazione del concetto di «modica quantità» e
- l'assenza di una chiara presa di posizione dello Stato nei confronti dell'uso di droga, prima ancora che della detenzione e del consumo.

¹²⁵ Sul punto, vd. *op. cit.* in www.antidroga.eu.

¹²⁶ Sul punto, vd *op. cit.* in www.illicitdrugmarket.net.

La legge 162/1990, meglio nota come “Jervolino – Vassalli”, ha avviato la terza tappa che, ribaltando la logica precedente, ha visto con sfavore anche l’assunzione di stupefacenti, sanzionandola amministrativamente – come pure la detenzione – se inferiore alla “dose media giornaliera”, penalmente se superiore.

Il legislatore del 1990, quindi, avendo ritenuto non opportuno mantenere il regime di non punibilità, sancì esplicitamente il diverso principio del divieto dell’uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope e di qualsiasi impiego non autorizzato delle stesse (art. 72, D.P.R. n. 309/90), modulando, peraltro, la risposta sanzionatoria in relazione a due profili della condotta illecita variamente combinati tra loro: la finalità e il quantitativo di sostanza stupefacente¹²⁷.

Con il D.p.r. del 1990, l’uso non voluttuario delle sostanze ad azione stupefacente viene, inoltre, sottoposto a più rigorosi controlli, attraverso la determinazione (art.78) di: procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l’abitudine dell’uso di sostanze stupefacenti o psicotrope; metodiche atte a quantificare l’assunzione abituale nelle 24 ore; limiti quantitativi di principio attivo per le dosi medie giornaliere, con le modalità indicate dal Decreto del Ministro della sanità del 12 luglio 1990, n. 186¹²⁸.

La quarta tappa, perdurata sino all’odierno intervento legislativo, si è aperta all’indomani dell’approvazione del referendum del 1993, abrogativo di tutte quelle parti della legge “Jervolino – Vassalli” facenti divieto di uso personale (non terapeutico) delle sostanze stupefacenti.

A seguito, infatti, del risultato del referendum è derivato un sostanziale cambiamento nella disciplina repressiva degli stupefacenti. Le abrogazioni più significative hanno riguardato, innanzitutto, l’esclusione del divieto dell’uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope, effettuata tramite l’abrogazione dell’art. 72, 1° comma; altra rilevante modifica è stata apportata all’art. 75, riguardo alla detenzione di stupefacenti

¹²⁷ Brunetti Carlo, Ziccone Marcello, *op. cit.*, La Tribuna, 2004, pag. 472.

¹²⁸ Vd. Cicognani Alberto, *Legislazione in tema di stupefacenti*, in *Medicina Legale*, a cura di Fallani Maurizio, società Editrice Esculapio, 2002, pag. 329.

per uso personale che resta perseguibile solo sul piano amministrativo, senza limitazioni di quantità e tipo, essendo stato abolito il concetto di dose media giornaliera, quale elemento distintivo tra sanzione amministrativa e sanzione penale¹²⁹.

Il sistema risultante dall'esito del referendum si basa sui seguenti principi¹³⁰:

- quello del divieto penalmente sanzionato di qualsivoglia attività concernente gli stupefacenti non volta all'uso personale, ma alla destinazione delle sostanze a terzi;
- quello dell'abrogazione del divieto dell'uso personale non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope, già contenuto nell'art. 72 del D.P.R. n. 309/90;
- quello del divieto amministrativamente sanzionato delle attività di importazione, di acquisto e comunque di detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope destinate all'uso esclusivamente personale.

Con l'entrata in vigore della legge 49/2006, avvenuta il 28 febbraio del 2006 e meglio nota come legge "Fini-Giovanardi", giungiamo alla quinta fase che, salvo qualche aspetto nuovo, si pone in un'ottica di sostanziale ripristino dell'assetto legislativo ante – referendum.

3. Le nuove tabelle delle sostanze stupefacenti¹³¹

“Fissati i limiti soglia massimi delle sostanze stupefacenti che costituiscono il discrimine fra l'uso personale e lo spaccio”: è quanto previsto dal decreto 11 aprile 2006 del Ministero della Salute che contiene le nuove tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope, elaborate dalla commissione tecnica all'uopo istituita¹³².

Fino alla nuova normativa, le sostanze soggette a controllo erano state ripartite in sei tabelle, approvate con il d.m. 23 agosto 1977 e, successivamente, più volte, modificate

¹²⁹ Cfr. Zampi Massimiliano, *Le strutture preposte all'accertamento del fenomeno droga*, Giuffrè editore, 2006, pag. 15.

¹³⁰ Brunetti Carlo, Ziccone Marcello, *op. cit.*, La Tribuna, 2004, pag. 473.

¹³¹ Per un maggior approfondimento, vd. V. Pellegrino, *op. cit.*, Del Bucchia editore, 2009, pagg. 285 e ss.

¹³² Vd. *Stupefacenti: la tabella dei limiti quantitativi massimi previsti dalla nuova legge. Decreto Ministero Sanità 11.04.2006*, in www.altalex.it, 1303.2009.

ed integrate (artt. 13 e 14 del testo unico in materia di stupefacenti). Più specificatamente, vigeva la classificazione che segue¹³³:

Nelle tabelle I e III, erano ricomprese le droghe pesanti, cioè quelle in grado di produrre effetti sul sistema nervoso centrale e di determinare dipendenza fisica o psichica nell'assunzione; tra queste, l'oppio e i suoi derivati, le foglie di coca e i suoi alcaloidi, le amfetamine ad azione eccitante sul sistema nervoso (ecstasy o MDMA), il tetraidrocannabinolo (che è il principio attivo dell'hashish) e i suoi analoghi, i barbiturici ad alto effetto ipnotico e sedativo.

Nelle tabelle II e IV, erano elencate le droghe leggere, per le quali i pericoli di induzione di dipendenza fisica e psichica sono di intensità e gravità minori di quelli prodotti dalle sostanze elencate nelle tabelle I e III; tra queste, la cannabis e i suoi derivati (hashish e marijuana) e i prodotti di corrente impiego terapeutico che, presentando nella loro composizione talune delle sostanze indicate nelle tabelle I e III, potevano presentare problemi di dipendenza.

Nelle tabelle V e VI, infine, erano inseriti dei prodotti usati con finalità terapeutica, i quali potevano dare luogo al pericolo di abuso, alla possibilità di dipendenza e che, comunque, era opportuno sottoporre a controllo da parte dell'autorità; tra questi, gli ansiolitici, gli antidepressivi e gli psicostimolanti.

Con la riforma in esame, scompare la differenziazione tra droghe pesanti e droghe leggere, le quali, quindi, sono parificate sotto il profilo sanzionatorio. Tutte le sostanze vietate, che non trovano nessun impiego terapeutico e che non possono essere prescritte, sono ricomprese in un'unica tabella: tabella I, nella quale sono collocati, quindi, l'oppio, le foglie di coca, la cannabis e le amfetamine.

In un'altra tabella, tabella II, suddivisa in cinque differenti sezioni, numerate dalla A alla E, sono, invece, inseriti i medicinali regolarmente registrati in Italia, contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope e che, come tali, pur avendo proprietà curative, possono

¹³³ Vd. Amato Giuseppe, *Parificate le sostanze "leggere" e "pesanti"*, in Guida al diritto, 25 marzo 2006, n.12, pag. 73 e ss.

diventare oggetto di abuso. Tra questi, in particolare, sono ricompresi i medicinali impiegati nella c.d. “terapia del dolore” (allegato III *bis* del d.p.r. n. 309 del 1990) ed altre sostanze che spesso sono impiegate come sostanze di abuso, potendo indurre una dipendenza fisica e psichica sostanzialmente paragonabile a quella delle sostanze vietate, di cui alla I tabella. Per questi medicinali, è prevista una sostanziale assimilazione alle sostanze vietate di cui alla tabella I, nel senso dell’assoggettabilità a sanzione penale, anziché ad una mera sanzione amministrativa, anche della mera condotta di detenzione in assenza della prescrizione medica o in caso di quantitativo superiore a quello prescritto (art. 73, comma 1 *bis*, lettera b del d.p.r. n. 309 del 1990).

L’assimilazione tra droghe leggere e droghe pesanti è stata motivata, nella relazione di accompagnamento al progetto di legge governativo, dall’esigenza di aderire alle più recenti ed accreditate conclusioni della scienza tossicologica, secondo cui il principio attivo presente in alcune sostanze stupefacenti è maggiore che in passato; ciò è stato apprezzato soprattutto con riguardo alla cannabis, rispetto alla quale normalmente, a motivo di diversificate modalità di coltivazione, il principio attivo è passato dallo 0,5/1,5 %, che caratterizzava i derivati della cannabis negli anni 70/80, a valori attuali pari al 20/25%, con punte anche superiori¹³⁴.

Per compensare l’oggettivo aggravamento del trattamento che ne deriva per le ex droghe leggere, nell’ottica della valutazione dell’equilibrio sanzionatorio complessivo, si presenta la scelta “compensativa” di ridurre i minimi edittali dell’originaria formulazione dell’art. 73, 1° comma, tale da consentire al giudice la facoltà di applicare la sanzione in modo adeguato, e ciò con attenzione anche alla natura della sostanza oggetto della condotta incriminata.

Nella medesima prospettiva, a compensare la scelta di rigore della parificazione tra le sostanze, si è intervenuti sulla circostanza attenuante del fatto di lieve entità,

¹³⁴ Corte di Cassazione, Sezione IV Penale, Sentenza 21 maggio 2008 (dep. 5 giugno 2008), n. 22643, in www.penale.it, data di accesso 13.03.2009.

introducendo la possibilità di applicare, anziché le pene detentive, quella pecuniaria e quella del lavoro di pubblica utilità.

A ciò si deve aggiungere un'ulteriore considerazione che riguarda il trattamento sanzionatorio da applicare a chi venga trovato in possesso di sostanze stupefacenti di tipo e natura diversa. Finora, poiché le fattispecie di cui agli originari commi 1 e 4 dell'art. 73, dedicati rispettivamente alle droghe pesanti e a quelle leggere, configuravano due distinte figure di reato, chi veniva trovato in possesso di droghe pesanti e di leggere rispondeva di due diversi reati, uniti sotto il vincolo della continuazione: con la pena prevista per la più grave fattispecie di cui al 1° comma, aumentata fino al triplo per la violazione anche del 4° comma.

La modifica determina ora che una condotta di tal genere, sparita la distinzione sanzionatoria basata sul tipo di sostanza, integra un solo reato, dovendosi tenere conto della quantità complessiva delle sostanze detenute solo ai fini del computo dosimetrico della pena; ora, a parità di condizioni, il trattamento sanzionatorio può risultare più attenuato, proprio perché non trova più applicazione l'istituto della continuazione che, pur ispirato al *favor rei*, finisce sempre con il determinare, in ragione della pluralità dei reati in contestazione, un aumento della pena base prevista per quello più grave.

Per cui, in estrema sintesi, la parificazione delle sostanze stupefacenti ha determinato sia la scomparsa di due fattispecie di reato differenti, originariamente previste a seconda che la condotta incriminata avesse ad oggetto rispettivamente droghe leggere o droghe pesanti (art. 73 t.u.), sia l'eliminazione di qualsiasi differenziazione di trattamento (durata delle sanzioni, applicabilità del formale invito a non fare più uso di sostanze stupefacenti), basato, appunto, sulla diversa qualità delle sostanze detenute dal trasgressore (art. 75 t.u.).

Infine, quindi, si deve sottolineare come la nuova normativa, seppur, da un lato, ha determinato la scomparsa della distinzione del trattamento sanzionatorio tra droghe leggere e droghe pesanti, dall'altro, ha previsto un trattamento sanzionatorio

diversificato a seconda che le condotte riguardino le sostanze vietate ricomprese nella tabella I, ovvero alcuni dei medicinali d'abuso previsti nella tabella II.

4. Le principali modifiche al sistema sanzionatorio penale¹³⁵

Per discriminare tra fatti di mero rilievo amministrativo e fatti di rilievo penale, sono stati introdotti parametri di riferimento, variamente combinati tra loro, correlati alla destinazione della sostanza, al quantitativo della stessa e alle modalità complessive della condotta. Ciò con l'evidente scopo di evitare quelle incertezze operative determinate dal sistema finora vigente, che ha funzionato attraverso il conferimento di un margine discrezionale di valutazione notevolmente ampio quando il fatto "attenzionato" non fosse stato caratterizzato oggettivamente dalla destinazione della sostanza a terzi accertata nella flagranza¹³⁶.

Per quanto attiene l'ambito penale, la rubrica dell'art. 73 del t.u., che recitava "produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope", è stata sostituita dalla dizione "produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope", modifica volta ad inserire, quindi, la condotta di detenzione nell'alveo dell'illecito penale.

Ma la novità di maggior rilievo è data dall'inserimento del 1° comma *bis*. Il nuovo articolo 73 distingue, infatti, la condotta di chi, sfornito dell'autorizzazione di cui all'art. 17, coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede, distribuisce, commercia, trasporta, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo sostanze stupefacenti o psicotrope (1° comma), da quella di chi importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque illecitamente detiene le medesime sostanze (comma 1 *bis*); per entrambe le disposizioni, è prevista la pena della reclusione da 6 a 20 anni, oltre a quella della multa da €26.000 a €260.000.

¹³⁵ Per un maggior approfondimento, vd. V. Pellegrino, *op. cit.*, Del Bucchia editore, 2009, pagg. 285 e ss.

¹³⁶ Vd. Amato Giuseppe, *Più certezze nel colpire la cessione a terzi*, in Guida al diritto, 25.03.2006, n.12, pag. 75.

In buona sostanza, il legislatore ha ritenuto che solo i comportamenti descritti al comma 1 *bis* possano assumere rilevanza penale, determinando la punibilità del soggetto, solo se riguardano sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope che risultano, nel caso concreto, in quantità superiore a quella consentita dalla legge, ovvero, che, “per modalità di presentazione, con riguardo al peso lordo complessivo, al confezionamento frazionato o ad altre circostanze dell’azione”, appaiono destinate ai terzi o comunque ad un uso non esclusivamente individuale.

Tra i parametri di valutazione, quello più qualificante e significativo, come si è già evidenziato, è quello quantitativo. Base di partenza della determinazione dei limiti massimi di principio attivo (ossia, della “quantità massima detenibile”: Q.M.D.) di cui alla lettera a) del comma 1 *bis* dell’art. 73, superati i quali si configura la presunzione della sussistenza dell’uso non esclusivamente personale della droga, è rappresentata dall’unico dato certo, dal punto di vista scientifico, che la Commissione di studio all’uopo istituita presso il ministero della salute è stata in grado di fornire: quello della “dose media singola” (D.M.S.), intesa come “la quantità di principio attivo per singola soluzione idonea a produrre in un soggetto tollerante dipendente un effetto stupefacente e psicotropo”¹³⁷.

Per arrivare alla determinazione dei limiti massimi di principio attivo detenibile non ci si è fermati alla considerazione del *quantum* della “dose media singola”. Infatti, il dato quantitativo della dose media singola è stato, poi, convenzionalmente moltiplicato avendo riguardo ad un “moltiplicatore variabile”, calibrato in relazione alle caratteristiche di ciascuna sostanza, con particolare riferimento al potere di indurre alterazioni comportamentali e scadimento delle capacità psicomotorie. A tale riguardo, va sottolineato che il moltiplicatore variabile introdotto con il decreto ministeriale che ha provveduto a determinare il quantitativo massimo detenibile ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 73, 1° comma, lettera a, del d.p.r. n. 309 del 1990, è stato opportunamente diversificato a seconda del tipo di sostanza stupefacente; in particolare, per le ex droghe

¹³⁷ Vd, Amato Giuseppe, *Parametri di fonte amministrativa contro le metamorfosi del mercato*, in Guida al diritto, in Guida al diritto, 13 maggio 2006, n. 19, pag.26.

leggere è stato calcolato in termini decisamente più ampi, in considerazione dell'evidentemente riconosciuta minore pericolosità di tali sostanze, rispetto a quanto è stato previsto per gli stimolanti, i narcotici e gli allucinogeni¹³⁸.

Per quanto attiene ai criteri sussidiari, sotto la dizione “modalità di presentazione”, si ricomprende il peso lordo complessivo dello stupefacente e il confezionamento frazionato della sostanza (art.73, 1° comma *bis*).

Per quanto attiene al primo, si può serenamente affermare che si tratta di una duplicazione del criterio quantitativo, posto che è evidente che, se il parametro precettivo della norma è dato da un limite quantitativo di natura oggettiva, ogni forma o manifestazione di superamento di tale limite integra il reato. Sicchè individuare nel peso lordo complessivo della sostanza un parametro efficace ai fini penali pare non solo tautologico rispetto alla previsione della prima parte della lettera a), ogni qualvolta il compendio ecceda i previsti limiti massimi, ma anche opzione affetta da evidente genericità.

Per quanto concerne il canone del frazionamento delle confezioni, è palese che si tratti di una situazione che classicamente attesta la destinazione dello stupefacente a fini diversi da quello personale.

Quanto alle “altre circostanze dell'azione”, nella relativa nozione rientrano tutte le circostanze “oggettive”, diverse da quelle espressamente codificate (quantitativo di principio attivo, peso lordo, frazionamento della sostanza), idonee a supportare logicamente la destinazione della sostanza ad un uso non esclusivamente personale; per esempio, rientrano in questa nozione, le modalità di custodia della droga, le modalità spazio-temporali in cui è stato eseguito il sequestro della medesima, il ritrovamento di sostanze stupefacenti di diversa natura, il ritrovamento di notevoli quantitativi di sostanza da taglio¹³⁹.

¹³⁸ Amato Giuseppe, *op. cit.*, 13 maggio 2006, n. 19, pag. 27.

¹³⁹ Vd Amato Giuseppe, *Soglie presuntive per individuare l'illecito*, in Guida al diritto 25 marzo 2006, n 12, pag. 83.

Infine, occorre sottolineare che, per compensare l'oggettivo aggravamento del trattamento che deriva per le ex droghe leggere, si è intervenuti sulla circostanza attenuante del fatto di lieve entità.

Infatti, in base all'art. 73, 5° comma, d.p.r. 309/90, "quando, per i mezzi, per la modalità o le circostanze dell'azione ovvero per la qualità e quantità delle sostanze, i fatti previsti dal presente articolo sono di lieve entità, si applicano le pene della reclusione da uno a sei anni e della multa da euro 3.000 a euro 26.000".

Inoltre, nell'ottica di recupero del soggetto tossicodipendente, è stata introdotta la possibilità di applicare l'istituto del lavoro di pubblica utilità. Infatti, il nuovo comma 5 *bis* dell'art. 73 T.U. STUP., prevede che il giudice, nell'ipotesi in cui ritenga sussistente il fatto di lieve entità, limitatamente ai reati di cui all'art. 73, possa applicare, anziché la pena detentiva e pecuniaria, quella del lavoro di pubblica utilità prevista dall'art. 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274.

Si è in presenza, chiaramente, di una disposizione volta al recupero del trasgressore tossicodipendente o anche solo assuntore di sostanze stupefacenti, giacché è volta ad evitare a questi l'ingresso nel circuito carcerario. Sotto questo profilo, compensa, nell'economia complessiva della legge, l'indubbio aggravamento derivato dall'assimilazione, nel trattamento sanzionatorio, delle ex droghe leggere alle ex droghe pesanti. Va anzi notato, per apprezzare l'ampiezza del beneficio, che questo può essere concesso anche a chi non sia tossicodipendente, ma semplice assuntore: è la prima ipotesi normativa in cui tale qualità soggettiva assume rilievo ai fini del funzionamento della disciplina in commento¹⁴⁰.

¹⁴⁰ Vd. Amato Giuseppe, *Lavoro al posto del carcere per il fatto lieve*, in Guida al Diritto, 25 marzo 2006, n. 12, pag. 84.

5. Differenziazione e circuiti penitenziari.

Per quanto concerne l'ambito penitenziario, nel corso del tempo, sono state fornite particolari indicazioni dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria relativamente ai detenuti tossicodipendenti per consentire il loro recupero in luoghi idonei, evitando così la promiscuità divenuta veicolo di diffusione della droga e delle malattie.

La separazione dei detenuti tossicodipendenti dagli altri detenuti appare giusta ed utile perché, da una parte, elimina o riduce il pericolo di una diffusione dell'uso della droga e, dall'altra, sottrae i tossicodipendenti, soggetti più fragili psichicamente e soprattutto psicologicamente, al pericolo di prepotenze, sopraffazioni, ricatti, violenze di ogni genere da parte degli altri detenuti, specialmente quelli più pericolosi. La separazione dei tossicodipendenti dagli altri consente, infatti, di fare prevalere nei loro confronti le esigenze della solidarietà sociale su quella, pur importante, della sicurezza.

A norma dell'art. 95 del testo unico in materia di stupefacenti del 9 ottobre 1990, n. 309, "la pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e riabilitativi."; ancora, l'art. 96 dello stesso t.u. stabilisce che colui il quale si trova in custodia cautelare o in espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza, o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, o che, comunque, abbia problemi di tossicodipendenza, ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione. Lo stesso art. 96 dispone, poi, che il ministro della giustizia organizza con proprio decreto, su basi territoriali, reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali e con i centri ausiliari previsti dall'art. 115 t.u. n. 309/90.

In esecuzione di tali disposizioni, l'Amministrazione Penitenziaria ha istituito per i detenuti tossicodipendenti due diversi tipi di strutture¹⁴¹:

- 1) “strutture di primo livello”, ovvero interi istituti penitenziari o sezioni di istituti, dove vengono offerti ai detenuti tossicodipendenti in genere tutti i servizi di base con riferimento alla loro condizione e per la loro eventuale adesione a specifici programmi riabilitativi (in tali strutture si viene assegnati anche senza il consenso degli interessati);
- 2) “strutture di secondo livello” – o circuito penitenziario c.d. di custodia attenuata – per i detenuti tossicodipendenti che sono, o che nel corso del trattamento diventano, più suscettibili e più motivati rispetto ad un'opera di riabilitazione e recupero sociale (l'assegnazione a tali strutture è subordinata al consenso e, normalmente, all'istanza degli interessati); questo secondo circuito comprende le Case Mandamentali e altre strutture appositamente individuate e particolarmente idonee.

Le strutture (sezioni) per tossicodipendenti devono essere completamente separate dalle sezioni destinate agli altri detenuti; i locali per le attività in comune, come i laboratori, le aule scolastiche, sale colloqui, cortili di passeggio, e quelle per i servizi, come la cucina e l'ambulatorio devono essere completamente indipendenti ed autonomi.

Inoltre, devono essere evitati, per motivi di opportunità, incontri con detenuti d'altri circuiti, ma in caso di necessità è possibile una deroga; in occasione di particolari ricorrenze o speciali manifestazioni, può essere autorizzata la presenza congiunta dei tossicodipendenti con gli altri detenuti dello stesso livello.

¹⁴¹ Circolare D.A.P., prot. n. 150346/4 -1-29, datata 22 maggio 1998.

5.1. Le strutture di primo livello.

Il dato qualificante delle strutture di primo livello è rappresentato dalla piena operatività in esse di attività di cura e riabilitazione dalla dipendenza.

Preliminare alla definizione dei programmi socio sanitari e riabilitativi da riservare ai detenuti con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope è l'individuazione del soggetto tossicodipendente.

Nel corso dei colloqui e degli interventi, effettuati ordinariamente per tutti i detenuti all'atto dell'ingresso in un istituto penitenziario dalla libertà, è rilevata l'eventuale condizione di tossicodipendenza.

L'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su:

- a. riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche e/o private;
- b. segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa;
- c. sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanza stupefacente o psicotropa;
- d. sindrome di astinenza in atto;
- e. presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metabolici nei liquidi biologici e/o nei tessuti.

L'accertamento è affidato al medico e, in particolare, per i nuovi giunti dalla libertà, al medico che effettua la visita di primo ingresso.

Il soggetto rilevato tossicodipendente è immediatamente smistato alla struttura all'uopo predisposta con la segnalazione degli interventi di urgenza e delle cautele da realizzare per fronteggiare la situazione attuale. Sono effettuati gli interventi eventualmente indicati come urgenti dal presidio, compreso l'inizio di un processo di disintossicazione o di mantenimento del trattamento farmacologico eventualmente già prescritto, in altre parole, il controllo delle reazioni di astinenza che il soggetto stesso presentasse.

Il soggetto è preso in carico oltre che dall'area sanitaria anche dall'area educativa trattamentale.

E', inoltre, attivato il servizio specializzato nel trattamento delle tossicodipendenze S.E.R.T. operante nell'istituto per l'avvio degli interventi di competenza. I detenuti tossicodipendenti, infatti, hanno diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti penitenziari a scopo di riabilitazione. Le Aziende Sanitarie Locali, d'intesa con gli Istituti Penitenziari ed in collaborazione con i servizi sanitari interni dei medesimi istituti, provvedono alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti ed alcolisti. Tutti gli istituti hanno stipulato una convenzione con le A.S.L.. Per le prestazioni socio-sanitarie ai tossicodipendenti detenuti le A.S.L., tramite i S.E.R.T., assicurano l'espletamento delle attività assistenziali ai tossicodipendenti anche in carcere.

Il servizio per le tossicodipendenze, compiuti i necessari accertamenti e sentito l'interessato che può farsi assistere da un medico di fiducia, definisce il programma terapeutico e socio riabilitativo; stabilisce, inoltre, le terapie di disintossicazione ed i trattamenti psico-sociali e farmacologici e ne controlla l'attuazione.

E' fatta periodicamente una valutazione congiunta da parte degli operatori penitenziari e degli operatori dei servizi territoriali che intervengono nel programma, sull'andamento del programma stesso e sulla condizione individuale dei singoli detenuti, anche al fine di segnalare i soggetti, la cui motivazione al trattamento risultasse esistente ed autentica, per il passaggio alle strutture di secondo livello¹⁴².

¹⁴² Vd. Patete D., *Manuale di diritto penitenziario*, edizioni Laruff Robuffo, 2001, pagg. 200-201.

5.2. Le strutture di secondo livello o circuito penitenziario c.d. di custodia attenuata (C.A.)

Dalla fine degli anni ottanta, a causa della sempre più consistente presenza negli istituti penitenziari di soggetti giovani tossicodipendenti, l'Amministrazione penitenziaria comincia a ipotizzare un particolare circuito di detenzione da attuare in strutture alternative definite a "custodia attenuata".

In uno di questi progetti, elaborato nel 1989, si fissano i criteri dell'istituto a custodia attenuata dove, rispetto alla sicurezza, viene privilegiato l'aspetto trattamentale-terapeutico ed un'esecuzione della pena finalizzata al recupero della tossicodipendenza e al reinserimento nell'ambiente esterno¹⁴³.

I principi della custodia attenuata vengono recepiti dal legislatore che, all'art. 95 del t.u. n. 309 del 1990, afferma che la pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi.

Il modello di istituto a custodia attenuata, considerato come momento di passaggio tra la detenzione e la fase del reinserimento esterno, capace di fornire già durante l'esecuzione penale un iniziale trattamento psico-socio-riabilitativo dei soggetti interessati, e di gettare le basi per un valido proseguimento del lavoro con gli enti pubblici o privati competenti, deve far sì che il soggetto non "peggiori", offrendo un luogo detentivo dove egli non possa subire influenze negative e dove si vada verso il superamento di stili di vita e di comportamenti tipici degli ambienti devianti; cercando di avviare un progetto di recupero della potenzialità di ciascun utente, attraverso strumenti di riflessione idonei a stimolare il cambiamento, nonché a riattivare un rapporto costante e costruttivo tra il soggetto e l'ambiente esterno.

Di solito, la custodia attenuata si realizza in singoli istituti appositamente predisposti, o in singole e autonome sezioni di normali istituti penitenziari, a condizione che vengano

¹⁴³ Cfr. Corso P., *Manuale dell'esecuzione penitenziaria*, Monduzzi editore, 2003, pag. 318.



attivate determinate procedure per l'ammissione dei soggetti e vengano mantenuti completamente separati tanto gli utenti quanto i regimi e i criteri di organizzazione della vita interna, e dove trovino posto cinquanta o sessanta unità e, comunque, non più di cento.

Anche il personale addetto al circuito della custodia attenuata deve essere separato da quello del circuito ordinario, poiché deve pervenire ad una competenza di intervento specifica.

Negli istituti a custodia attenuata gli spazi destinati allo svolgimento delle attività terapeutico-trattamentali saranno distinti da quelli relativi all'organizzazione della vita quotidiana; questi ultimi dovranno avere, per quanto possibile, aspetti di normalità che richiamino il "fuori", la vita sociale ordinaria, eliminando il senso della diversità e della non appartenenza.

I soggetti ammessi negli istituti a custodia controllata devono avere avuto, nel loro recente passato, problematiche e storie di tossicodipendenza o di alcooldipendenza e devono essere entrati nel circuito penale in relazione al loro stato.

Il percorso socio-riabilitativo deve essere scelto dal soggetto, che chiede di essere ammesso nell'istituto a custodia attenuata attraverso un'istanza con la quale si dichiara disponibile e motivato ad effettuare un'attività terapeutica trattamentale, impegnandosi ad osservare le regole della custodia attenuata stessa. In ogni momento, comunque, si può richiedere di interrompere il rapporto con la struttura e di rientrare nel circuito ordinario.

I soggetti da ammettere al regime di custodia attenuata devono avere un'età compresa fra i diciotto e i trentacinque anni; singole deroghe saranno valutate di volta in volta da un gruppo di osservazione, ma in ogni caso non si potrà superare il tetto dei trentotto anni. Questo al fine di evitare interventi su personalità ormai strutturate o comunque consolidate in senso delinquenziale e al fine di impedire il crearsi di posizioni di supremazia o di possibili plagi tra soggetti più forti e soggetti più deboli. Ancora, i

detenuti ammessi alla custodia attenuata devono risiedere nella regione dove si trova la struttura penitenziaria; il che facilita i contatti con i familiari e con tutti gli operatori sociali che dovranno occuparsi di loro dopo la dimissione dal carcere.

Si richiede che i detenuti da ammettere alla custodia attenuata non abbiano gravi deficit psico-fisici, tali da compromettere la più ampia partecipazione alle attività proposte. Tuttavia, le eventuali caratteropatie o sociopatie tipiche dei tossicodipendenti non costituiscono di per sé ostacoli per l'ammissione.

Al fine di poter favorire il più possibile il trattamento rispetto alle esigenze della sicurezza, i detenuti da ammettere alla custodia attenuata non devono presentare particolari problemi che possano comprometterne il mantenimento. Perciò il gruppo, composto dall'*équipe* di osservazione integrata (operatori penitenziari, operatori del servizio tossicodipendenze) e dal Magistrato di Sorveglianza, nell'esaminare l'istanza di ammissione, prende in considerazione il titolo del reato commesso e la pena da scontare anche come residuo, l'esito dell'osservazione, ove effettuata nel carcere di provenienza, la presenza di recidiva di reato, la presenza di segnalazioni significative.

Alla custodia attenuata non sono ammessi soggetti provenienti dallo stato di libertà.

Negli istituti a custodia attenuata particolare attenzione viene dedicata all'autoresponsabilizzazione dei detenuti che, all'interno delle zone previste per la quotidiana attività trattamentale e negli orari predisposti, dovranno potersi muovere senza essere accompagnati dal personale di polizia penitenziaria. L'incapacità di gestirsi responsabilmente verrà valutata e sanzionata e potrà portare all'allontanamento della struttura.

Gli orari quotidiani delle strutture a custodia attenuata consentono a tutti i detenuti il più ampio godimento degli spazi comuni con l'apertura delle celle non più tardi delle ore 8.00 e la chiusura non prima delle ore 21.00, mentre, per permettere a tutti di partecipare alle attività terapeutiche, scolastiche, culturali, ricreative e sportive, la giornata viene divisa in fasce orarie.



E' vietato il consumo di qualsiasi bevanda alcolica e sono previsti controlli a campione e a tappeto, senza preavviso, per prevenire l'eventuale uso di sostanze stupefacenti.

Nella custodia attenuata, particolare favore è accordato alla partecipazione della comunità esterna; pertanto, con l'autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza, a norma dell'art. 17 dell'ordinamento penitenziario, si consente l'accesso a tutti coloro che, appartenendo al volontariato organizzato e all'associazionismo, intendano collaborare per la concreta realizzazione del progetto psico-socio-riabilitativo predisposto per ciascun detenuto.

Il lavoro inframurario è obbligatorio per tutti e, perciò, le strutture a custodia attenuata distribuiscono gli incarichi e le mansioni di ciascun detenuto, operando in modo tale da non creare situazioni di soggetti più impegnati e di soggetti in condizione di inattività.

Il progetto rieducativo, poi, vuole che tutti i detenuti godano della medesima autonomia economica per non pesare sui familiari e per non dipendere dagli altri detenuti, e vedano distribuita la loro giornata tra ore dedicate al lavoro e ore dedicate alla formazione, all'attività fisica, all'attività terapeutica e a quella ricreativa. Inoltre, viene favorita la creazione di cooperative e attività produttive di tipo artigianale.

Infine, occorre menzionare che oggi il nuovo regolamento di esecuzione, all'art. 115, comma 3, parla di "istituti autonomi" o "sezioni di istituti" dove possono essere attuati regimi di custodia attenuata per detenuti o internati di non rilevante pericolosità per i quali risultano necessari interventi trattamentali particolarmente significativi.

Non pare, però, che questi regimi di custodia attenuata, giustificati solo dalla scarsa pericolosità dei soggetti, debbano riguardare anche i tossicodipendenti o alcooldipendenti dal momento che il comma 4 dello stesso art. 115 stabilisce che i detenuti ed internati che presentino problemi di tossicodipendenza o alcooldipendenza possono essere assegnati ad istituti autonomi o sezioni che assicurino un regime di trattamento intensificato.

6. La rilevanza dello stato di tossicodipendenza

Allo stato di tossicodipendenza del trasgressore l'ordinamento attribuisce una significativa rilevanza ai fini e per gli effetti dell'applicazione di taluni istituti di diritto sostanziale e/o processuale.

Basti pensare ad esempio alla disciplina di favore, perché ispirata al recupero del soggetto che risulti essere o essere stato tossicodipendente, prevista in materia di libertà personale e di esecuzione della pena detentiva (vd. articoli 90 e 94 del d.p.r. 309/90, in tema di sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e di affidamento in prova in casi particolari).

La condizione di tossicodipendenza, inoltre, è circostanza che può essere tenuta in conto dal giudice in sede di esercizio del potere e di determinazione della pena e di concessione di eventuali circostanze di reato; in proposito, ad esempio, con specifico riguardo all'apprezzamento sulla concedibilità delle circostanze attenuanti generiche (articolo 62 *bis* del c.p.), si è affermato che la condizione di tossicodipendenza non può essere considerata tale, di per sé, da comportare un giudizio valutativo di attivazione della gravità del fatto, rilevante cioè ai fini della concessione delle circostanze attenuanti generiche.

Al contrario, infatti, detta condizione trova radici in un comportamento volontario e consapevole che non può essere apprezzato positivamente, posto che l'uso o l'abuso di sostanze stupefacenti, pur non costituendo più reato, tuttavia integra una condotta in dispregio agli indirizzi segnati dalla legge che sanziona, seppure in via amministrativa, tale condotta, così colorandola di illegittimità¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Cassazione penale, sezione IV, 19 aprile 2001, Acacio ed altri.

La tossicodipendenza, dalla riforma del 2006, assume un rilievo ancora più significativo con riguardo alla possibile applicabilità dell'istituto della continuazione (articolo 81, 2° comma c.p.).

Infatti, sia pure espressamente solo per la fase dell'esecuzione della pena, attraverso un'opportuna modifica dell'articolo 671 c.p.p., si prevede che tra gli elementi che incidono sull'applicazione della disciplina del reato continuato è da ricomprendere anche la consumazione di più reati in relazione allo stato di tossicodipendenza.

E' da ritenere che la modifica, pur formalmente limitata alla fase dell'esecuzione della pena, riverbera i suoi effetti anche in sede di cognizione ai fini e per gli effetti dell'articolo 81, 2° comma c.p.

Evidentemente non può ritenersi sufficiente il mero dato temporale della commissione del reato durante il periodo nel quale il soggetto era tossicodipendente, ma è invece necessario un vero e proprio rapporto di causa-effetto tra la condizione soggettiva presa in considerazione dalla norma e la realizzazione della fattispecie criminosa. In altri termini, occorre che si tratti di reato la cui consumazione è stata "provocata", o direttamente o indirettamente, dalla condizione di tossicodipendenza dei responsabili. Per esempio, è tale il reato posto in essere dal tossicodipendente per procurarsi il denaro per l'acquisto della dose giornaliera.

Conclusione questa, a favore della quale milita la considerazione che il riconoscimento della continuazione non può fondarsi solo sulla generica contiguità temporale dei reati, o sull'apprezzamento della personalità del reo e neppure sull'accertata tendenza dello stesso a commettere reati anche della stessa specie o della stessa indole, occorrendo la positiva dimostrazione dell'unicità del disegno criminoso, ossia la dimostrazione che le singole violazioni siano state deliberate e volute, almeno a grandi linee, sin dal momento in cui l'agente ha dato inizio alla sua attività illecita. In questa prospettiva, pur in presenza del *novum* normativo occorre dimostrare, l'effettiva connessione tra i reati e lo stato di tossicodipendenza, non bastando certo la condizione soggettiva di

tossicodipendente per riconoscere come commessi in esecuzione del medesimo disegno criminoso tutti indistintamente i reati che questi sia venuto a commettere¹⁴⁵.

7. La libertà personale del tossicodipendente

¹⁴⁵ Cassazione penale, sezione I, sentenza 28 marzo 2006, n.12638: con ordinanza in data 12 luglio 2005 il giudice monocratico del Tribunale di Asti, quale giudice dell'esecuzione, investito dalla richiesta di M.C.G. di applicazione della disciplina del reato continuato in sede esecutiva, ai sensi dell'articolo 671 c.p.p., in relazione a sei sentenze di condanna per reati contro il patrimonio commessi fra il 1999 e il 2003, in ordine ai quali il condannato aveva dedotto l'aver agito in esecuzione di un medesimo disegno criminoso consistente nella necessità di reperimento di denaro per il suo stato di tossicodipendente, ha riconosciuto la continuazione limitatamente alle sentenze di condanna del g.u.p. di Asti del 9 novembre 2001 e del Tribunale di Alba del 18 marzo 2002 ed alle sentenze del g.u.p. di Asti del 7 maggio 2002 e della corte di appello di Torino del 18 febbraio 2004, trattandosi, in tali casi, di reati commessi a brevissima distanza temporale e con modalità esecutive analoghe ed omogenee, respingendo, invece, l'istanza per le altre sentenze di condanna. Ha ritenuto, infatti, trattarsi tali casi di attività delinquenziale protrattasi per un lungo lasso di tempo, con i significativi intervalli intercorsi fra la commissione dei vari reati e con il compimento di fattispecie di natura diversa commessi con modalità differenti, escludendo in particolare che si potesse individuare la unitarietà del disegno criminoso nello stato di tossicodipendenza del condannato. Ha proposto ricorso per Cassazione la difesa del M., lamentando violazioni di legge poiché l'attività delinquenziale appariva sostanzialmente ininterrotta mentre la unitarietà del disegno criminoso doveva essere individuata nella necessità da parte del condannato di reperire il denaro quale mezzo per soddisfare i suoi bisogni di tossicodipendente. Il giudice presso la Corte ha concluso per l'inammissibilità del ricorso rilevando che la serie di reati commessi dal condannato appariva frutto di una scelta di vita delinquenziale piuttosto il frutto di un unitario disegno criminoso. Il provvedimento impugnato, là dove ha escluso che lo stato di tossicodipendenza del condannato potesse avere rilievo ai fini della individuazione della unitarietà del disegno criminoso, in relazione all'applicazione dell'istituto del reato continuato invocato dal ricorrente in sede esecutiva, era in effetti del tutto in linea con una giurisprudenza da tempo consolidata della Corte di Cassazione, per cui la unitarietà del disegno criminoso, richiesto dall'articolo 81, comma 2 c.p., poteva essere ravvisata soltanto quando la decisione di commettere i vari reati fosse stata presa dall'agente in un momento precedente la consumazione del primo e fosse estesa a tutti gli altri, già programmati nelle loro linee generali, non potendo quindi rientrare nella previsione della norma in questione tutti quei fatti costituenti reato posti rispetto al primo in un rapporto di occasionalità, ovvero costituenti, con il primo, espressione di una abitudine o addirittura di un costume di vita, come è proprio dei tossicodipendenti i quali ricorrono abitualmente alle commissioni di reati per procurarsi i mezzi occorrenti per soddisfare i loro bisogni quotidiani di sostanze stupefacenti. Essendo sopravvenuta la modificazione dell'articolo 671, comma 1 c.p.p., per effetto dell'articolo 4 *vicies* della legge 49/2006, che ha convertito in legge con modificazioni il d.l. 272/05, ha aggiunto, infine, il seguente periodo: "Fra gli elementi che incidono sull'applicazione della disciplina del reato continuato vi è la consumazione di più reati in relazione allo stato di tossicodipendenza." Tale disposizione, a norma dell'articolo 1, comma 2, della legge di conversione citata, è entrata in vigore il giorno successivo alla pubblicazione della legge nella G.U. e cioè il 28 febbraio 2006, per cui si pone il problema che sia o meno applicabile al presente procedimento. Il collegio ritiene, in primo luogo, che lo *ius superveniens*, in quanto relativo allo specifico punto della decisione impugnata dal ricorrente, sia applicabile anche d'ufficio e che sia inoltre immediatamente applicabile non solo ai procedimenti successivi all'entrata in vigore della legge citata, ma anche procedimenti in corso, quale quello in esame, qualora le censure portate all'esame della Corte di legittimità attendano specificatamente alla incidenza dello stato di tossicodipendenza sulla disciplina del reato continuato. L'istituto della continuazione, infatti, è un istituto di diritto sostanziale, come tale rientrante nella disciplina dell'articolo 2 del c.p., per cui si applica la disposizione più favorevole al reo, costituita chiaramente da quella introdotta dalla modifica legislativa dell'articolo 671 c.p.p. che è diretta ad attenuare le conseguenze penali della condotta sanzionatoria nel caso di tossicodipendenti sotto tale particolare aspetto ed anche con riguardo ad alcune misure alternative alla detenzione specificamente previste in relazione a programmi diretti a consentire il recupero di tossicodipendenti anche condannati a pene medio-alte. Ciò posto, poiché la disposizione sopravvenuta prevede che fra gli elementi che incidono sull'applicazione del reato continuato vi è la consumazione di più reati in relazione allo stato di tossicodipendenza, è evidente che di tale Stato deve ora tenersi conto nella valutazione della sussistenza o meno dell'unitarietà del disegno criminoso.

Occorre rilevare in proposito che il legislatore non ha previsto che lo stato di tossicodipendenza sia di per sé elemento decisivo ai fini della valutazione della unitarietà del disegno criminoso bensì soltanto che tale stato deve essere valutato fra gli elementi che incidono sull'applicazione della suddetta disciplina, per cui il fatto che l'ordinanza impugnata abbia rifiutato correttamente, in base alla interpretazione consolidata della normativa vigente al momento in cui è stato adottato il provvedimento di prendere in esame tale circostanza impone l'annullamento del provvedimento impugnato, a norma dell'articolo 623 del c.p.p., con un rinvio allo stesso giudice il quale dovrà riesaminare l'istanza del condannato alla luce dello *ius superveniens*, come libertà di giudizio in ordine alla incidenza dello stato di tossicodipendenza sull'accertamento dell'unitarietà del disegno criminoso nell'ambito del complesso di tutti gli altri elementi che ha già esaminato e che la giurisprudenza ha individuato come sintomatici della sussistenza della continuazione.

Con la legge di riforma n. 49 del 2006, si è cercato di contemperare al meglio le esigenze di tutela della sicurezza pubblica, da una parte, e quelle della salute del soggetto tossicodipendente, dall'altra.

L'articolo 89 del d.p.r. 309/1990 prevede, in materia di misure cautelari personali, regole che derogano alla disciplina ordinaria, al fine di favorire, attraverso un trattamento diverso e più favorevole, il recupero e la riabilitazione dell'assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, in coerente applicazione dei principi di adeguatezza e di proporzionalità della misure cautelari, espressi dall'articolo 275 c.p.p.

Le novità, rispetto alla disciplina previgente, riguardano principalmente:

- l'introduzione dell'obbligo per il giudice di disporre la misura degli arresti domiciliari, al posto o in sostituzione di quella della custodia in carcere di cui ricorrano i presupposti, al fine di salvaguardare le esigenze cautelari ritenute sussistenti, pur nell'ambito di una normativa chiaramente volta a favorire il recupero e la riabilitazione; esigenze, queste ultime, non solo non incompatibili con la più gradata misura cautelare, ma anzi da tenere presente da parte del giudice nel momento dell'indicazione delle relative modalità esecutive, da calibrare in modo tale da rendere possibile l'attuazione del programma (art. 89, commi 1 e 2);
- l'introduzione dell'obbligo per il giudice di disporre la misura cautelare degli arresti domiciliari necessariamente presso la struttura "residenziale" di recupero o in presenza di "particolari" esigenze cautelari o qualora si proceda per un reato particolarmente grave (rapina aggravata ed estorsione aggravata); in tal modo riconoscendosi ancora più accentuato rilievo alle esigenze cautelari, senza, peraltro, contraddire la soddisfazione di quelle del recupero e della riabilitazione (art. 89, commi 1 e 2). Tali "particolari" esigenze cautelari non possono essere che quelle contemplate dalla norma generale dell'art. 274 c.p.p. e non possono essere desunte altro che dai parametri di riferimento indicati in detta norma (pericolo di inquinamento probatorio, pericolo di fuga, pericolo di recidiva).

- data la preminenza delle esigenze di tutela della collettività rispetto a quelle del recupero e della dissefuazione, l'introduzione della categoria dei (più gravi) reati per i quali non opera *tout court* il regime di favore, attraverso il rinvio all'elencazione contenuta nell'art. 4 *bis* dell'ordinamento penitenziario (trattasi, tra gli altri, dei delitti previsti dal d.p.r. 309/1990 agli articoli 73, limitatamente alle ipotesi aggravate ai sensi dell'art. 80, 2° comma, ossia, fatto riguardante ingenti quantità di sostanze stupefacenti e 74, ossia associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope; del delitto di associazione di tipo mafioso di cui all'art. 416 *bis* c.p.; e dei delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416 *bis* c.p., ovvero, al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo; dei delitti di omicidio volontario di cui all'art. 575 c.p., di violenza sessuale di cui all'art. 609 *bis* c.p., di sequestro di persona a scopo di estorsione di cui all'art. 630 c.p.) con una disciplina più attenuata per i reati, pur commessi in detta elencazione, di rapina aggravata e di estorsione aggravata, tenuto conto che trattasi di reati frequentemente commessi da tossicodipendenti (art. 89, 4° comma).

E' importante sottolineare che la disciplina di favore non trova parimenti applicazione quando, nella fattispecie concreta, pur non vertendosi in alcuna delle ipotesi di reato suddette, il giudice apprezzi la sussistenza di esigenze cautelari di "eccezionale rilevanza", che, quindi, impongano di assicurare alle medesime prevalenza rispetto a quelle del recupero (art. 89, 1° comma). Tali esigenze, come quelle "particolari" di cui *supra*, sono quelle contemplate dall'art. 274 c.p.p. e vengono desunte dai parametri di riferimento indicati in detta norma (pericolo di inquinamento probatorio, pericolo di fuga e pericolo di recidiva). Cosicché il concetto di rilevanza al quale si richiama l'art. 89 riguarda non già la natura delle esigenze cautelari, bensì la "graduazione dell'intensità" di esse, che si vuole sia particolarmente elevata allorché la custodia cautelare in carcere deve essere applicata nei confronti di un tossicodipendente o alcooldipendente, in vista della possibilità di favorire l'esecuzione di un programma di recupero, alternativo rispetto alla misura coercitiva, in nome della finalità genericamente rieducativi alla quale

deve essere improntato complessivamente il trattamento sanzionatorio (art. 27, 3° comma Cost.). Di conseguenza, le esigenze cautelari di eccezionale rilevanza si identificano, non in una normale situazione di pericolosità, bensì in un'esposizione al pericolo dell'interesse di tutela della collettività di tale consistenza da non risultare "compensabili" con il valore sociale rappresentato dal probabile recupero del soggetto tossicodipendente¹⁴⁶;

- il riconoscimento della parità di condizione tra i servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti e le strutture private autorizzate, realizzato principalmente attraverso l'attribuzione anche a queste ultime della legittimazione al rilascio della certificazione attestante lo stato di tossicodipendenza (art. 89, 2° comma);
- l'introduzione di specifici obblighi di collaborazione e di segnalazione a carico dei responsabili delle strutture ove il tossicodipendente segue il programma di recupero; obblighi di particolare rilievo allorché si tratti di strutture private, quale ovvio contrappeso del maggior ruolo attribuito a dette strutture con la parificazione ai servizi pubblici (art. 89, 5° comma *bis*).

8. Le misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti tossicodipendenti:

A. La sospensione dell'esecuzione della pena detentiva

La sospensione dell'esecuzione della pena detentiva, introdotta dalla legge n. 162 del 1990, e adesso disciplinata dagli artt. 90, 91, 92 e 93 t.u. n. 309 del 1990, è un istituto la cui funzione è quella di favorire la cura e la riabilitazione del tossicodipendente condannato, offrendogli la possibilità di sottrarsi all'esecuzione della pena detentiva allorché abbia attuato un programma terapeutico e socio-riabilitativo. Si tratta, dunque,

¹⁴⁶ Cassazione penale, sezione IV, 30 gennaio 2004, Fadda; Cassazione penale, sezione IV, 16 giugno 2005, Monetti.

come ha affermato la Corte Costituzionale¹⁴⁷, di un istituto che esplica un ruolo prettamente premiale.

Si è sottolineato, infatti, come tale istituto costituisca uno strumento giuridico volto a favorire il recupero dei soggetti tossicodipendenti che abbiano concretamente e meritevolmente mostrato di volersi adoperare per sottrarsi al giogo della droga e, nello stesso tempo, si siano astenuti dal commettere altri delitti non colposi.

Il collegamento tra sanzione applicata al reo e possibilità offerta allo stesso di evitarne la concreta applicazione dimostra la volontà del legislatore di privilegiare l'aspetto preventivo e riabilitativo della pena, a discapito di quello meramente repressivo, premiando il tossicodipendente che abbia concretamente dimostrato di volersi "disintossicare" e liberare dalla schiavitù della droga.

Il legislatore, con tale speciale disciplina, ha voluto favorire il tossicodipendente che, dopo la commissione del reato e la pronuncia della relativa condanna, dimostri concretamente di avviarsi alla soluzione dei problemi che lo hanno determinato a delinquere. A tale scopo, il momento della valutazione della situazione soggettiva del condannato è posticipato, rispetto alla generale normativa relativa alla sospensione condizionale della pena, per concedere maggiore spazio alla resipiscenza ed all'accostarsi ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo, non dettata da casuali o precarie costrizioni psicologiche connesse all'imminenza del processo penale.

Secondo la formulazione originaria dell'art. 90, 1° comma, prima parte, del d.p.r. 309/1990, la sospensione dell'esecuzione della pena poteva essere disposta nei confronti di una persona condannata ad una pena detentiva non superiore a tre anni, sola o congiunta a pena pecuniaria, per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza, dopo che si fosse accertato che la persona si era sottoposta o aveva in corso un programma terapeutico di recupero. Il limite di pena per la concessione del beneficio veniva esteso a quattro anni qualora le pene detentive applicate, anche se

¹⁴⁷ Sentenza 27.03.1992 n. 133, in *FI*, 1992, II, pag. 2915.

congiunte a pena pecuniaria, avessero riguardato il delitto di cui all'art. 73, 5° comma, del d.p.r. 309/1990, ossia, un fatto di lieve entità (art. 90, 1° comma, seconda parte).

Sul punto, è intervenuto, dapprima, il legislatore con il d.l. 14-05-1993, n. 139, convertito nella l. 14-07-1993, n. 222, modificando il primo comma dell'art. 90 mediante l'introduzione del più ampio limite generale dei quattro anni di pena detentiva, inflitta o ancora da scontare; tutto ciò allo scopo di favorire il più possibile l'accostamento degli assuntori di stupefacenti alle strutture di recupero e di limitarne la presenza negli istituti di detenzione.

Di recente, è intervenuto anche il legislatore del 2006 che, privilegiando maggiormente rispetto al passato l'aspetto preventivo e riabilitativo della pena, a discapito di quello repressivo, ha previsto nuovi e più ampi limiti di pena, che sono elevati a sei per i condannati "comuni"; mentre, per i condannati "speciali", poiché riconosciuti colpevoli dei delitti di cui all'art. 4 *bis* dell'ordinamento penitenziario, rimane fermo il vecchio limite di pena fissato in quattro anni, in ciò confermando la strutturazione a "doppio binario" dell'ordinamento quanto al trattamento rieducativi dei condannati.

Circa l'ambito soggettivo di applicazione, l'istituto *de quo* è applicabile solo in favore del tossicodipendente abituale; in quanto presuppone la preventiva sottoposizione ad un programma terapeutico di recupero, il beneficio non è applicabile anche al consumatore occasionale, per il quale, non sussistendo uno stato di tossicodipendenza, non è ipotizzabile alcuna terapia di riabilitazione.

In tal senso si è espressa anche la Corte Costituzionale, con la sentenza 27-03-1992, n. 133, secondo la quale tale diversità di disciplina tra tossicodipendente abituale e occasionale non contrasta con il principio di eguaglianza sancito all'art. 3 della nostra Costituzione, in quanto si è in presenza di situazioni non comparabili e, quindi, non parificabili sotto il profilo del trattamento giuridico.

Con l'intervento di riforma, però, si è inteso limitare l'istituto della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva; infatti, il Tribunale di sorveglianza può concedere

il beneficio solo a coloro che si sono già sottoposti, con esito positivo, al programma di recupero; quest'ultimo deve essere allegato, a pena di inammissibilità, all'istanza di sospensione; deve risultare da certificazione rilasciata da un servizio pubblico per le tossicodipendenze, o da una struttura privata; deve attestare la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, il tipo di programma terapeutico e socio-riabilitativo scelto, l'indicazione della struttura ove il programma è stato eseguito, le modalità di realizzazione ed i risultati conseguiti a seguito del programma stesso (art. 91, 2° comma t.u. 309/1990).

In precedenza, l'istituto poteva applicarsi, invece, anche a chi tale programma avesse ancora in corso. La modifica è stata spiegata con la considerazione che, rispetto a questi ultimi soggetti, per i quali persistono ancora problemi di tossicodipendenza, dovesse preferirsi il diverso istituto dell'affidamento in prova, attraverso le relative prescrizioni, è parso meglio temperare le esigenze di tutela della collettività, da una parte, e della salute dell'interessato, dall'altra.

Ristretto l'ambito soggettivo di applicazione, è di contro ampliata la finestra di concedibilità della misura con riferimento alla condanna in esecuzione; infatti, il tribunale di sorveglianza, qualora l'interessato si trovi in disagiate condizioni economiche, può altresì sospendere l'esecuzione della pena pecuniaria che non sia stata già riscossa.

Sinteticamente, quindi, può affermarsi che la nuova disciplina consente l'applicazione del beneficio in tre ipotesi:

1. pena non superiore a sei anni, anche se residua di una maggiore condanna o congiunta a pena pecuniaria, per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza;
2. pene detentive non superiori, anche de residuo, a quattro anni, se relative a titolo esecutivo comprendente taluno dei reati di cui all'art. 4 *bis* della l. 354/1975;

3. pena pecuniaria, di qualsiasi ammontare.

Inoltre, la riforma del 2006 ha sostituito l'intervento liberatorio del p.m. sull'istanza del condannato già detenuto, con quello di competenza del magistrato di sorveglianza. Infatti, in base all'art. 91, 4° comma, se l'ordine di carcerazione è già stato eseguito, la domanda è presentata al magistrato di sorveglianza competente in relazione al luogo di detenzione. Sino alla decisione del tribunale di sorveglianza, il magistrato di sorveglianza è competente a dichiarare la revoca di cui all'art. 93, 2° comma.

Per quanto concerne il concetto di “reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente”, presupposto per la concessione del beneficio in esame, esso è oggetto di vivaci discussioni e critiche in dottrina.

Parte della dottrina, sostiene che sia sufficiente il mero dato temporale della commissione del reato durante il periodo nel quale il soggetto è tossicodipendente, rientrandovi, per esempio, i furti commessi dal tossicodipendente allo scopo di procurarsi il denaro necessario per le proprie esigenze¹⁴⁸.

Secondo la dottrina maggioritaria, invece, non è sufficiente il mero dato temporale della commissione del reato durante il periodo nel quale il soggetto era tossicodipendente, ritenendosi, invece, necessario un vero proprio rapporto di causa-effetto tra la condizione soggettiva presa in considerazione dalla norma, quindi lo stato di tossicodipendenza, e la realizzazione della fattispecie criminosa¹⁴⁹.

Si deve trattare, in sostanza, di un reato la cui consumazione sia stata provocata, direttamente o indirettamente, dalla condizione di tossicodipendenza del reo e, per orientare il giudice nell'individuazione del presupposto in esame, vengono delineati alcuni criteri-guida:

- insufficienza – per la concessione del beneficio – della mera circostanza della commissione di un reato da parte di un tossicodipendente;

¹⁴⁸Così Turel E., Buonocore G., *Droga: manette e riabilitazione*, Udine 1990, pag. 156.

¹⁴⁹Così Amato G., *Droga ed attività di polizia*, Roma, 1992, pag. 202.

- necessità di uno stretto collegamento tra il reato commesso e lo stato di tossicodipendenza, affinché il reato risulti come un'estrinsecazione dello *status* dell'autore;
- non necessarietà che il reato sia previsto dalla legislazione degli stupefacenti.

Infine, occorre menzionare che, unitamente ai presupposti positivi di applicabilità, vengono individuate alcune condizioni ostative alla concessione del beneficio. Un primo presupposto negativo è individuato dall'art. 90, 2° comma, nella commissione da parte del condannato di altro delitto non colposo punibile con la reclusione, nel periodo compreso tra l'inizio del programma terapeutico di recupero e la pronuncia della sospensione da parte del Tribunale di Sorveglianza.

Un secondo presupposto negativo per la concessione del beneficio è individuato dall'art. 90, 4° comma, nella precedente concessione del beneficio stesso al soggetto istante. Infatti, a differenza dell'affidamento in prova al servizio sociale ex art. 94 del d.p.r. 309/1990, concedibile sino a due volte, la sospensione dell'esecuzione non può essere concessa più di una volta: il tossicodipendente che ne abbia già beneficiato, non può usufruirne per una seconda volta. Inoltre, la nuova formulazione dell'art. 90, 4° comma del t.u. 309/1990 consente la concessione della sospensione con riferimento soltanto a una pena unitaria, essendo stato eliminato il passo con il quale si ammetteva la possibilità per il giudice di concedere la sospensione tenendo conto cumulativamente di pene detentive inflitte con più sentenze, purché divenute definitive anteriormente all'istanza di sospensione.

Circa gli effetti della sospensione, oltre alla non esecuzione della pena detentiva per cinque anni, stabilita dal 1° comma dell'art. 90, dispone il 3° comma dello stesso articolo, secondo cui il beneficio si estende, con la sola esclusione della confisca, alle misure di sicurezza ed anche, a differenza del passato, alle pene accessorie e agli altri effetti penali della condanna, lasciando immuni dall'effetto sospensivo soltanto le obbligazioni civili derivanti dal reato.

La previsione dell'inapplicabilità delle misure di sicurezza, fatta salva la confisca, si giustifica col fatto che la sottoposizione ad un programma terapeutico dovrebbe far cessare la pericolosità che è alla base dell'applicazione di tali misure.

L'esclusione dall'istituto *de quo* delle obbligazioni civili nascenti dal reato, si fonda sull'esigenza di non penalizzare le persone danneggiate dallo stesso, pregiudicandole nel loro diritto ad ottenere il risarcimento de danni subiti.

L'art. 93, 2° comma, infine, prevede un'ipotesi di revoca del beneficio che, per espressa dizione normativa, opera "di diritto" nell'ipotesi in cui, nei cinque anni successivi al provvedimento di sospensione, il condannato commetta un delitto non colposo per il quale viene inflitta la pena della reclusione.

Il nuovo comma 2 *bis* dell'art. 93 non ha dissipato i dubbi di incostituzionalità dell'assetto normativo previgente, che non consentiva (e non consente) al tribunale di sorveglianza di graduare l'entità della revoca in rapporto alla gravità della condotta antiggiuridica realizzata dall'ammesso alla sospensione, di tal che essa è sempre pronunciata con effetto *ex tunc*.

Ma c'è di più: la nuova disciplina, oltre a precisare che il termine di cinque anni, di cui al 1° comma dell'art. 90, decorre dalla data di presentazione dell'istanza in seguito al provvedimento di sospensione adottato dal p.m. ai sensi dell'art. 656 c.p.p.¹⁵⁰, o della domanda di cui all'art. 91, 4° comma t.u. 309/1990, stabilisce, altresì, che il tribunale di sorveglianza, tenuto conto della durata delle limitazioni e prescrizioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare, in sede di applicazione del beneficio, una diversa e più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione.

Si tratta di una previsione del tutto innovativa che introduce, però un'evidente illogicità nel sistema: la disposizione prevede, infatti, che il giudice di sorveglianza possa valutare

¹⁵⁰ L'art. 656 c.p.p. prevede che, se la pena detentiva, anche se costituente residuo di maggior pena, non è superiore a tre o sei anni nei casi di cui agli articoli 90 e 94 del t.u. 309/1990, il pm. dispone la sospensione dell'ordine di carcerazione.

il comportamento del condannato posto in essere anteriormente all'applicazione della misura, al fine di stabilire, in buona sostanza, una durata minore del periodo di sospensione della pena; mentre, non è consentito un analogo scrutinio della condotta realizzata nel corso del beneficio, ai fini della graduazione degli effetti della revoca della misura (come accade, ad esempio, nell'ipotesi di revoca dell'affidamento in prova ordinario e in casi particolari: art. 47 dell'ordinamento penitenziario e art. 94 t.u. 309/1990).

B. L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari

L'affidamento in prova "in casi particolari" è una misura alternativa introdotta nell'ordinamento penitenziario (art. 47 *bis*), in sede di conversione del d.l. 22 aprile 1985, n. 144, dalla l. 21 giugno 1985, n. 297, allo scopo di far fronte a due precise esigenze.

Anzitutto, al fenomeno del progressivo aumento, nella popolazione detenuta, di soggetti tossicodipendenti con conseguente prospettarsi di problemi di governabilità degli istituti penitenziari; in secondo luogo, al sempre più frequente verificarsi, nella prassi applicativa, di situazioni in cui soggetti tossicodipendenti in terapia vengono raggiunti da sentenza irrevocabile di condanna con conseguente interruzione del trattamento terapeutico per la necessità di fare luogo alla loro incarcerazione in esecuzione della pena¹⁵¹. La scelta di configurare una soluzione ritagliata sullo schema dell'affidamento in prova ex art. 47 ord. pen. si collega alla particolare struttura della misura penitenziaria presa a modello: essa sola, permettendo l'esecuzione della pena fuori dal carcere, risultava idonea a salvaguardare lo svolgimento di un trattamento terapeutico in libertà¹⁵².

¹⁵¹Vd. Neppi Modona G., *La legislazione penale*, Torino, 1986, pagg. 19 e ss.

¹⁵²Cfr. Presutti A., *Affidamento in prova al servizio sociale e affidamento con finalità terapeutiche*, in Grevi (a cura di), *L'ordinamento penitenziario dopo la riforma (l. 10 ottobre 1986 n. 663)*, Padova, 1988, pag. 70.

In coerenza con gli obiettivi perseguiti, la normativa allora approntata era riferita esclusivamente a condannati che già avessero in corso un programma terapeutico, avendo deciso autonomamente e liberamente di sottoporsi ad esso: per questi si prevedeva che la richiesta di affidamento in prova provocasse la sospensione o l'interruzione dell'esecuzione, obbligando il p.m., rispettivamente, a non emettere (o a non eseguire, ove già emesso) l'ordine di carcerazione nei confronti di condannato ancora in libertà e a disporre la scarcerazione del condannato se già detenuto. In ogni caso, la soluzione legislativa mirava a consentire la prosecuzione del trattamento terapeutico già iniziato, evitando la detenzione in carcere¹⁵³.

Con la successiva l. 10 ottobre 1986, n. 663 di riforma dell'ordinamento penitenziario, l'ambito applicativo della misura è stato esteso anche ai condannati che, durante l'esecuzione della pena, maturino la decisione di sottoporsi a terapia. Il meccanismo di interruzione dell'esecuzione penale è diventato operante anche relativamente a questa situazione, con la conseguenza che, in tal caso, la semplice presentazione della richiesta di affidamento in prova provoca la scarcerazione del condannato a prescindere e prima che sia instaurato un programma terapeutico.

Per effetto di questa innovazione, la misura in esame ha acquisito una funzione ulteriore: accanto all'obiettivo di salvaguardare gli effetti di una terapia in corso, si pone lo scopo di incentivare il condannato tossicodipendente alla scelta terapeutica, collegando alla manifestazione di questa intenzione l'immediata riacquisizione della libertà.

L'art. 94 d.p.r. n. 309/1990 costituisce in tutta evidenza la riproduzione della citata norma penitenziaria, tanto che, secondo parte della dottrina, l'art. 47 *bis* doveva intendersi implicitamente abrogato dalla disciplina contenuta nel testo unico sulla

¹⁵³ Cfr. Presutti A., in Grevi, Giostra, Della Casa (a cura di), *Ordinamento penitenziario. Commento articolo per articolo*, Cedam, 2000, pag. 422.

droga¹⁵⁴. Altra parte della dottrina, tuttavia, non condivideva l'assunto, rilevando diversità non soltanto formali nella costruzione lessicale delle due norme¹⁵⁵.

A risolvere la questione è intervenuta la legge n. 165/1998, che ha abrogato l'art. 47 *bis* ord. pen., cosicché l'affidamento in prova in casi particolari è oggi disciplinato esclusivamente dal testo unico sugli stupefacenti, quasi a rimarcare la specificità della misura in questione.

Occorre, inoltre, rilevare che la dottrina si è domandata se l'istituto dell'affidamento in prova di cui all'art. 94 d.p.r. n. 309/1990 debba intendersi come specificazione della disciplina ordinaria dell'affidamento in prova, ovvero quale speciale trattamento riservato al tossicodipendente e, pertanto, sganciato dalla *ratio* che contraddistingue l'art. 47 ord. pen., privilegiando questa seconda ipotesi e valorizzando, di conseguenza, il suo aspetto eminentemente terapeutico e non rieducativo¹⁵⁶. Secondo tale orientamento, la disciplina dell'affidamento in prova per il tossicodipendente consentirebbe di fruire del percorso di alternative alla pena detentiva svincolando la concessione della misura da quella prognosi favorevole di non recidività che contraddistingue la concessione dell'affidamento in prova ordinario. Si è, infatti, evidenziato che, in presenza di determinati presupposti (pena inferiore a quattro anni, attualità dello stato di dipendenza, programma terapeutico in corso o intenzione di sottoporvisi, idoneità del programma terapeutico prescelto), il condannato è legittimato a chiedere in ogni momento di essere affidato al servizio sociale, quindi anche quando non sussista stato di detenzione, ovvero, quando sussista, ma in assenza di alcuna osservazione scientifica della personalità. Ciò ha portato a riconoscere che, nel caso di detenuto tossicodipendente, l'alternativa al carcere non si fonda, come l'affidamento in prova ordinario, su un giudizio prognostico favorevole di non recidività, poiché la

¹⁵⁴ Cfr. Di Gennaro, La Greca, *op. cit.*, pagg. 324 e ss.

¹⁵⁵ Vd. Guazzaloca B., *L'esecuzione della pena del tossicodipendente*, in Insolera G. (a cura di), *Le sostanze stupefacenti*, 1998, pag. 518.

¹⁵⁶ Cfr. Presutti A., in Grevi (a cura di), *op. cit.*, 1988, pag. 153; Corbi, *L'affidamento in prova con finalità terapeutiche: un nuovo "sostitutivo" della pena detentiva*, RIDPP, 1986, pag. 1110.

valutazione special-preventiva viene qui prevalentemente sostituita dall'attestazione tecnica di idoneità del programma terapeutico ai fini della disintossicazione¹⁵⁷.

L'area di operatività della misura è delimitata da presupposti soggettivi e da requisiti oggettivi che fungono da condizioni di ammissibilità.

Quanto ai primi, si richiede anzitutto che il condannato sia persona tossicodipendente o alcooldipendente. Come si può notare, la misura è applicabile anche all'alcooldipendente in virtù di un accostamento tra questa situazione e quella di tossicodipendente effettuato nelle ultime battute dei lavori parlamentari della legge n. 297/1985 – cui si deve l'introduzione della misura – allo scopo di rimediare ad un'ingiustificata disparità di trattamento ed al fine di articolare una risposta legislativa più adeguata per questo diffuso fenomeno¹⁵⁸. Invero, secondo parte della dottrina, l'accostamento legislativo tra situazioni di tossicodipendenza e alcooldipendenza è abbastanza anomalo. Si nota, infatti, che tutta la legge n. 297 del 1985 è incentrata sul fenomeno della sola tossicodipendenza; cardine della misura alternativa prevista dal nuovo art. 47 *bis*, è il programma terapeutico concordato con enti che, per definizione, operano nel campo del recupero e del reinserimento sociale dei tossicodipendenti (comuni, aziende sanitarie locali, altri enti, associazioni di volontariato, cooperative e privati che operino senza scopo di lucro) e che, perciò, non hanno alcuna competenza specialistica in materia di alcooldipendenza. Inoltre, se in carcere è concepibile un programma terapeutico relativo al tossicodipendente perché sono previsti reparti carcerari opportunamente attrezzati, ben più difficile è prevedere un trattamento parallelo per l'alcooldipendente, che non può contare su analoghe strutture e che dovrà accontentarsi di una prevedibile approssimazione di diagnosi, di programmi e di interventi. Comunque, per economia di linguaggio ormai, a meno che le disposizioni normative non stabiliscano diversamente, il

¹⁵⁷ Così Guazzaloca, *op. cit.*, pag. 511.

¹⁵⁸ Cfr. Presutti A., in Grevi, Giostra, Della Casa (a cura di), *op. cit.*, pag. 425.

singolo termine “tossicodipendente” o “tossicodipendenza” si considera comprensivo anche della nozione di “alcooldipendente” o “alcooldipendenza”¹⁵⁹.

In ogni caso, non occorre che la dipendenza sia in connessione con il reato che, pertanto, può essere stato commesso da persona tossicodipendente (ovvero alcooldipendente), ma non a causa del suo stato, ovvero, da persona non soggetta a dipendenza di alcun genere¹⁶⁰.

Ciò che rileva non è, quindi, lo *status* esistente al momento della commissione del reato, bensì quello sussistente al momento in cui deve essere eseguita la pena. A differenza della sospensione dell’esecuzione della pena detentiva, non è necessaria alcuna connessione tra lo stato di tossicodipendente e il reato per il quale è stata riportata la condanna, dal momento in cui è sufficiente il presupposto soggettivo costituito dalla qualità di persona “tossicodipendente” del condannato.

In ordine alla definizione della nozione di “tossicodipendenza”, vi sono pareri difformi in dottrina. Secondo alcuni, questa può essere definita come uno stato di soggezione alla sostanza stupefacente, il quale si risolve in disagi fisico-psichici quando l’assunzione della medesima non possa essere ripetuta¹⁶¹; a parere di altri, invece, la nozione deve essere intesa correlandola con l’espressione “programma di recupero”, di modo che, ai fini dell’applicazione dell’istituto, per “tossicodipendente” dovrà intendersi il condannato per il quale appaia appropriata una terapia per elidere gli effetti derivanti dall’uso di sostanze stupefacenti¹⁶².

Ulteriore condizione soggettiva di ammissibilità è costituita dalla presenza di un programma terapeutico a cui il condannato sia già sottoposto o intenda sottoporsi. Si richiede, in ogni caso, che tale programma sia stato concordato con un’unità sanitaria locale o con uno degli enti, pubblici e privati, espressamente indicati dalla legge.

¹⁵⁹ Sul punto, vd. Corso P., *op. cit.*, pag. 317.

¹⁶⁰ Così Palazzo F., *Consumo e traffico degli stupefacenti*, Padova, 1994, pag. 143.

¹⁶¹ Così Fassone E., *Commento all’art. 4-ter del d.l. 22.04.1985, n. 44, convertito nella legge 21.06.1985, n. 297*, in LP, 1986, pag. 46.

¹⁶² Così Pighi S., *L’affidamento in prova al servizio sociale dopo la riforma*, in LP, 1988, pag. 133.

E' prevista come necessaria la relativa certificazione da parte di una struttura sanitaria pubblica, alla quale spetta anche accertare l'idoneità del programma volto al recupero del soggetto; tale certificazione, da allegare alla richiesta di affidamento, sostituisce la documentazione relativa all'osservazione della personalità, non richiesta per la misura in esame.

Tra le condizioni soggettive di ammissibilità, va annoverato anche lo sbarramento stabilito alla ripetibilità condizionata della misura. Stando alla norma del 5° comma dell'art. 94 t.u. 309/90, infatti, l'affidamento in prova particolare non può essere disposto più di due volte, nel senso che tale divieto si riferisce alla concessione dell'affidamento e, pertanto, non impedisce la sua estensione ad un soggetto che, dopo averlo ottenuto, nuovamente lo richieda in relazione ad altra condanna sopravvenuta.

Per quanto concerne il requisito oggettivo, esso è rappresentato dal *quantum* della pena detentiva da espiare in concreto; originariamente fissato nella misura di tre anni, è stato rideterminato ed innalzato a quattro anni per effetto dell'art. 7 d.l. 139/93 (conv. l. 222/93); con la riforma del 2006, ancora una volta allo scopo di favorire quanto più possibile l'accostamento a programmi di recupero e di limitare la presenza di soggetti tossicodipendenti negli istituti penitenziari, tale limite è stato ulteriormente ampliato. Il nuovo art. 94, 1° comma del t.u. 309/1990 subordina, infatti, la concessione del beneficio solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni o a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'art. 4 bis dell'ordinamento penitenziario. Ai fini della sua determinazione, pertanto, si deve tener conto non solo di cause estintive e di fattori di ridimensionamento della pena irrogata con la condanna, ma anche dell'avvenuta parziale espiazione, non esclusa l'eventuale custodia cautelare presofferta¹⁶³.

Secondo il 1° comma dell'art. 94 t.u. 309/1990, la richiesta di affidamento in prova particolare può essere presentata dall'interessato in ogni momento; si prevede, inoltre, come si è già osservato, che alla relativa domanda deve essere allegata, a pena di

¹⁶³ Cass. Sez. I, 31 Marzo 1995, in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 1286.

inammissibilità, la certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura accreditata attestante lo stato di tossicodipendenza o alcooldipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche, l'andamento del programma concordato eventualmente in corso e la sua idoneità, ai fini del recupero, del programma concordato.

Per la formulazione letterale della norma, si è ritenuto¹⁶⁴ che all'interessato spetti una titolarità esclusiva alla presentazione della richiesta di affidamento particolare, con esclusione della legittimazione concorrente di altri soggetti e segnatamente dei prossimi congiunti, nonché del consiglio di disciplina ex art. 57 ord. pen.

Tale richiesta può essere presentata in ogni momento: dunque, sia prima che la pena abbia avuto concreta esecuzione (in tal caso il p.m. sospenderà l'emissione dell'ordine di esecuzione ai sensi dell'art. 656 c.p.p.), sia che essa sia già in esecuzione. In quest'ultima ipotesi, la nuova versione dell'art. 94, 2° comma, prevede la competenza del magistrato di sorveglianza, il quale, ricorrendo le condizioni previste, può disporre l'applicazione provvisoria della misura alternativa. In tal caso, saranno impartite le prescrizioni provvisorie, destinate ad essere "doppiate" dalla pronuncia confermativa del tribunale di sorveglianza.

La norma da ultimo citata, in particolare, ricalca pedissequamente il disposto dell'art. 47, 4° comma dell'ordinamento penitenziario, con la differenza che quest'ultima norma consente al magistrato di sorveglianza unicamente di disporre la scarcerazione del detenuto, ma non l'applicazione provvisoria della misura dell'affidamento in prova ordinario; mentre, la disposizione dell'art. 94, 2° comma del t.u. 309/1990 ammette, invece, l'applicazione provvisoria della misura, ma non la scarcerazione del condannato. Tale considerazione induce a ritenere che la normativa in materia di recupero dei condannati affetti da problematiche di tossicodipendenza sia, sul punto, più restrittiva delle norme dettate per i condannati "comuni".

¹⁶⁴ Così Catelani G., *Manuale dell'esecuzione penale*, Giuffrè editore, 2002, pag. 388.

Il potere attribuito al magistrato di sorveglianza dalla nuova versione dell'art. 94, 2° comma del t.u. 309/1990 si discosta, inoltre, nettamente dalle attribuzioni in tema di scarcerazione provvisoria di competenza del p. m., ai sensi del "vecchio" articolo 94: la più recente giurisprudenza assegnava, infatti, al p.m. la funzione di controllo di mera legittimità formale degli atti¹⁶⁵. La nuova disciplina consente, invece, al magistrato di sorveglianza, in riferimento alle domande formulate da condannati in stato detentivo, una valutazione di merito e discrezionale sulla sussistenza dei presupposti sostanziali di concedibilità dell'istanza, sull'esistenza del grave pregiudizio che il protrarsi dell'esecuzione causerebbe all'interessato, nonché sulla sussistenza del pericolo di fuga. E' verosimile ritenere che tale nuovo filtro risulterà ben più stringente del precedente, con la conseguente diminuzione delle scarcerazioni di tossicodipendenti già detenuti. Anche sotto tale profilo, dunque, la riforma pare avere introdotto norme più severe per i condannati tossicodipendenti rispetto alla disciplina ordinaria.

Inoltre, si ritiene che il provvedimento provvisorio del magistrato di sorveglianza, emesso ai sensi della nuova formulazione dell'art. 94 del t.u. 309/1990, non sia impugnabile, poiché ha natura interinale ed è destinato ad essere assorbito dalla decisione definitiva del tribunale di sorveglianza.

Ai fini della decisione, il Tribunale di Sorveglianza può acquisire copia degli atti del procedimento e disporre gli opportuni accertamenti in ordine al programma terapeutico in corso o concordato, verificando altresì che lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza o l'esecuzione del programma di recupero non siano preordinati al conseguimento del beneficio (art. 94, 3° comma, del d.p.r. 309/1990)¹⁶⁶.

Con specifica attenzione al modo in cui l'organo collegiale può verificare il programma, si sostiene in dottrina che, in caso di mancata approvazione, questo non dovrebbe formulare un nuovo e diverso tipo di programma, ma invitare l'interessato a presentare una nuova e diversa proposta da sottoporre a verifica, non essendo ipotizzabile che, a

¹⁶⁵ Cassazione penale, sezione I, 17 gennaio 1995, Fedele; Cassazione penale, sezione I, 26 marzo 2004, n. 14951, Di Martino.

¹⁶⁶ Vd. Pavarini M., Guazzaloca B., *op. cit.*, pag. 457.

mezzo di un'ordinanza, sia il Magistrato a dire come deve essere curato il tossicodipendente¹⁶⁷.

Infine, in base al richiamo all'art. 94, 2° comma, operato dall'art. 92, 3° comma, dell'ordinanza che conclude il procedimento è data immediata comunicazione al p.m. competente per l'esecuzione il quale, se l'affidamento non è disposto, emette ordine di carcerazione.

Per quanto attiene alle prescrizioni, che costituiscono il contenuto sostanziale della misura, l'art. 94, 4° comma del t.u. 309/1990 dispone che il Tribunale di Sorveglianza deve imporre al condannato le prescrizioni che “determinano le modalità di esecuzione del programma” e deve, inoltre, stabilire “le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che il tossicodipendente o l'alcooldipendente prosegue il programma di recupero”. L'esecuzione della pena si considera iniziata dalla data del verbale di affidamento; tuttavia, qualora il programma terapeutico al momento della decisione risulti già positivamente in corso, il tribunale, tenuto conto della durata delle limitazioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare una diversa e più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione.

In caso di esito positivo della prova, deve ritenersi operante la regola dettata all'art. 47, 12° comma, ord. pen., che annette alla buona riuscita del trattamento alternativo l'estinzione della pena e di ogni altro effetto penale, ad eccezione della cancellazione della sentenza di condanna dal casellario giudiziale; non solo perché ciò si verifica solamente nei casi stabiliti tassativamente all'art. 687 c.p.p., ma anche e soprattutto per la presenza del divieto di concedere l'affidamento particolare per più di due volte¹⁶⁸.

Controversa è l'esatta individuazione del concetto di esito positivo: mentre una parte della dottrina ritiene che esso sia equivalente alla mera disintossicazione fisica dalla

¹⁶⁷ Sul punto, vd. Introna F., *Tossicodipendenza, alcooldipendenza e misure alternative alla detenzione*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1986, pag. 995.

¹⁶⁸ Presutti, in Grevi, Giostra, Della Casa (a cura di), *op. cit.*, pag. 438.

sostanza¹⁶⁹, un'altra parte afferma come necessario anche il superamento dello stato di tossicodipendenza o alcooldipendenza¹⁷⁰ o, addirittura, il recupero sociale del soggetto¹⁷¹; un'altra parte ancora suggerisce come preferibile la soluzione di far coincidere la positività della prova con l'accertata osservanza del programma terapeutico concordato¹⁷².

Quanto alla possibile conclusione negativa dell'affidamento particolare, va distinto il caso di una sua revoca da quello di annullamento del provvedimento applicativo della misura, proprio come stabilito con riguardo all'affidamento in prova ordinario; dalla disciplina prevista per quest'ultimo si ricava (art. 47, 11° comma, ord. pen.) che presupposto per la revoca è la presenza di un comportamento, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, incompatibile con la prosecuzione della prova.

A tal proposito, occorre sottolineare che l'affidamento in prova, pur importando il non ingresso in carcere o l'uscita dal carcere del condannato, rappresenta pur sempre, soprattutto per le prescrizioni imposte, una modalità esecutiva della pena, con l'importante conseguenza che, in caso di revoca della misura, il periodo di tempo trascorso in affidamento deve essere considerato, a determinate condizioni, come pena regolarmente eseguita e, quindi, computato nella pena complessiva da scontare.

Da ultimo, va presa in considerazione l'ipotesi di interruzione della prova per cause indipendenti dal comportamento assunto dal condannato durante l'esecuzione dell'affidamento particolare, ma per cause, originarie o sopravvenute, che determinano l'annullamento del provvedimento di applicazione della misura. Vi rientra, oltre alla mancanza del presupposto (comune con l'affidamento ordinario) inerente al limite della pena inflitta (anche per il sopravvenire di un nuovo titolo privativo della libertà personale), pure l'accertata sussistenza dei requisiti propri della misura in esame: quelli relativi alla non preordinazione sia dello stato di tossicodipendenza o alcooldipendenza,

¹⁶⁹ Sul punto vd. Castellani-Fassone, in *Quest. Giust.* 85, 377.

¹⁷⁰ Così Corbi F., *L'esecuzione nel processo penale*, Torino, 1992, pag. 1159.

¹⁷¹ Così Stocco R., in Flora G. (a cura di), *Le nuove norme sull'ordinamento penitenziario*, Milano, 1987, pag. 201.

¹⁷² Vd. Presutti A., in Grevi V. (a cura di), *L'ordinamento penitenziario tra riforme ed emergenza*, Padova, 1994, pag. 331.

sia dell'esecuzione del programma terapeutico, nonché al limite di non concedibilità per più di due volte. Quanto al caso di sopravvenienza di un nuovo titolo privativo della libertà personale che incide sul *quantum* di pena utile per l'ammissione alla misura, opera la disciplina di cui all'art. 51 *bis* dell'ord. pen.: se il cumulo non supera il limite di quattro anni, il Magistrato di Sorveglianza disporrà la prosecuzione provvisoria della misura, ferma la decisione definitiva del Tribunale di Sorveglianza.

Infine, in caso di annullamento, l'intero periodo trascorso in prova va dedotto dalla pena da espiare, così da evitare che sul condannato ricadano conseguenze non provocate da un suo comportamento negativo.

Per quanto attiene alle differenze fondamentali tra l'affidamento in prova particolare e la sospensione dell'esecuzione della pena detentiva, esse rilevano innanzitutto sotto il profilo soggettivo: infatti, mentre il primo istituto è applicabile, sussistendo i presupposti stabiliti dalla legge, tanto al soggetto tossicodipendente quanto al soggetto alcolodipendente, il secondo trova applicazione solo riguardo al soggetto tossicodipendente. Inoltre, lo stato di tossicodipendenza attuale al momento dell'istanza costituisce condizione essenziale per la concessione dell'affidamento in casi particolari e, al contempo, causa di inammissibilità dell'istanza di sospensione della pena (che presuppone, secondo la nuova formulazione dell'art. 90, 1° comma del t.u. 309/1990, la conclusione positiva di un programma di recupero).

Ancora, per quanto concerne la concessione della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva, occorre un vero e proprio rapporto di causalità tra condizione soggettiva e realizzazione della fattispecie criminosa, non essendo sufficiente il mero dato temporale della commissione del reato durante il periodo nel quale il soggetto era tossicodipendente; tale connessione, invece, non è prevista per l'affidamento in prova terapeutico, anche se non si può escludere che il condannato abbia commesso il reato a causa del suo *status*.

Inoltre, a differenza dell'affidamento terapeutico, che può essere concesso non più di due volte, l'altra misura può essere concessa in una sola occasione: tuttavia, si ritiene ammissibile una seconda o plurima concessione della sospensione nei casi in cui i titoli esecutivi sopravvenuti alla prima concessione non superino il limite quantitativo stabilito relativamente alla pena¹⁷³.

Il tenore letterale della norma riguardante l'affidamento in prova, inoltre, induce a ritenere che il beneficio non possa essere concesso in rapporto alla (sola) pena pecuniaria, di qualsiasi ammontare essa sia, a differenza di quanto, invece, disposto dall'art. 90 del t.u. 309/1990 per la sospensione dell'esecuzione della pena.

Ulteriori differenze tra i due istituti riguardano la natura delle misure e le conseguenze che ne derivano in caso di revoca del beneficio: l'affidamento in prova particolare ha carattere sanzionatorio, perché rappresenta un modo di esecuzione della pena, onde deve tenersi conto del periodo trascorso in affidamento in caso di revoca del relativo provvedimento, valutandosi all'uopo le ragioni della revoca, la durata delle limitazioni patite dal condannato ed il suo comportamento durante il periodo trascorso in affidamento; la sospensione determina, invece, una neutralizzazione degli effetti della pena detentiva, con la conseguenza che, in caso di revoca, non può tenersi conto del periodo di sospensione ai fini del computo della pena residua, la quale dovrà essere espiata dall'inizio e per intero¹⁷⁴.

Trattasi, pertanto, di istituti complementari, la cui differenza sostanziale risiede nel fatto che, mentre nell'ipotesi di cui all'art. 90 del d.p.r. 309/1990, l'esecuzione della pena viene sospesa, nel caso dell'affidamento in prova terapeutico ci si trova di fronte ad una vera e propria misura alternativa alla detenzione e, pertanto, la pena continua ad essere eseguita e non viene sospesa¹⁷⁵.

¹⁷³ Sul punto, vd. Palazzo F., *La recente legislazione penale*, Padova, 1985, pag. 140.

¹⁷⁴ Cfr. Amato G., *op. cit.*, pag. 207.

¹⁷⁵ Vd. Pavarini M., Guazzaloca B., *op. cit.*, pag. 458.

C. La sostituzione della pena con il lavoro di pubblica utilità

Con l'intervento di riforma del 2006, ci si è mossi nell'ottica del recupero del tossicodipendente. Infatti, il nuovo comma 5 *bis* dell'art. 73 t.u. prevede che il giudice, nell'ipotesi in cui ritenga sussistente il fatto di lieve entità, limitatamente ai reati di cui all'art. 73, possa applicare, con la sentenza di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'art. 444 c.p.p., anziché la pena detentiva e pecuniaria, quella del lavoro di pubblica utilità prevista dall'art. 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274.

Sostanzialmente, l'applicazione del lavoro di pubblica utilità è subordinata al riconoscimento da parte del giudice dell'attenuante del fatto di lieve entità; e proceduralmente a tre diverse condizioni:

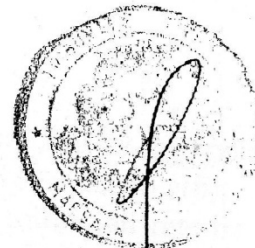
- 1) alla circostanza che il giudice non ritenga di dover concedere il beneficio della sospensione condizionale della pena;
- 2) alla esplicita richiesta dell'imputato che risulti, peraltro essere tossicodipendente o assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- 3) al parere (non vincolante) del p.m., che deve essere sentito sulla richiesta dell'imputato.

Si è in presenza, chiaramente, di una disposizione volta al recupero del trasgressore tossicodipendente o anche solo assuntore di sostanze stupefacenti, giacché è volta ad evitare a questi l'ingresso nel circuito carcerario. Sotto questo profilo, compensa, nell'economia complessiva della legge, l'indubbio aggravamento derivato dall'assimilazione, nel trattamento sanzionatorio, delle ex droghe leggere alle ex droghe pesanti. Va anzi notato, per apprezzare l'ampiezza del beneficio, che questo può essere concesso anche a chi non sia tossicodipendente, ma semplice assuntore: è la prima ipotesi normativa in cui tale qualità soggettiva assume rilievo ai fini del funzionamento della disciplina in commento.



Va ancora notato che il riconoscimento del beneficio rappresenta una sorta di riconoscimento normativo della figura del tossicodipendente/assuntore che sia anche spacciatore, laddove si consideri che il reato di cui all'art. 73 è configurabile solo a carico di chi risulti attinto da un quadro probatorio dimostrativo quantomeno del fatto che questi abbia detenuto droga per uso non esclusivamente personale.

Copia x

N RG notizie di reato
N RG GIP**TRIBUNALE DI MARSALA**
Ufficio del Giudice per le Indagini Preliminari**ORDINANZA****APPLICAZIONE DI MISURA CAUTELARE**
- artt. 291, 285 c.p.p. -

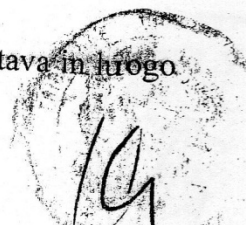
Il Giudice per le indagini preliminari dott.
 esaminata la richiesta di applicazione della misura cautelare della custodia carceraria
 avanzata dal Pubblico Ministero nel procedimento sopra rubricato, nei confronti di:

, nato a l il , ivi residente in

INDAGATO

dei reati:

- A) Del reato p. e p. dall'art. 628 co. 3 n. 1) c.p. perchè, per procurarsi un ingiusto profitto, con il volto travisato da un passamontagna, mediante violenza e minaccia si impossessava di euro 100,00 circa, sottraendoli dalla cassa della tabaccheria di
 Minaccia consistita nel puntare contro la persona di
 una pistola del tipo semiautomatico e violenza consistita nello stratonare
 e nel provocarle, con la canna dell'arma, una ferita lacero contusa alla base del
 III dito della mano destra, giudicata guaribile in giorni 8.
 Con le aggravanti di aver commesso il fatto con il volto travisato e di aver commesso la violenza e la minaccia con arma.
- B) del reato p. e p. dagli artt. 582 e 585 c.p. perchè, stratonando
 e cercando di toglierle dalla mano la pistola che questa aveva preso per la canna, le cagionava lesioni personali dalla quale derivava una malattia nel corpo diagnosticata in "ferita lacero contusa alla base del III dito della mano destra", che necessitava di punti 8 di sutura e giudicata guaribile in giorni 8.
 Con l'aggravante di aver commesso il fatto con arma.
- C) del reato p. e p. dagli artt. 4 e 7 L. 895/1967 perchè illegalmente portava in luogo pubblico una pistola del tipo semiautomatico, arma comune da sparo.
 Fatti tutti commessi in Marsala, il 25 gennaio 2006.



corporatura esile, altezza di circa m. 1,60 ed età approssimativa di circa 22-23 anni (cfr. verbale di denuncia del 25.1.2005 presso Commissariato p.s. di Marsala in atti)

La stessa teste ha inoltre riferito che poco prima della rapina era entrato all'interno del menzionato esercizio commerciale un soggetto avente identica corporatura del rapinatore, capelli corti di colore biondo scuro, viso rotondo, ed indossante abiti identici a quelli osservati addosso al rapinatore, il quale dopo aver chiesto in vendita un pacchetto di sigarette di marca "Marlboro" si era poi allontanato senza acquistarlo precisando di non essere munito dei soldi necessari per l'acquisto predetto (cfr. verbale di denuncia del 25.1.2006 presso Commissariato p.s. di Marsala in atti).

Sentita circa un'ora dopo dai CC del Norm di Marsala, la stessa persona offesa ha confermato le descrizioni del malvivente e del citato acquirente già effettuate al personale del Commissariato di p.s. di Marsala aggiungendo che il giovane che aveva effettuato la rapina ai suoi danni gli appariva assolutamente coincidente nelle caratteristiche antropometriche e nell'abbigliamento col soggetto autore della rapina precisando che il passamontagna da quest'ultimo indossato presentava delle aperture ritagliate sia all'altezza della bocca che degli occhi (cfr. verbale di s.i.t. redatto in data 25.1.2006 dai CC di Marsala in atti).

Ha altresì aggiunto che la sua azione di interposizione fisica al malvivente, consistente nel tentativo di strappare a quest'ultimo la pistola dallo stesso impugnata con la mano destra, era durata alcuni minuti, circostanza che gli aveva consentito di memorizzare adeguatamente la fisionomia corporea dello stesso rapinatore oltre che il giubbotto da questi indossato nell'occasione (cfr. verbale di s.i.t. redatto in data 25.1.2006 dai CC di Marsala in atti).

Sottoposte in visione alla teste n. 11 fotografie, confezionate in apposito album, ritraenti pregiudicati residenti nella città di Marsala, questa dichiarava di riconoscere "senza ombra di dubbio" la foto dell'odierno indagato come quella del rapinatore che aveva posto in essere l'azione delittuosa in questione (verbale di riconoscimento fotografico del 26 gennaio 2006 redatto dai CC di Marsala).

In data 26 gennaio 2006 militari dei CC di Marsala, dopo aver inizialmente operato, il giorno precedente, una perquisizione personale e domiciliare nei confronti dell'odierno indagato senza trovare nella sua disponibilità né alcuna arma né alcun passamontagna, hanno successivamente rinvenuta nella disponibilità dello stesso Sparla un giubbotto di colore blu marca "Frecce Tricolori", taglia 52, recante stemmi sulla parte anteriore, all'altezza della zona pettorale, nonché sulla manica sinistra e un colletto di pelliccia (cfr. verbale di sequestro del 26.1.2006 in atti).

Sentita ulteriormente la teste in ordine alla descrizione dell'abbigliamento indossato dal rapinatore la stessa ha riferito che quest'ultimo "vestiva con jeans di colore scuro ed indossava un giubbotto di colore scuro con un colletto impellicciato di colore chiaro" recante "proprio al petto...degli stemmi a mò di scudetti" (verbale di individuazione di cose del 26 gennaio 2006 redatto dai CC di Marsala).

Sottoposto in visione alla teste il giubbotto predetto questa dichiarava che il rapinatore in questione indossava un giubbotto "uguale in tutto e per tutto a quello mostrato" (verbale di riconoscimento fotografico del 26 gennaio 2006 redatto dai CC di Marsala).

In sede di incidente probatorio – richiesto dal p.m. per l'effettuazione della ricognizione personale dell'indagato da parte della persona offesa ed ammesso da questo giudice con ordinanza del 3 febbraio 2006 – ha dapprima riferito, sull'espressa domanda del giudice, di ritenere con certezza che il rapinatore si identificasse con la stessa persona che circa cinque minuti prima della rapina era entrata all'interno del negozio per l'acquisto, poi non attuato, di un pacchetto di sigarette, in ragione dei seguenti elementi di raffronto: 1) stessa corporatura esile, medesima altezza di circa m. 1,60; 2) stessi indumenti con particolare riferimento ad un giubbotto di colore "rosso chiaro" recante all'altezza del petto due stemmi rettangolari della grandezza di circa 10 X 7-8 cm. e munito di colletto in pelliccia di colore giallo chiaro; 3) stessa voce, leggermente roca (cfr. verbale di ricognizione di persona del 10.2.2006, agli atti).

Nel predetto contesto procedimentale inoltre la persona offesa, chiamata ad effettuare l'atto di ricognizione del rapinatore tra quattro soggetti tra i quali, nel rispetto delle formalità di cui agli artt. 213 e ss. c.p.p., era stato fatto preventivamente accomodare l'odierno indagato, ha indicato con decisione quest'ultimo come il soggetto che, dopo essere entrato in data 25.1.2006 all'interno della sua tabaccheria (al fine dichiarato di acquistare un pacchetto di sigarette), pochi minuti dopo aveva posto in essere, col volto travisato da un passamontagna, la rapina oggetto del presente procedimento (cfr. verbale di ricognizione di persona del 10.2.2006, agli atti).

Va rilevato che la ricostruzione dei fatti sopra descritta tratteggia un quadro di ben più che grave convergenza indiziaria nei confronti di Sparla Alessio in ordine alla commissione dei reati indicati nell'imputazione provvisoria.

La testimone infatti – dopo averne dato una descrizione somatica in tutto compatibile con la realtà (corporatura esile, altezza di circa m. 1,60 ed età approssimativa di circa 22-23 anni, capelli corti di colore biondo scuro, corporatura) ha riconosciuto con assoluta certezza nell'odierno indagato il soggetto che pochi minuti prima della rapina in questione era entrato a volto scoperto nel suo negozio col pretesto di chiedere in vendita un pacchetto di sigarette poi non effettivamente acquistato.

La stessa teste si è detta inoltre certa che lo stesso (), autore della menzionata condotta di preventivo ingresso, sia stato autore del delitto di rapina contestato nell'imputazione provvisoria in quanto avente caratteristiche antropometriche, di abbigliamento e di timbro vocale in tutto coincidenti col soggetto che avrebbe posto in essere – dopo pochi minuti – l'azione delittuosa in questione col volto travisato da un passamontagna di colore scuro.

In particolare la persona offesa ha indicato quali dati percettivi posti alla base della predetta prognosi di positiva comparazione tra i due individui i seguenti elementi: 1) stessa corporatura esile, medesima altezza di circa m. 1,60; 2) stessi indumenti con particolare riferimento ad un giubbotto di colore "rosso chiaro" recante all'altezza del petto due stemmi rettangolari della grandezza di circa 10 X 7-8 cm., nonché un colletto di pelliccia di colore giallo chiaro; 3) stessa voce, leggermente roca (cfr. verbale di ricognizione di persona del 10.2.2006, agli atti).

Notevole rilevanza indiziaria in tale contesto deve essere attribuita al certo riconoscimento operato dalla stessa persona con riferimento al giubbotto indossato dal malvivente – visto addosso all'autore della condotta delittuosa nelle due fasi più volte descritte (preventivo ingresso a volto scoperto; secondo ingresso a pochi minuti di distanza per la consumazione dei delitti in questione) – indicato come assolutamente coincidente a quello indossato dallo Sparla al momento del “primo ingresso” e rinvenuto dagli inquirenti nella disponibilità di quest'ultimo (giubbotto di colore blu marca “Frecce Tricolori”, taglia 52, recante stemmi sulla parte anteriore, all'altezza della zona pettorale, nonché sulla manica sinistra; cfr. verbale di sequestro del 26.1.2006 in atti).

Sul punto è infatti da rilevare come il predetto riconoscimento *de visu* del menzionato capo di abbigliamento operato dalla persona offesa, unitamente alla preventiva dettagliata e coincidente descrizione delle fondamentali caratteristiche connotative dello stesso indumento ritrovato nella effettiva disponibilità dell'indagato - recante all'altezza del petto due stemmi rettangolari della grandezza di circa 10 X 7-8 cm., nonché un colletto di pelliccia di colore giallo chiaro (cfr. verbale di individuazione di cose del 26 gennaio 2006 redatto dai CC di Marsala; verbale di ricognizione di persona del 10.2.2006, agli atti) – oltre ad apparire circostanze di notevole rilevanza indiziaria (sia per la natura dettagliata della descrizione e per il carattere di certezza del riconoscimento che, inoltre, per le caratteristiche di “unicità” dell'indumento avente singolari caratteristiche morfologiche e di collocazione degli stemmi e del colletto in pelliccia oltre che un basso livello di diffusione sul mercato) sono chiaramente suscettibili di far trascolorare il dato di apparente contraddizione costituito dalla incerta indicazione del suo colore da parte della stessa testimone (la quale dopo averlo descritto di colore “scuro” in sede di s.i.t. davanti ai CC di Marsala lo ha poi indicato come di colore “rosso chiaro” in sede di incidente probatorio).

Pure significativo deve ritenersi, nell'ottica prognostica indicata, l'elemento indiziario costituito dal riconoscimento della voce del malvivente – descritta come leggermente roca al pari di quella dell'odierno indagato – dovendosi nel contempo sottolineare come la circostanza costituita dalla descrizione del passamontagna indossato nella circostanza dallo stesso autore del fatto (che a dire della Saladino presentava delle aperture ritagliate sia all'altezza della bocca che degli occhi; cfr. verbale di s.i.t. redatto in data 25.1.2006 dai CC di Marsala in atti), evidenziando una morfologia del predetto copricapo non idonea a costituire ostacolo alla normale propagazione della voce del medesimo agente, non può che accrescere la rilevanza, sul piano indiziario, della menzionata “comparazione vocale” operata dalla teste.

Né infine possono sottacersi gli elementi di conferma logica apportati, nel già rilevante quadro indiziario fin qui descritto, dalla condotta tenuta dallo stesso indagato nelle immediate antecedenze temporali alla consumazione della condotta delittuosa in questione (ingresso in tabaccheria per chiedere in acquisto un pacchetto di sigarette poi non acquistato asseritamente per mancanza di denaro) atteso che la particolare vicinanza temporale col fatto delittuoso medesimo (pochi minuti prima della sua consumazione) e la illogicità della sua connotazione esteriore (apparendo quanto meno anomalo, in base all'*id quod plerumque accidit*, che un soggetto acquirente si

avveda della mancanza di denaro in suo possesso solo dopo aver fatto ingresso all'interno di un esercizio commerciale ed aver addirittura appalesato verbalmente la sua intenzione di acquisto), appaiono evidenziare in maniera sintomatica la chiara intenzione dello stesso indagato di verificare, con un pretesto, *ictu oculi*, la presenza di eventuali clienti all'interno della tabaccheria della Saladino al fine di accertarsi di poter mettere in atto la successiva azione delittuosa in assenza di potenziali testimoni diversi dalla persona offesa.

Gli elementi fin qui delineati consentono senz'altro di attribuire a Sparla Alessio la commissione dei reati di cui ai capi A), B) e C) dell'imputazione provvisoria in via gravemente indiziaria.

Il reato di cui ai capi A) e B) appaiono aggravati dall'essere stati commessi con l'uso di un'arma.

E' poi inoltre da evidenziare sinteticamente come non possa applicarsi alcuna misura cautelare per il delitto di cui al capo B atteso che, restando esclusa la valutazione dell'aggravante contestata a mente del disposto dell'art. 278 c.p.p. (non costituente aggravante ad effetto speciale), non possano ritenersi integrati i requisiti minimi edittali sanciti dall'art. 280 c.p.p. per l'applicazione in genere delle misure coercitive.

Sulle esigenze cautelari

Sussiste il concreto pericolo che l'indagato commetta altri delitti dello stesso genere di quelli per i quali si procede (punibili con pena non inferiore nel massimo a quattro anni).

Ed invero la esigenza specialpreventiva, si desume innanzitutto dalla gravit  e dalle modalit  del fatto, evidenzianti una assoluta efficienza operativa dell'autore dei delitti in questione il quale non ha esitato a servirsi per la loro consumazione di una pistola semiautomatica, dopo aver attentamente verificato l'eventuale presenza di testimoni sul luogo del delitto, ha provveduto a cercare di celare la propria identit  avvalendosi di uno strumento di travisamento del volto ed ha, inoltre, neutralizzato in modo violento e spietato il tentativo di reazione della vittima, persona anziana (78 anni), anche se rivelatasi risoluta ed estremamente vitale, e di sesso femminile, cos  evidenziando una non indifferente risolutezza ed efficienza operativa, oltre che una disponibilit  di mezzi (pistola semiautomatica), idonei a consentirgli di operare anche in situazioni di maggiore difficolt  operativa, senza palesare alcun momento di esitazione nel portare a termine la condotta delittuosa.

Oltre a tali dati oggettivi, elementi gi  di per s  indicativi di una sistematicit  nel delinquere, va pure evidenziata, nella menzionata ottica prognostica, la personalit  dell'indagato, il quale, malgrado la giovanissima et , ha riportato gi  una condanna (nel periodo in cui era minorenne) per il reato di ricettazione e di porto d'armi illecito (art. 4 legge 110/1975), cio che conferma ulteriormente il giudizio in ordine alla sua pericolosit  sociale sotto il profilo della probabilit  di reiterazione criminosa.

In ragione della gravità dei fatti, della sanzione potenzialmente complessivamente e rispettivamente irrogabile – certamente non contenibile, in ragione della gravità del fatto e degli altri criteri di valutazione previsti dall'art. 133 c.p., nei limiti entro quali è concedibile la sospensione condizionale - e al grado delle esigenze cautelari da soddisfare, unica misura idonea e proporzionata (tenuto conto tuttavia del fatto che prima d'ora l'indagato non si era mai reso autore di reati implicanti una condotta violenta o minacciosa diretta alla persona) appare quella degli arresti domiciliari, reputandosi inidonea alcuna altra misura avente minore carattere di coercitività, tenuto conto della assenza di autocontrollo dimostrata dall'indagato.

P.Q.M.

Visti gli artt. 291, 292, 285. c.p.p.

APPLICA

nei confronti di [redacted], in relazione ai delitti di cui ai capi A) e C) della imputazione provvisoria e alle esigenze cautelari di cui all'art. 274 lett. c) c.p.p., la **misura cautelare degli arresti domiciliari** nel luogo che lo stesso indagato sceglierà, prescrivendo allo stesso di non allontanarsi dal luogo così individuato e vietandogli di comunicare con persone diverse da quelle che con lui coabitano o che lo assistono per motivi di cura o dal difensore.

Designa quale autorità di p.s. preposta ai controlli la Compagnia Carabinieri di Marsala.

Manda alla cancelleria per la trasmissione della presente ordinanza in duplice copia al Sostituto Procuratore della Repubblica che ha chiesto la misura, per l'esecuzione.

Dispone che la presente ordinanza, dopo la sua esecuzione, sia depositata in Cancelleria insieme alla richiesta del Pubblico Ministero e agli atti presentati con la stessa.

Manda alla Cancelleria per gli ulteriori adempimenti di competenza.

Marsala, 24 febbraio 2006

Il Giudice per le indagini preliminari
Dott. [redacted]

Il Cancelliere C1
OLIVA SALVATORE





REGIONE CARABINIERI "SICILIA"

Compagnia di Marsala

Nucleo Operativo e Radiomobile

91025 Marsala - Via Mazara 184 - e fax (0923)723558 - 723537
e-mail cp0413300no@carabinieri.it

OGGETTO: -Verbale di sottoposizione alla detenzione domiciliare eseguito nei confronti di:-----



_____, nato a _____ il _____ e ivi residente al _____, conosciuti ai militari operanti-----

L'anno 2006 addì 24 del mese di febbraio, in Marsala negli Uffici del Nucleo Operativo e Radiomobile alle ore 13.40.-----
Innanzitutto a noi sottoscritti Ufficiali ed Agenti di P.G., _____ e App. Sc. _____, in servizio al Reparto in intestazione, è presente _____ in oggetto meglio generalizzato, che viene accompagnato presso il proprio domicilio sito in Marsala al _____ Siciliana, così come disposto con l'ordinanza nr. _____ R.G.N.A. e _____ R.G.G.I.P.-----
Si dà, altresì, atto che il predetto indirizzo è stato scelto dallo _____ così come indicato nella succitata ordinanza.-----
Il presente Verbale viene redatto in più copie una delle quali consegnata all'interessato che si sottoscrive per ricevuta.-----
Fatto, riletto, confermato e sottoscritto.-----

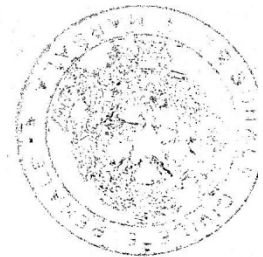
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IL TRIBUNALE DI MARSALA

SEZIONE PENALE

Riunito in camera di consiglio



Composto dai sigg.ri magistrati

D.ssa [redacted]	Presidente
D.ssa [redacted]	Giudice
D.ssa [redacted]	Giudice Rel.

Letta l'istanza avanzata nell'interesse di [redacted] nell'ambito del procedimento n. [redacted] R.G. Dib., diretta alla revoca o sostituzione della misura cautelare degli arresti domiciliari;

Visto il parere contrario del P.M.;

Rilevato che con ordinanza del 24 febbraio 2006 il Giudice delle Indagini Preliminari di questo Tribunale ha applicato a [redacted] la misura cautelare degli arresti domiciliari presso la propria abitazione, sussistendo a carico del medesimo i gravi indizi di commissione del reato di cui all'art. 628 commi 1 e 3 n. 1 c.p. e le esigenze cautelari di cui all'art. 274 lett. c) c.p.p.;

Considerato che i gravi indizi di reato posti a fondamento della sopraccitata ordinanza applicativa della misura cautelare non hanno subito alcuna attenuazione e che in particolare il modo il quadro indiziario che ha giustificato la misura cautelare in atto non ha subito alcuna variazione;

Rilevato, infatti, che non sono emersi elementi nuovi sopravvenuti, tali da modificare il quadro complessivo già delineato e che soli possono giustificare una

sostituzione della misura cautelare in atto (cfr. sent. Cass., sez. III, del 23.03.1999, n. 1160, ric. Ibrahima);



Considerato, quindi, che, in presenza dei gravi indizi di colpevolezza, già illustrati nella ordinanza applicativa della misura cautelare emessa dal G.I.P. ed in questa sede interamente richiamati, in tanto può provvedersi alla sostituzione della misura cautelare in atto con altra meno gravosa, in quanto vi sia stato un affievolimento delle esigenze cautelari che hanno legittimato l'applicazione della misura cautelare più afflittiva in atto;

Ritenuto che il semplice decorso del tempo dalla data dell'applicazione della misura, pur costituendo un dato di novità valutabile ai fini della permanenza delle esigenze cautelari, deve comunque essere accompagnato da altri elementi idonei a far ritenere mutata la situazione complessiva accertata con la decisione adottata e, quindi, a far valutare come cessato il pericolo che l'imputato torni a commettere gravi delitti della stessa specie di quello per cui si procede, sì da rendere non più adeguata la misura degli arresti domiciliari e ad imporne la sostituzione con una misura più attenuata (cfr. Cass.; sez. III, 18.06.1999 n. 1160, ric. Ibrahima, sopra citata; 17.02.1999 n. 3628, ric. Derzsiova; sez. I, 07.10.1994, n. 4372, ric. Tortora ed altro);

Ritenuto, altresì, che tali elementi di novità non sono emersi anche in considerazione del fatto che non è stata ancora svolta alcuna attività dibattimentale.

Permane, pertanto, allo stato un giudizio di prognosi negativa, che va posta in relazione, oltre che ai precedenti penali dell'imputato, anche ai fatti dei quali l'imputato medesimo è chiamato a rispondere (cfr. Cass. sez. III, 23.02.1998 n. 744, ric. Calamassi).

La pericolosità dello , invero, deve desumersi innanzitutto dal precedente penale relativo a delitti contro il patrimonio e commessi con l'uso di armi,

nonché dalla valutazione delle emergenze processuali che lo vedono coinvolto in un grave delitto commesso da persona travisata, munita di arma da fuoco.

Allo stato, dunque, permane il concreto pericolo che l'imputato commetta delitti della stessa specie di quello per cui si procede, pericolo che, in caso di applicazione di una misura meno gravosa, potrebbe essere difficilmente contenuto;

Considerato, pertanto, che, per le ragioni sopra evidenziate, misure cautelari meno gravose non sono sufficienti a scongiurare il pericolo di reiterazione del reato posto a fondamento della misura in atto;

P.Q.M.

Visto l'art. 299 c.p.p.

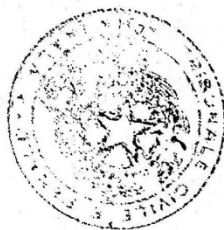
RIGETTA

l'istanza avanzata da

Manda la cancelleria per quanto di competenza.

Marsala, 27 giugno 2006

Il Cancelliere C1



IL PRESIDENTE

Tribunale di Marsala
Depositato in Cancelleria

Il 27 GIU. 2006 ore

Il Cancelliere C1

N. 10000 RG notizie di reato

N. 10000 RG GIP

**TRIBUNALE DI MARSALA**

Ufficio del Giudice per le Indagini Preliminari

DECRETO DI GIUDIZIO IMMEDIATO*- art. 456 c.p.p.*

Il Giudice per le indagini preliminari dott. [nome],
letti gli atti del procedimento penale sopra rubricato ed esaminata la richiesta di
giudizio immediato presentata dal P.M. nei confronti di:

[nome], nato a [città] il [data], ivi residente in [indirizzo]
[cognome]

difeso dall'avv. [nome], legale di fiducia;

allo stato ristretto agli arresti domiciliari presso il luogo di residenza;

IMPUTATO

A) Del reato p. e p. dall'art. 628 co. 3 n. 1) c.p. perché, per procurarsi un ingiusto profitto, con il volto travisato da un passamontagna, mediante violenza e minaccia si impossessava di euro 100,00 circa, sottraendoli dalla cassa della tabaccheria di [città]. Minaccia consistita nel puntare contro la persona di [città] una pistola del tipo semiautomatico e violenza consistita nello strattonare [città] e nel provocarle, con la canna dell'arma, una ferita lacero contusa alla base del III dito della mano destra, giudicata guaribile in giorni 8.

Con le aggravanti di aver commesso il fatto con il volto travisato e di aver commesso la violenza e la minaccia con arma.

B) del reato p. e p. dagli artt. 582 e 585 c.p. perché, strattonando [città] e cercando di toglierle dalla mano la propria pistola che questa aveva preso per la canna, le cagionava lesioni personali dalla quali derivava una malattia nel corpo diagnosticata in "ferita lacero contusa alla base del III dito della mano destra", che necessitava di punti 8 e di sutura e giudicata guaribile in giorni 8.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto con arma.

C) del reato p. e p. dagli artt. 4 e 7 L. 895/1967 perch  illegalmente portava in luogo pubblico una pistola del tipo semiautomatico, arma comune da sparo. Fatti tutti commessi in Marsala, il 25 gennaio 2006.

Identificata la persona offesa in:

- Saladino Maria, nata a Marsala il 12/11/1947, ivi residente nella via ... n. ...

Evidenziate le seguenti fonti di prova:

1. C.N.R. Carabinieri di Marsala del 26.1.2006 ed allegati;
2. verbale di ricognizione di persona offesa effettuato in sede di incidente probatorio in data 10.2.2006;
3. verbale di individuazione di persona effettuata da parte della persona offesa Saladino Maria nei confronti dell'imputato in data 1.4.2006;

Visti gli artt. 455-456 c.p.p..

P.Q.M.

Dispone procedersi a giudizio immediato nei confronti dell'imputato ... di cui sopra indicando per la comparizione del predetto davanti al Tribunale di Marsala, in composizione collegiale, l'udienza del giorno **21 giugno 2006, alle ore 9, I piano, aula "Borsellino"**, con l'avvertimento all'imputato che non comparendo saranno giudicati in contumacia.

Avverte le parti che a pena di inammissibilit  devono depositare nella Cancelleria del Giudice del dibattimento, almeno sette giorni prima della data fissata per l'udienza, la lista degli eventuali testimoni, periti o consulenti tecnici, con l'indicazione delle circostanze su cui deve vertere l'esame.

Avvisa gli imputati che pu  chiedere entro quindici giorni dalla notifica del presente decreto, il giudizio abbreviato o l'applicazione della pena a norma dell'art. 444 c.p.p. Manda alla Cancelleria perch , almeno trenta giorni prima della data fissata per il giudizio, il presente decreto sia comunicato al Pubblico Ministero e notificato unitamente alla richiesta di giudizio immediato presentata dal P.M., all'imputato ed alle altre parti private, con avviso al difensore dell'imputato della data fissata per il giudizio; decorsi i termini per la richiesta di giudizio abbreviato e per il consenso del P.M., il presente decreto sar  trasmesso con il fascicolo del dibattimento al giudice competente per il giudizio; gli atti non inseriti nel predetto fascicolo saranno restituiti al P.M.

Manda alla Cancelleria per gli ulteriori adempimenti di competenza disponendo che in ragione di motivi d'urgenza, connessi alla presenza di imputati detenuti, le notificazioni siano eseguite dalla polizia giudiziaria.

Marsala, 20 aprile 2006.

Cancelliere C1
OLIVA SALVATORE

Tribunale di Marsala
Depositato in Cancelleria
il 20/4/06 ore ...
Il Cancelliere C1
OLIVA SALVATORE

Il Giudice
dott. ...

TRIBUNALE DI MARSALA
E Copia Conforme all'originale
Marsala il Cancelliere C1
ACCARDI B3

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Penale di Marsala, Sezione Penale

Composto dai Sigg. Magistrati:

1. Dott. [nome] Presidente
2. Dott.ssa [nome] Giudice
3. Dott.ssa [nome] Giudice

con l'intervento del P.M. rappresentato dal Sostituto
Procuratore della Repubblica Dott.ssa [nome] e con
l'assistenza del Cancelliere Sig.ra [nome]
ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa penale

CONTRO

[nome], nato a Marsala il [data] - in atto
agli arresti domiciliari in Marsala, [indirizzo] n. [numero]

Arresti domiciliari il 24.2.2006

Detenuto agli arresti domiciliari presente

IMPUTATO

A) del reato p. e p. dall'art. 628 co. 3 n. 1) c.p., perché, per procurarsi un ingiusto profitto, con il volto travisato da un passamontagna, mediante violenza e minaccia, si impossessava di euro 100,00 circa, sottraendoli dalla cassa della tabaccheria di [nome]. Minaccia consistita nel puntare contro la persona di [nome] una pistola del tipo semiautomatico e violenza consistita nello stratonare [nome] e nel provocarle, con la canna dell'arma, una

Udienza del 12.2.2007

N. [numero] sentenza
N. [numero] R.G.
N. [numero] G.I.P.
N. [numero] R.N.R.

Redatta Scheda

Art. Camp. Pen

Depositata nella
Cancelleria del Tribunale

oggi 14 MAG. 2007

Il Cancelliere C1

Divenuta esecutiva

il
addìcomunicazione ex
art.27 e 28 Reg. al
P.M. sede

ferita lacero contusa alla base del III dito della mano destra, giudicata guaribile in giorni 8.

Con le aggravanti di aver commesso il fatto con il volto travisato e di aver commesso la violenza e la minaccia con arma.

B) del reato p. e p. dagli artt. 582 e 585 c.p., perché, stratonando e cercando di toglierle dalla mano la propria pistola che questa aveva preso per la canna, le cagionava lesioni personali dalle quali derivava una malattia nel corpo diagnosticata in "ferita lacero contusa alla base del III dito della mano destra", che necessitava di punti 8 di sutura e giudicata guaribile in giorni 8.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto con arma.

C) del reato p. e p. dagli artt. 4 e 7 L. 895/1967 perché illegalmente portava in luogo pubblico una pistola del tipo semiautomatico, arma comune da sparo.

Fatti tutti commessi in Marsala, il 25 gennaio 2006.

Le parti hanno così concluso:

Il P.M. chiede la condanna alla pena di anni cinque di reclusione ed euro 1.800,00 di multa.

Il difensore dell'imputato, chiede, in primo luogo, l'assoluzione perché il fatto non sussiste; in via subordinata ex art. 530 2° comma c.p.p. e in via ancora più subordinata, il minimo della pena.

MOTIVAZIONE

Con decreto del 20 aprile 2006, il Giudice delle Indagini Preliminari del Tribunale di Marsala disponeva il giudizio immediato nei confronti di [REDACTED] imputato dei reati precisati in rubrica di rapina aggravata, lesioni personali aggravate e porto illegale d'arma da fuoco.

All'udienza del 21 giugno 2006, svoltasi alla presenza dell'imputato, si procedeva alla dichiarazione di apertura del dibattimento e all'ammissione delle prove richieste dal PM e dalla Difesa.

All'udienza del 9 ottobre 2006, stante la mutata composizione del collegio giudicante, in linea con i principi affermati dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione si rinnovava l'apertura del dibattimento e, a seguito della reiterazione delle istanze istruttorie delle parti, veniva nuovamente pronunciata l'ordinanza di ammissione ex art 495 c.p.p. (cfr. Sez. Unite sentenza del 15 gennaio 1999 n.2).

Quindi, l'istruttoria dibattimentale iniziava con l'esame del maresciallo dei Carabinieri [REDACTED] e della persona offesa [REDACTED].

Alla successiva udienza del 19 ottobre 2006 la Difesa rinunciava all'esame dell'imputato e si procedeva all'audizione dei suoi testi

[REDACTED]

Nel frangente la [redacted] con un gesto istintivo tentò di opporsi afferrando la pistola tenuta dal rapinatore, ma non riuscì nell'intento a seguito della immediata reazione di strappo compiuta dal malvivente che, anzi, le procurò una ferita lacero contusa al 3° dito della mano destra, poi rimarginata con otto punti di sutura, così come documentato nel referto rilasciato in pari data dal pronto soccorso del locale Nosocomio (confronta il certificato medico acquisito all'udienza del 21 giugno 2006).

Nello stesso giorno (25 gennaio 2006) la [redacted] denunciava i fatti agli agenti del Commissariato di P.S. di Marsala e in tale contesto segnalava agli inquirenti, così come poi confermato in incidente probatorio e in dibattimento, che pochi minuti prima della rapina si era presentato nel suo negozio un giovane, avente le stesse caratteristiche fisiche del rapinatore, che le aveva chiesto un pacchetto di sigarette di marca << Marlboro >>.

Costui, però, prima della consegna si era allontanato dicendo di non avere con sé il denaro e che sarebbe andato a prenderlo.

La stessa donna precisava agli inquirenti che quest'uomo indossava un abbigliamento identico a quello da lei osservato nel rapinatore e manifestava il suo convincimento che l'episodio sopra riferito concernesse un sopralluogo eseguito dallo stesso malvivente prima della materiale esecuzione del delitto con il volto travisato.

Il giorno successivo (26 gennaio 2006) la donna individuava nella foto ritraente l'imputato il volto del delinquente, nonché il

giubbotto sequestrato nello stesso giorno dai Carabinieri nella casa dello stesso, come quello indossato dal malvivente in occasione della rapina.

Inoltre, la persona offesa riconosceva con certezza l'imputato a seguito di ricognizione formale eseguita in sede di incidente probatorio il giorno 10 febbraio 2006.

Lo stesso esito presentava la successiva ricognizione compiuta in data 1 aprile 2006 caratterizzata dal fatto che la Saladino era chiamata a individuare lo fra tre individui con il volto coperto da passamontagna: in tale contesto, infatti, la donna a seguito dell'ascolto da ciascuno dei tre della espressione << questa è una rapina a mano armata >>, che era stata effettivamente pronunciata dal rapinatore, indicava con fermezza l'imputato di cui aveva riconosciuto sia la tonalità della voce che le stesse fattezze fisiche.

Infine, la in dibattimento all'udienza del 9 ottobre 2006 ancora una volta individuava con certezza nella persona dell'imputato l'esecutore della rapina.

Ciò posto, il compendio probatorio emerso a carico dello si fonda sulle accuse della persona offesa, fonte testimoniale questa che, in base a giurisprudenza costante, non necessita di riscontri esterni e può da sola essere assunta come prova, purché sia sottoposta ad una indagine positiva sulla sua attendibilità (cfr. Cass. sez. 3 del 27 aprile 2006 n.34110 e Sez. 1 n.8606 del 1997 e Cass. sez.IV 29 gennaio 97 n.1027).

Orbene, la verifica operata alla stregua di tale esegesi ha evidenziato, senza ombra di dubbio, la credibilità della la cui deposizione appare connotata da quei requisiti di genuinità, coerenza e sufficiente precisione del racconto, necessari per costituire fondamento di un giudizio di colpevolezza dell'odierno imputato.

Infatti, mentre non sono emersi precedenti motivi di astio o di rancore tra la persona offesa e l'odierno imputato, la decisione della stessa donna di non costituirsi parte civile nel presente procedimento è dimostrativa di un suo sostanziale disinteresse alla tutela patrimoniale dei suoi diritti lesi dalla patita rapina. Invero, sono concettualmente configurabili legittime pretese della eziologicamente ricollegabili a siffatto illecito penale ove si considerino oltre al danno morale da esso causato anche le spese che costei deve sostenere per l'intervento chirurgico alla mano destra, reso necessario a seguito delle lesioni riportate in occasione dello strenuo tentativo di disarmare il malvivente (cfr. esame della p.o. in dibattimento f.21).

Dunque, la scelta della persona offesa di non avanzare alcuna azione risarcitoria nei confronti dell'imputato denota un apprezzabile distacco rispetto alla tutela dei suoi interessi economici e ciò si ripercuote favorevolmente sulla valutazione della sua attendibilità.

Per quanto concerne, poi, la coerenza e precisione della

sostanzialmente confermato sia nella fase segreta del processo che nel contraddittorio (in incidente probatorio e dibattimento) la medesima versione dei fatti insistendo sempre sulla sua certezza del riconoscimento dello _____, quale autore della rapina ai suoi danni.

Invero, le lesioni personali refertate nella certificazione sanitaria sopra menzionata individuano gli effetti traumatici riportati nella mano destra della persona offesa a seguito del suo estremo tentativo di disarmare il rapinatore e dimostrano, su un piano oggettivo, la veridicità del suo racconto nella parte descrittiva della dinamica dell'*iter criminoso* in esame.

Quanto alla certezza del riconoscimento dell'imputato giova sottolineare che la donna conosceva da tempo lo _____ perché costui, in precedenza, diverse volte era entrato nel suo negozio per comprare sigarette e le schede del gioco gratta e vinci (cfr. pagg.30 e 51 udienza dibattimentale del 9 ottobre 2006 e pag. 14 dell'incidente probatorio del 10 febbraio 2006): di guisa che la _____ aveva potuto, già prima del giorno della rapina, memorizzare le sue fattezze fisiche e anche il peculiare timbro della sua voce rauca (cfr. pag. 13 dell'esame della persona offesa in incidente probatorio).

Ed è davvero emblematico della colpevolezza dell'imputato il fatto che costui in sede di interrogatorio abbia, mentendo, negato di essere mai entrato nell'esercizio della _____, poiché ciò evidenzia la consapevolezza che un'eventuale ammissione del suo

accesso nella tabaccheria prima della esecuzione rapina avrebbe costituito in sé prova della veridicità del racconto della persona offesa (cfr. Cass. Sez. Unite 22 febbraio 1993 sulla valutazione da parte del Giudice della menzogna dell'imputato).

Invero, la oggettiva pretestuosità delle richieste fatte dall'avventore, che subito prima della rapina si allontanò dicendo di non avere con sé nemmeno il denaro per acquistare delle sigarette, consente di apprezzare la strumentalità di siffatta azione ricognitiva ^{effettuata ad un livello} in vista dell'esecuzione del crimine per cui è processo.

Orbene, proprio la pregressa conoscenza dello ha consentito alla persona offesa, sin dalla immediatezza dei fatti, di riconoscerlo sia quando, come illustrato, si presentò a viso scoperto nel suo esercizio con la scusa dell'acquisto di un pacchetto di << Marlboro >> che successivamente, quando lo stesso imputato travisato rientrò nel negozio per eseguire la rapina.

Infatti, la persona offesa per effetto di tale intuitiva opera di tempestiva comparazione dei tratti somatici, dell'abbigliamento e del tono di voce del suddetto avventore con quelli del rapinatore travisato, manifestò a quest'ultimo la certezza della sua identità con la seguente espressione " Di nuovo sei venuto ? " (pag.47 dell'esame dibattimentale della persona offesa) .

Ora, su un piano oggettivo la rispondenza al vero della ricognizione operata dalla persona offesa già al momento del fatto

di reato in esame è dimostrata dal rinvenimento nella disponibilità dello [redacted] del giubbotto che il rapinatore indossava in entrambe le illustrate occasioni, indumento da lei articolatamente descritto agli inquirenti prima della eseguita ricognizione (cfr. il verbale di sequestro di tale indumento- un giaccone marca frecce tricolori - operato dai Carabinieri di Marsala in data 26 ottobre 2006 ore 19,15 e conferma della ricognizione di esso avvenuta nel corso dell'esame dibattimentale della [redacted] a ff.52-57).



Si tratta effettivamente, come riferito dalla persona offesa, di un giubbino avente la peculiarità di presentare degli stemmi all'altezza del torace e del braccio e un colletto di finta pelliccia (cfr. ff.6 e 7 dell'incidente probatorio, 25 e 56 esame dibattimentale e f.14 esame del m.llo [redacted]).

Proprio dalla deposizione resa dalla stessa Saladino in sede di incidente probatorio si evince che il giaccone in questione era stato indossato dallo [redacted] quando si presentò simulando l'intenzione di acquistare delle sigarette e quando intervenne nella veste di rapinatore (cfr. pag. 15 della trascrizione dell'udienza del 10 febbraio 2006).

Siffatta dichiarazione appare senz'altro credibile in quanto confermativa della rappresentazione immediatamente fatta dalla [redacted] alla p.g. in tempi non sospetti, ossia prima del rinvenimento e del sequestro del giaccone nella stanza da letto dell'imputato: infatti, subito dopo la rapina la donna in data 25 gennaio 2006 aveva già dichiarato al Commissariato di P.S. di

Marsala che il rapinatore indossava gli stessi indumenti dell'individuo che, poco prima, aveva fatto accesso nel suo esercizio (cfr. f.53 esame dibattimentale).

Di guisa che le insorgenti incertezze palesate dalla all'udienza dibattimentale del 9 ottobre del 2006 sulla eventualità che il rapinatore indossasse un giubbotto diverso sono riconducibili a comprensibili lacune mnemoniche in relazione a specifici dettagli che, fisiologicamente, derivano dal notevole lasso di tempo trascorso dalla consumazione del delitto sino all'epoca di quest'ultima dichiarazione (resa dopo quasi 10 mesi dall'esecuzione della rapina).

E però, ciò non esclude che la ricostruzione del fatto sia effettuata utilizzando la citata deposizione resa a mente fresca dalla stessa teste in data 10 febbraio 2006 in sede di incidente probatorio: è pacifico, infatti, che il suddetto verbale, formato nel contraddittorio delle parti, è sempre utilizzabile ai fini di prova transitando direttamente nel fascicolo per il dibattimento, mentre non è sottoposto al regime di cui al comma secondo dell'art.500 c.p.p. che riguarda esclusivamente gli atti dichiarativi facenti parte del fascicolo del PM (argomento ex art 431 lett. e c.p.p.).

Nemmeno giova alle tesi di Difesa il fatto che la donna sia daltonica, come dimostrato in occasione della visione della foto ritraente il giubbotto indossato dal rapinatore (cfr. f.45 dell'udienza del 9 ottobre 2006), poiché il riconoscimento di tale indumento non è certo avvenuto in base ai suoi colori , quanto in

relazione ad altri suoi particolari obiettivamente acclarati, come la presenza e la particolare allocazione degli stemmi oltre alla
esistenza di un collo di simil pelliccia.

Del resto, la complessiva credibilità del racconto della [] si ricava dall'univoco esito delle molteplici convergenti prove ricognitive avvenute nel presente giudizio in cui l'individuazione dello [] è avvenuta per effetto della
coincidenza delle sue caratteristiche somatiche e del tono della sua voce rispetto a quelle del malvivente che eseguì la rapina.

Invero, va rammentato che la persona offesa oltre a individuare il giubbotto in questione ha sempre riconosciuto senza dubbio
alcuno la persona dello imputato come quella del rapinatore ogni qualvolta ha visto le sue sembianze.

Così, come già detto, nella immediatezza dei fatti lo ha individuato in fotografia (il giorno dopo la rapina) e il brevissimo
lasso temporale intercorrente tra la consumazione del delitto e la prima ricognizione dà ampie garanzie sulla esattezza del
riconoscimento.

Inoltre, la donna ha confermato di avere memorizzato le sue fattezze fisiche anche quando la ricognizione è avvenuta
osservandolo tra soggetti, aventi analoghe caratteristiche somatiche, vestiti con abiti simili (cfr. incidente probatorio del
10 febbraio 2006).

Davvero significativa è, poi, agli effetti del giudizio di credibilità, la ricognizione compiuta il giorno 1 aprile 2006 ,

all'esito della quale la [redacted] ha individuato l'imputato fra tre soggetti con il volto coperto da passamontagna dopo avere ascoltato la loro voce.

In siffatta circostanza, in cui sono state sostanzialmente riprodotte le medesime condizioni in cui la donna vide il rapinatore, costei ha dimostrato nei fatti di essere in grado, così come dichiarato, di individuarlo anche se il suo volto era travisato: la sola visione degli occhi e l'ascolto della peculiare voce dell'imputato mentre pronunciava le espressioni usate dal malvivente, le ha permesso di riconoscerlo senza esitazione alcuna (sull'autonomo rilievo probatorio anche della sola ricognizione di voce cfr. Cass. Sez.5 n.11921 del 27 ottobre 2004).

Né tantomeno ad incrinare lo spessore probatorio del racconto della [redacted] può rilevare l'esito negativo della individuazione fotografica eseguita in sua presenza nella immediatezza dei fatti dagli agenti del Commissariato di P.S. di Marsala, dal momento che in quella occasione non le venne mostrata alcuna fotografia riproducente il volto dell'odierno imputato (cfr. esame dell'ispettore di p.s. Rallo all'udienza del 10 gennaio 2007 f.3).

Alla luce di tali argomentazioni è stato dimostrato che l'imputato è l'esecutore della rapina per cui è processo, aggravata dall'aver commesso il fatto con il volto travisato e con la minaccia di un'arma.

Stante l'esiguità del danno patrimoniale procurato alla persona offesa (euro 100,00 oltre a un pacchetto di sigarette) sussiste l'attenuante del danno patrimoniale di speciale tenuità da ritenere equivalente alle menzionate aggravanti.

Inoltre, sono parimenti configurabili a suo carico il reato di porto illegale in luogo pubblico della pistola utilizzata in occasione della rapina (capo C) e il delitto di lesioni personali per effetto della ferita lacero contusa procurata alla persona offesa quando costei cercò di disarmarlo (capo B).

La contestualità delle suddette azioni delittuose e la strumentalità di esse rispetto al fatto delittuoso sub A evidenziano l'esistenza di un disegno criminoso unitario che lega insieme tutti i reati ascritti allo stesso imputato nel vincolo della continuazione.

Valutati i criteri direttivi di cui all'art. 133 c.p. , stimasi equa la pena di anni tre e mesi sei di reclusione e di euro 900,00 di multa. (reato più grave capo A- pena base : anni tre di reclusione e € 516,00 di multa + aumento per la continuazione).

L'inclinazione a delinquere dell'imputato è dimostrata dalla reiterazione delittuosa dopo il precedente penale specifico riportato in materia di armi e delitti contro il patrimonio (cfr. sentenza GUP del Tribunale dei minori di Palermo di concessione del perdono giudiziale per ricettazione e porto d'armi).

Se si considera, poi, che la perpetrazione della rapina è avvenuta con l'uso di un'arma da fuoco, si trae il convincimento che la personalità dell'imputato è allo stato orientata alla commissione

di fatti di particolare rilievo antisociale e ciò preclude la concessione in suo favore delle circostanze attenuanti generiche.

Seguono per legge la condanna al pagamento delle spese processuali.

Inoltre, va applicata la pena accessoria dell'interdizione temporanea dai pubblici uffici.

Infine, si rileva che il titolo dei reati per i quali è stata pronunciata condanna rientra nella sfera di applicabilità del beneficio dell'indulto e che, stante la sostanziale incensuratezza dello stesso, deve pervenirsi in questa sede alla consequenziale dichiarazione di estinzione della pena ancora da scontare.

Orbene, tenuto conto del fatto che l'imputato trovasi in custodia cautelare dal 24 febbraio 2006 per complessivi mesi 11 e giorni 18, la residua pena detentiva da scontare di anni uno, mesi sei e giorni 11 di reclusione rientra integralmente, così come quella pecuniaria inflitta di € 900,00, nel limite massimo previsto dall'art 1 della legge n.142/06.

Segue *ex lege* la dichiarazione di cessazione di efficacia della misura degli arresti domiciliari disposta dal GIP in sede in data 24 febbraio 2006 e la conseguente scarcerazione dell'imputato se non detenuto per altra causa.

Quanto al giubbotto in sequestro ne va disposta la confisca essendo stato indossato dallo stesso imputato per l'esecuzione dei delitti in esame.



In ultimo, la molteplicità dei capi d'imputazione e il rilievo delle questioni giuridiche sottese alla definizione del procedimento impongono la fissazione del termine di giorni 90 per il deposito della motivazione.

PQM

Visti gli articoli rubricati, 62 n.4, 69, 81 cpv c.p. 533-535 c.p.p.;

Dichiara colpevole dei reati a lui ascritti e, concessa la circostanza attenuante del danno patrimoniale di speciale tenuità equivalente alle aggravanti di cui al capo A e ritenuta la continuazione, lo condanna alla pena di anni tre e mesi sei di reclusione e € 900,00 di multa oltre al pagamento delle spese processuali;

Visto l'art.29 c.p. ;

Dichiara l'imputato interdetto dai pubblici uffici per la durata di anni cinque;

Visto l'art1 legge n.241/06;

Dichiara condonata la pena principale sopra inflitta nella misura di anni due, mesi sei e giorni undici di reclusione e di euro 900,00 di multa;

Visto l'art.300, commi III e IV c.p.p.;

Dichiara la cessazione della efficacia della misura degli arresti domiciliari disposta dal GIP in sede in data 24 febbraio 2006 e per l'effetto dispone l'immediata scarcerazione dell'imputato se non detenuto per altra causa;

Visto l'art.240 comma primo c.p.;

7

Ordina la confisca del giubbotto in sequestro;
Visto l'art. 544 co. 3 c.p.p.;
fissa in giorni 90 il termine per il deposito della motivazione.
Marsala 12 febbraio 2007

Il Presidente estensore

Dr. [Firma illeggibile]

Il Cancelliere C1

19/01/08
6

MICHELE NAPOLI
avvocato

TRIBUNALE DI MARSALA

Ill.mo sig. Giudice per le indagini preliminari

Nell'interesse di **SPARLA**, nato il **15/01/1975** in Marsala, in atto ristretto presso la Casa Circondariale di Trapani, il sottoscritto difensore

PREMESSO

- che con ordinanza emessa nel procedimento n. **1466/07** RGNR - **1377/07** RGGIP del **12/01/07**, lo **SPARLA** è stato sottoposto alla misura cautelare della custodia in carcere;
- che con sentenza del **20/01/07** lo **SPARLA** ha definito il procedimento a suo carico con sentenza di applicazione della pena di anni 3 di reclusione ed €. 1.200,00 di multa;
- che la superiore sentenza non è ancora irrevocabile;
- che lo **SPARLA** è soggetto tossicodipendente che intende sottoporsi ad un programma terapeutico di recupero presso il Centro di Solidarietà FARO di Marsala;
- che il menzionato Centro terapeutico ha manifestato la propria disponibilità ad ospitarlo, a fini di recupero, presso la propria struttura residenziale sita in Marsala C/da Rakalia n.220 ter;

RITENUTO

- che la *ratio* della normativa di cui al DPR 309/90, così come modificata dalla recente legge 49/06, è quella di favorire il più possibile il recupero dei soggetti tossicodipendenti

Tutto ciò premesso e ritenuto

CHIEDE

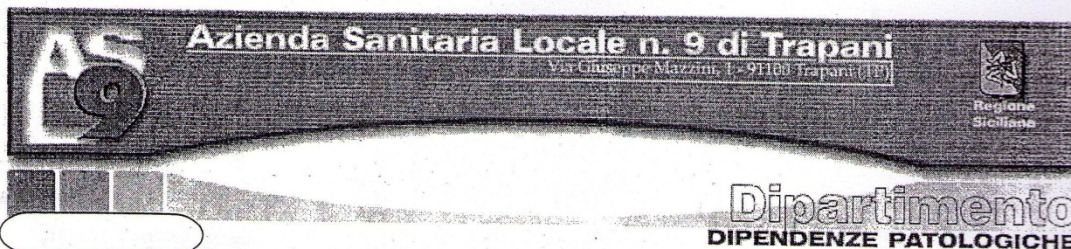
che la S. V. Ill.ma voglia disporre la sostituzione della misura della custodia cautelare in carcere con quella meno afflittiva degli arresti domiciliari presso la struttura autorizzata Centro di Solidarietà F.A.R.O. di Marsala sita in Marsala nella C/da Rakalia 220 ter.

Si allega:

- Delega dell'Avv. Michele NAPOLI alla predisposizione della presente istanza;
- Certificazione del SERT di Marsala attestante lo stato di tossicodipendenza dello ...;
- Copia della dichiarazione di disponibilità del Centro di Solidarietà FARO di Marsala all'accoglienza;
- Copia del programma e della metodologia di intervento del Centro di Solidarietà FARO di Marsala.

Marsala, 23/9/2008

Avv. Alessandro CASANO
(per l'Avv. Michele Napoli)



Dipartimento Dipendenze Patologiche

Direttore: Dott. S. ...

SERVIZIO DISTRETTUALE

SER.T. MARSALA

Responsabile Dott. ...

OSPEDALE SAN BIAGIO

PIAZZA SAN FRANCESCO

91025 MARSALA

TEL. : 0923 782298 – 782293 – 714879

FAX 0923 782298

Alla Cortese attenzione dell' Avv. Michele Napoli
Legale di fiducia del Sig. ...

Prot. N. ... Ser.T.

Marsala 17-09-2008

Rif. Nota n. : _____ del _____

OGGETTO : Certificazione Sig. Sparla Alessio, nato a Marsala il 20-12-1985

In riferimento al Sua richiesta si certifica che il Sig. Sparla Alessio in oggetto specificato è utente del Ser.T. di Marsala. La diagnosi posta a carico del Sig. Sparla Alessio è una tossicodipendenza da cocaina, tale dato si desume in modo incontrovertibile dalla consulenza effettuata dall' Università di Messina, Dipartimento di Scienze degli Alimenti e dell' Ambiente su un campione di capelli che ha confermato in modo inconfutabile la presenza di cocaina nei capelli campionati. Sul sig. Sparla Alessio è stato effettuato un colloquio presso il Carcere di Trapani ove è in atto ristretto. Dal colloquio è emersa la precisa volontà ad intraprendere un programma terapeutico-riabilitativo in comunità terapeutica, si è, pertanto, ravvisata la possibilità e l' utilità di un inserimento dell' utente presso la Comunità Terapeutica FARO di Marsala al fine della sua riabilitazione dalla tossicodipendenza, il tale programma risulta necessario ed idoneo al recupero del Sig. Sparla Alessio.

Si inviano distinti saluti e si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti

Il Responsabile del Ser.T.
Dott. ...

N
NRG notizie di reato
RG GIP

TRIBUNALE DI MARSALA

Ufficio del Giudice per le Indagini Preliminari

ORDINANZA

Il giudice per le indagini preliminari dott. [redacted],
vista la richiesta di sostituzione della misura cautelare della custodia cautelare in carcere in atto applicata nei confronti di [redacted], avanzata in data 24 settembre 2008, ai fini di una sua sostituzione con quella degli arresti domiciliari presso la comunità terapeutica "Faro";
visto il parere favorevole espresso dal Pubblico Ministero in data 24.9.2008 e trasmesso a quest'Ufficio in data 25.9.2008;
rilevato che non emerge alcun elemento diverso da quelli presi in considerazione ai fini dell'applicazione della misura cautelare in atto che valga a giustificare la revoca della stessa; conservano quindi valore le argomentazioni svolte nell'ordinanza applicativa da intendersi qui richiamata rammentandosi che il mero decorso del tempo non può da solo indurre ad una diversa considerazione degli elementi già valutati in sede di applicazione della misura, da reputarsi tuttora adeguata alla gravità dei fatti e proporzionata alla pena di anni 3 di reclusione ed euro 1.200,00 di multa applicata, nel presente procedimento, da quest'Ufficio con sentenza emessa ex art. 444 c.p.p. in data 23 settembre 2008 (per cui è ben lungi dal verificarsi la scadenza del termine di fase: 23.6.2009) (v. Cass. 26.4.1995, Adelizi e Cass. 13.5.1997, Fanari);
ritenuto che l'argomentazione concernente il proprio stato di tossicodipendenza e l'intenzione di intraprendere un percorso di recupero presso la menzionata struttura terapeutica, non deve ritenersi adeguatamente supportata dagli atti richiesti dall'art. 89 d.p.r. 309/1990, atteso che la documentazione allegata all'istanza non consente di valutare l'attualità dello stato di tossicodipendenza in quanto dalla certificazione rilasciata dal Sert di Marsala in data 17.9.2008 si evince semplicemente che lo Sparla è utente dello stesso servizio "tossicodipendenza da cocaina" emergente da una "consulenza effettuata dall'Università di Messina... su un campione di capelli" senza che però si indichi l'epoca degli esami clinici diretti all'accertamento della predetta condizione soggettiva e la risalenza temporale degli eventuali trattamenti con farmaci sostitutivi e, soprattutto, se tale stato debba considerarsi permanente alla luce del decorso di un periodo di tempo non breve (l'imputato si trova ristretto in custodia cautelare dal settembre 2007) durante il quale non risulta che lo stesso imputato abbia fatto in alcun modo ricorso, in ragione del menzionato stato, né all'uso di farmaci sostitutivi né alle cure di sanitari;

rilevato inoltre che nel caso di specie debba ritenersi la sussistenza di "esigenze cautelari di eccezionale rilevanza" atteso che l'odierno imputato, pur formalmente incensurato, risulta gravato da ben due sentenze di condanna in primo grado (1. sentenza emessa ex art. 444 c.p.p. in data 23 settembre 2008 da quest'Ufficio di applicazione della pena di anni 3 di reclusione ed euro 1.200,00 di multa; 2. sentenza emessa in data 12 febbraio 2007 dal Tribunale di Marsala, in composizione collegiale, di condanna alla pena di anni 3 e mesi 6 di reclusione ed euro 900,00 di multa) concernenti gravi fatti di rapina commessi con uso di pistola (cfr. certificato carichi pendenti; copia sentenza Tribunale di Marsala cit.);

P.Q.M.

Respinge la richiesta avanzata nell'interesse di *[illegibile]*

Manda alla Cancelleria per quanto di competenza

Marsala, 26 settembre 2008

Il Giudice per le indagini preliminari

Dott. *[illegibile]*

[Handwritten signature]

Il Cancelliere C1

[Handwritten signature]
[Circular stamp]

26/9/08
[Handwritten signature]

DEPOSITATO IL 06/10/2008

MICHELE NAPOLI
avvocato**TRIBUNALE DI PALERMO**
SEZIONE IMPUGNAZIONI MISURE CAUTELARI**- ATTO DI APPELLO EX ART. 310 CPP -**

Nell'interesse di [redacted] nato a [redacted] il [redacted] in atto ristretto presso la Casa Circondariale di Trapani imputato nel procedimento penale [redacted] RGNR - [redacted] RGGIP, il sottoscritto difensore propone appello avverso l'ordinanza resa dal GIP presso il Tribunale di Marsala, in data 26/0/2008, con la quale è stata rigettata la richiesta di modifica della custodia cautelare in carcere con quella degli arresti domiciliari presso la struttura autorizzata Centro di Solidarietà FARO di Marsala.

MOTIVI

Con istanza depositata in data 24/9/2008 l'odierno appellante chiedeva la sostituzione della custodia cautelare in carcere con quella degli arresti domiciliari presso la struttura autorizzata Centro di Solidarietà FARO di Marsala.

A fondamento della richiesta, lo [redacted] evidenziava di essere soggetto tossicodipendente e di essere intenzionato ad intraprendere un programma terapeutico di recupero, così come concordato con la struttura sanitaria autorizzata "FARO" di Marsala che aveva, tra l'altro, manifestato la propria disponibilità ad ospitarlo presso la propria struttura residenziale di C/da Rakalia di Marsala.

Il GIP, con l'ordinanza oggi impugnata rigettava la richiesta evidenziando:

1. l'inadeguatezza della documentazione allegata all'istanza a valutare l'attualità dello stato di tossicodipendenza del richiedente, atteso che «...dalla certificazione rilasciata dal SERT in data 17/9/2008 si evince semplicemente che lo [redacted] è utente dello stesso servizio ... senza che però si indichi l'epoca degli esami clinici diretti all'accertamento della

predetta condizione soggettiva... e soprattutto se tale stato debba considerarsi permanente...».

2. *la sussistenza, in ogni caso, di «...esigenze cautelari di eccezionale rilevanza atteso che l'odierno imputato, pur se formalmente incensurato, risulta gravato da ben due sentenze di primo grado».*

Orbene l'impugnata ordinanza è errata e deve essere riformata.

1. Della inadeguatezza della documentazione prodotta

Con riguardo alla asserita insufficienza della documentazione prodotta ad accertare l'epoca in cui sono stati effettuati gli esami clinici diretti a rilevare lo stato di tossicodipendenza dello si osserva quanto appresso.

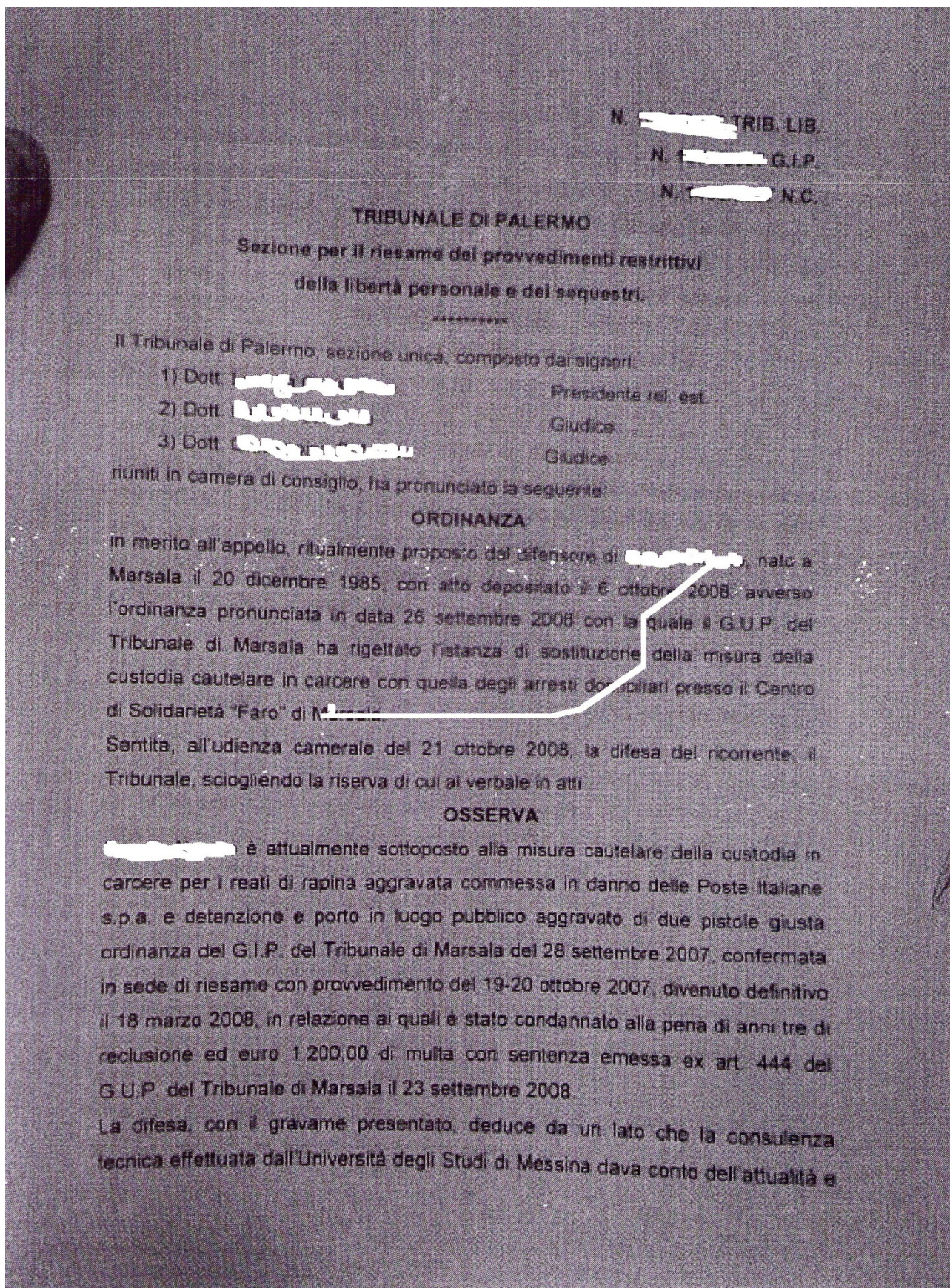
La consulenza tecnica effettuata dall'Università degli Studi di Messina (richiamata nell'ordinanza di rigetto) era già stata prodotta in atti e dava inequivocabilmente conto dell'attualità e della persistenza dello stato di tossicodipendenza: il prelievo di materiale biologico finalizzato all'accertamento di tale stato soggettivo è stato, infatti, eseguito in data 28/7/2008.

Ad ogni buon conto si allega, al presente atto di impugnazione, l'originale della consulenza medica, da cui si evince l'epoca in cui sono stati effettuati gli accertamenti e, conseguentemente, l'attualità dello stato di tossicodipendenza.

2. Della sussistenza di esigenze cautelari di eccezionale rilevanza

L'erroneità dell'impugnata ordinanza risulta ancor più evidente nella parte in cui si è ritenuto che la sussistenza di due sentenze di condanna di primo grado per il delitto di rapina aggravata costituissero elemento sufficiente ad integrare le "esigenze cautelari di eccezionale rilevanza".

Sul punto si rileva, da un lato, che il fatto che si proceda per il delitto di rapina aggravata - per espressa previsione normativa - non costituisce ostacolo alcuno alla concessione dell'invocata misura ma, semmai, legittima l'Autorità Giudiziaria a subordinare dell'accoglimento dell'istanza



della persistenza dello stato di tossicodipendenza giacché il prelievo di materiale biologico finalizzato all'accertamento di tale stato soggettivo era stato eseguito in data 28 luglio 2008 e dall'altro che non sussistevano le esigenze cautelari di eccezionale rilevanza stante che l'esistenza di una precedente condanna di primo grado non poteva costituire elemento sufficiente ad integrare un quadro cautelare di straordinaria intensità, tenuto conto anche della giovanissima età dell'appellante, del suo stato di incensuratezza, della non appartenenza ad associazioni criminali e dell'unico precedente peraltro non definitivo.

L'atto di appello è infondato.

Osserva il Collegio che nel caso in esame, viene in applicazione la legge 21 febbraio 2009, n. 49, entrata in vigore il 28 febbraio 2006 (legge di conversione del decreto legge 30 dicembre 2005, n. 272), che ha modificato l'art. 89 del testo unico di cui al D.P.R. n. 309 del 1990 (art. 4-sexies).

In particolare, il comma secondo dell'articolo 89, come modificato dalla legge sopra indicata, prevede che "se una persona tossicodipendente o alcoolodipendente, che è in custodia cautelare in carcere, intende sottoporsi ad un programma di recupero presso i servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti, ovvero una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116, la misura cautelare è sostituita con quella degli arresti domiciliari ove non ricorrano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza.

La sostituzione è concessa su istanza dell'interessato.

All'istanza è allegata certificazione rilasciata da un servizio pubblico per le tossicodipendenze o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2, lettera d) dell'articolo 116, attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcoolodipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche, nonché la dichiarazione di disponibilità all'accoglimento rilasciata dalla struttura. Il servizio pubblico è comunque tenuto ad accogliere la richiesta dell'interessato di sottoporsi a programma terapeutico.

La sanzione giudiziaria, quando si procede per i delitti di cui agli articoli 628, terzo comma, o 629, secondo comma, del codice penale e comunque nel caso

sussistano particolari esigenze cautelari, subordina l'accoglimento dell'istanza all'individuazione di una struttura residenziale"

Premesse queste brevi linee in ordine al nuovo contesto normativo di riferimento, preliminare all'accoglimento della richiesta avanzata nell'interesse dell'indagato è la verifica della sussistenza di esigenze cautelari di eccezionale rilevanza.

Ciò detto, osserva il Collegio che "l'eccezionalità delle esigenze cautelari richiesta dall'art. 89 sopra richiamato, per l'imposizione della più grave delle misure coercitive, si connota di un rilievo che si distacca dalla tipicità e dalla normalità che si evidenziano nelle esigenze cautelari in via ordinaria"

Tale previsione va correlata alla prima parte del terzo comma dell'art. 275, c.p.p., il quale stabilisce che la custodia cautelare in carcere può essere disposta quando ogni altra misura risulti inadeguata.

Ne consegue che va concretamente dimostrato, in maniera rigorosa, che nessun'altra misura cautelare diversa dalla custodia in carcere, in una situazione connotata da un non comune, spiccato ed allarmante rilievo, sia specificamente idonea ad evitare la possibilità che siano eluse le finalità di cui all'art. 274 cod. proc. pen." (Cass. Pen., n. 3188 del 14 luglio 1994).

Con particolare riferimento alla sussistenza delle esigenze cautelari di eccezionale rilevanza nei confronti del tossicodipendente deve affermarsi che tale situazione, che pure non coincide con una normale situazione di pericolosità, si identifica in una esposizione al pericolo dell'interesse di tutela della collettività di tale consistenza da non risultare compensabile rispetto al valore sociale rappresentato dal recupero del soggetto tossicodipendente, valutabile anche in termini di probabilità (Cass. Pen., n. 5437 dell'11 febbraio 2005).

L'eccezionale rilevanza, pertanto, non attinge "tout court" alle normali esigenze cautelari, ma afferisce alla gradazione della intensità delle stesse che deve essere tale da far ritenere insostituibile la misura carceraria (Cass. Pen., n. 34218 del 23 settembre 2005).

Quindi da un lato le citate esigenze non possono desumersi soltanto dai precedenti penali dell'indagato, dall'altro questi, unitamente ad altri elementi, sono idonei a postulare una prognosi di reiterazione criminosa in termini di eccezionale rilevanza.

Tanto premesso, ritiene il Tribunale che nel caso di specie tale presupposto sussista con riferimento all'esigenza cautelare del pericolo di reiterazione di reati che non può non ritenersi eccezionale.

Ed invero, proprio la circostanza che lo [redacted], soggetto giovanissimo, sia stato già condannato alla pena di anni tre di reclusione ed euro 1.200,00 di multa per rapina aggravata ed armi con sentenza emessa ex art. 444 c.p.p. il 23 settembre 2008 e abbia subito un'ulteriore condanna con sentenza del Tribunale di Marsala del 12 febbraio 2007 alla pena di anni tre e sei mesi di reclusione ed euro 900,00 di multa sempre per gravi fatti di rapina commessi con l'uso di armi denota l'estrema pericolosità del soggetto e la negativa personalità dello stesso, nonostante lo stato di incensuratezza del medesimo.

Ed invero, proprio la gravità dei fatti di reato per i quali lo Sparta è stato condannato in primo grado e le modalità di realizzazione delle condotte criminose, commesse sempre in concorso con altri e con l'uso di pistole, dimostrano che la commissione degli stessi non sia fatto isolato ed occasionale, ma piuttosto sistematico e continuo, elemento questo che suscita grande allarme sociale tale da far ritenere le esigenze specialpreventive di eccezionale rilevanza. Le condanne subite per fatti di così rilevante gravità dimostrano, infatti, l'assoluta impermeabilità dell'indagato, peraltro di giovane età, ai divieti di legge, con conseguente esposizione al pericolo dell'interesse di tutela della collettività. Inoltre, lo Sparta risulta essere stato sottoposto alla misura di prevenzione della sorveglianza speciale per anni due e mesi sei con decreto del Tribunale di Trapani divenuto definitivo in data 29 luglio 2008.

Detti elementi, valgono a connotare in termini di eccezionalità il *periculum* di cui all'art. 274 lett. c) c.p.p. e a far ritenere prevalente l'esigenza di tutela della collettività rispetto al valore sociale rappresentato dal recupero del soggetto, che deve ritenersi valutato in termini di probabilità.

La sussistenza delle esigenze cautelari di eccezionale rilevanza connesse al pericolo di reiterazione dei reati assorbe gli ulteriori profili difensivi sollevati in relazione alla documentazione allegata all'istanza presentata al giudice di prime cure.

Alla luce delle considerazioni che precedono, l'impugnazione va respinta e l'imputato va condannato al pagamento delle spese di fase.

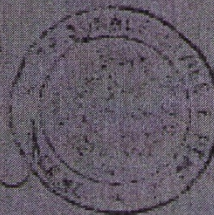
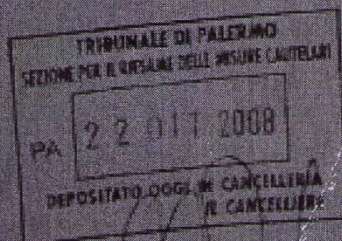
P.Q.M.

rigetta l'appello proposto dal difensore di ~~XXXXXX~~ avverso l'ordinanza pronunciata del G.U.P. del Tribunale di Marsala il 26 settembre 2008 e condanna l'impugnante al pagamento delle spese di fase.

Manda alla cancelleria per le comunicazioni di rito, disponendo altresì, la comunicazione, ex art. 94 comma primo ter disp.att. c.p.p., al Direttore della Casa Circondariale ove si trova detenuto l'imputato, perchè provveda ai sensi dell'art. 94 comma primo, n.1 bis, disp.att. c.p.p.

Palermo, 21 ottobre 2008.

IL PRESIDENTE EST.





UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELL'AMBIENTE
"PROF. GUGLIELMO STAGNO d'ALCONTRES"

**CONSULENZA TECNICA DI PARTE
NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PENALE**

N. R.G. notizie di reato

N. R.G. G.I.P.

NEI CONFRONTI DI



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELL'AMBIENTE
"PROF. GUGLIELMO STAGNO d'ALCONTRES"

Il giorno 21/07/2008, io sottoscritto _____ Direttore del Dipartimento di Scienze degli Alimenti e dell'Ambiente dell'Università degli studi di Messina, ricevo dall'Avv. Michele Napoli la comunicazione dell'autorizzazione da parte del Giudice per le indagini preliminari, dott. _____, a procedere ad un prelievo ed ad un esame dei capelli del Sig. _____, al fine di verificare la presenza di tracce di cocaina.

In data 28/07/2008 alle ore 12.00 veniva effettuato dal sottoscritto presso il carcere di Trapani, alla presenza del personale del carcere di turno, un prelievo di capelli dalla testa del Sig. _____.

I capelli venivano conservati in due buste di carta e portate presso il laboratorio del Dipartimento di Scienze degli Alimenti e dell'Ambiente dell'Università degli studi di Messina per le suddette analisi.



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELL'AMBIENTE
"PROF. GUGLIELMO STAGNO d'ALCONTRES"

Analisi della cocaina nei capelli

PREMESSA

La possibilità di accertare in laboratorio una dipendenza (fisica) da farmaci o da qualsiasi altra sostanza da abuso (farmaci psicotropi, droghe, nicotina e alcol) è oggi parte fondamentale della medicina legale. Più precisamente, si tratta della disciplina nota come "tossicologia forense", cioè quella parte della medicina legale che in passato concerneva più strettamente le diagnosi di avvelenamento (o intossicazione da veleni di varia natura) e che, in tempi più recenti, ha acquisito nuova importanza data la diffusione dell'uso (e dell'abuso) di droghe di diversa provenienza e natura (sintetiche e non). La diagnosi di laboratorio delle tossicodipendenze assume quindi una valenza sociale di rilevante importanza soprattutto nell'ambito dell'informazione educativa, della prevenzione verso l'abuso di stupefacenti e nel controllo delle terapie disintossicanti.

Anche in questo caso, le moderne applicazioni tecnologiche all'analisi tossicologica sono così avanzate da permettere il raggiungimento di risultati sempre più specifici e precisi a partire da materiali di campionamento biologici (in vivo il sangue, le urine, i capelli e da cadavere, tutti i tessuti disponibili o accessibili) e non biologici (vestiti, terreno, liquidi vari e bevande, alimenti anche cotti) che sono sufficienti, a volte, in quantità risibili. Le metodiche di laboratorio più specifiche sono quelle che si basano sulla chimica e sulla chimica-fisica (gas-cromatografia e gas-massa) e che utilizzano strumenti ad alta risoluzione (HPLC - high performance liquid chromatography). Per meglio comprendere di che cosa si tratti si deve tenere presente qualche semplice principio della farmacodinamica. Infatti, ogni droga dopo l'assunzione (endovena, per via inalante, per via orale) segue un percorso, in linea di massima sovrapponibile, che ricalca una trasformazione a tappe (metabolizzazione) del principio attivo che è in questa contenuto e una eliminazione finale, salvo accumuli possibili in tessuti diversi. In pratica, a parte le somministrazioni endovena che entrano direttamente in circolo e arrivano abbastanza presto al filtro epatico, anche le altre vie di assunzione prevedono la metabolizzazione da parte del fegato e, quindi, ciò che si misura in laboratorio sono i prodotti della trasformazione metabolica epatica e delle varie droghe di partenza.

h



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELL'AMBIENTE
"PROF. GUGLIELMO STAGNO d'ALCONTRES"

L'analisi di droghe e dei suoi metaboliti può essere eseguita su gran parte dei fluidi biologici, il tempo di permanenza di tali sostanze tuttavia varia in base alla natura del campione biologico:

- Sangue e saliva: poche ore
- Urina: giorni
- Capelli: mesi

Nella tossicologia forense di routine il materiale più utilizzato in vivo e validato (certificato) per i procedimenti legali è l'urina. Fermo restando che il sangue nel caso della iniezione endovena dello stupefacente, ne rimane "inondato" per primo, ma per un tempo relativamente breve e ancora, che sul cadavere tutti i tessuti possono diventare depositi dello stupefacente (per esempio per i cannabinoidi che sono liposolubili il miglior deposito è il tessuto adiposo). Inoltre, una delle analisi che ha destato dissensi è curiosità è anche quella dell'**esame tossicologico del capello**. Questo particolare accertamento sarebbe più indicato per le indagini retrospettive (prelievo dei capelli da cadavere o controllo delle terapie di disintossicazione) e si deve tenere conto che in un soggetto adulto i capelli crescono costantemente per una lunghezza di circa 1 cm al mese. Inoltre, se per urine e sangue bastano davvero pochi microlitri per l'accertamento sicuro (anche per misurare una quantità di analista piccolissima), per i capelli necessitano almeno 100 mg di partenza. Infine, nonostante la precisione odierna e l'accuratezza dei nuovi metodi non è da trascurare la possibilità di falsi (positivi e/o negativi) ai test nei casi solo sospetti. Possibilità che si va allontanando data la standardizzazione dei metodi e l'alta precisione che si sta progressivamente raggiungendo anche in laboratori non necessariamente molto grandi o troppo attrezzati (Bertol et al., 1994).

Il meccanismo descritto per spiegare la presenza della cocaina nei capelli è il seguente: la sostanza stupefacente presente nel flusso ematico viene portata al bulbo capillifero attraverso la rete di capillari che irrorano il cuoio capelluto. Qui la cocaina si lega a macromolecole facenti parti del bulbo e quindi viene incorporata nella struttura del capello interagendo con i gruppi carbossilici, sulfidrilici e i residui amminoacidici della struttura cheratinica. Un altro meccanismo proposto è l'incorporazione attraverso il sebo, il sudore e l'ambiente esterno (Breuer, 1981) (**Fig. 1**).



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELL'AMBIENTE
"PROF. GUGLIELMO STAGNO D'ALCONTRES"

Per la prima volta l'analisi della cocaina nei capelli è stata descritta da Valente et al.

1981.

INCORPORAZIONE DI DROGHE NEI CAPELLI DURANTE LA CRESCITA

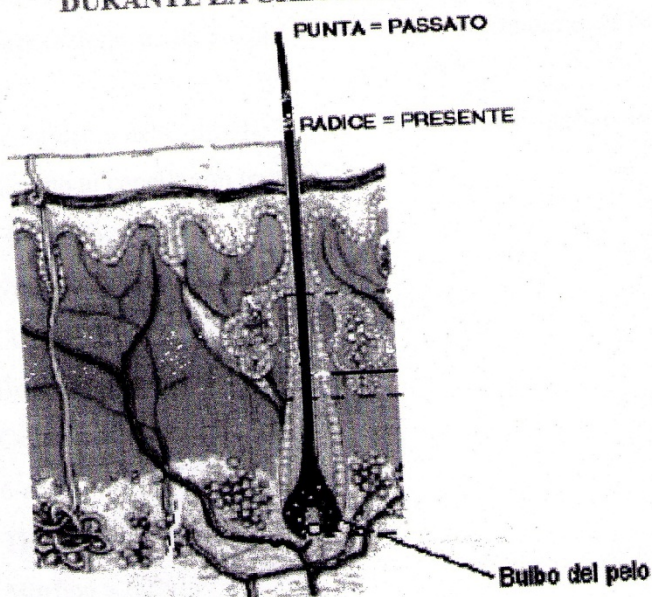


Figura 1: incorporazione della cocaina nei capelli

1. DETERMINAZIONE DELLA COCAINA NEI CAPELLI: ASPETTI GENERALI

L'analisi di sostanze stupefacenti in campioni di capelli deve tenere in considerazione alcune variabili (Cone et al, 1991):

- I meccanismi di incorporazione della droga dentro i capelli;
- La natura del legame della droga con la matrice cheratinica;
- Lo stato solido e la disomogeneità del capello;
- La velocità di crescita dei capelli;
- La pigmentazione dei capelli;
- Il trattamento cosmetico dei capelli;
- L'esposizione in vivo dei capelli a contaminazioni esterne.



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELL'AMBIENTE
"PROF. GUGLIELMO STAGNO d'ALCONTRES"

- 2) tre lavaggi della durata di 5 minuti con acqua distillata, acetone ed-etero di petrolio rispettivamente;
- 3) un lavaggio a 37° C per 15 minuti con alcool etilico o metilico;
- 4) un lavaggio di 15 minuti con alcool etilico anidro seguito da tre lavaggi di 30 minuti con tampone fosfato (0.01 M, pH 5.5).

1.3 Preparazione del campione, digestione ed estrazione

I capelli asciutti possono essere:

- tagliati finemente con forbici pulite;
- polverizzati tramite mulino a palle;

La matrice cheratinica viene quindi sottoposta a digestione che serve ad estrarre in maniera selettiva e quantitativa gli analiti di interesse dall'interno della matrice cheratinica, senza modificare chimicamente gli analiti stessi.

Esistono quattro metodi di digestione del campione di capelli:

- 1- Digestione enzimatica
- 2- Digestione basica
- 3- Digestione acida
- 4- Digestione in alcol metilico

La digestione è seguita dall'estrazione, fase in cui la cocaina viene separata dalla struttura cheratinica del capello. L'estrazione può essere liquido-liquido o liquido-solido. Nel primo caso si possono usare differenti solventi: isopropanolo, cloroformio, esano, toluene. L'estrazione in fase solida si può effettuare con colonnine apolari opportunamente eluite.

L'analisi quali-quantitativa può essere effettuata mediante GC-MS o LC-MS. Il risultato finale delle analisi va espresso in µg di xenobiotico / mg di capelli.

Accanto al risultato quantitativo andrà sempre espressa la lunghezza in cm del segmento analizzato e la sua distanza dalla base del cuoio capelluto.

Il valore di cut-off è un valore di riferimento espresso in concentrazione, al di sopra del quale il risultato di un test analitico è giudicato positivo ed al di sotto del quale il test è giudicato negativo.

Non sono stati stabiliti cut-off ufficiali dei vari xenobiotici nel capello che permettano di chiarire la positività o la negatività rispetto all'utilizzo o meno di una certa sostanza (Tabella 1).



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
 DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELL'AMBIENTE
 "PROF. GUGLIELMO STAGNO d'ALCONTRES"

Tabella 1: proposta di cut-off.

	COCAINA µg /mg
no consumo	< 1
consumo basso	< 4
consumo medio	4 - 20
consumo elevato	> 20

2. ANALISI DELLA COCAINA IN UN CAMPIONE DI CAPELLI: DESCRIZIONE DEL METODO ANALITICO APPLICATO

200 mg di campione di capelli sono stati pesati e digeriti con 2 mL di HCl 0.1M. La miscela è stata posta in una provetta chiusa con tappo a vite a 50 °C per 18 h.

Quindi la soluzione è stata neutralizzata con NaOH 0.1 M e 2 mL di tampone fosfato a pH 9.2. La soluzione è stata estratta con cloroformio/isopropanolo/esano (50:17:33 v/v) per due volte, quindi è stata centrifugata e posta in corrente di azoto per evaporare il solvente; quindi, il campione viene ripreso con 100 µL di cloroformio.

L'analisi è stata eseguita mediante gas cromatografia con rivelatore di massa: GC/MS Shimadzu QP5050 munito di una colonna capillare Supelco MDN-5 (30 m x 0.25 mm i.d. x 0.25 µm film della fase stazionaria). L'elio è stato usato come gas-carrier con un flusso in colonna di 1.2 mL/min. La programmata di temperatura della colonna è da 40°C (1 min) a 150°C (2 min) con incremento di 10°C/min, quindi 240°C (2 min) con incremento di 20°C/min infine 290°C (0.5 min) con incremento di 10°C/min. La temperatura dell'iniettore è stata fissata a 250°C e a 230°C l'interfaccia del rivelatore di massa. L'iniezione è stata effettuata in splitless (2 min), poi split con rapporto 1:50; librerie NIST107 e NIST121. Lo spettrometro di massa operava in TIC (Total Ion Current) da 40 a 500 amu (1 spettro/sec), da cui sono stati selezionati i rapporti m/z 82, 182, 272, 303 caratteristici della cocaina, sia in SIM (Single Ion Monitoring), selezionando i suddetti rapporti. Nelle stesse condizioni analitiche è stato analizzato un campione di cocaina pura, impiegato come standard.

Salita Sperone, 31 – 98166 S. Agata (ME) Tel 0906765180/1 Fax 0906765436 e-mail:dugog@unime.it



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEGLI ALIMENTI E DELL'AMBIENTE
"PROF. GUGLIELMO STAGNO D'ALCONTRES"

Risultati

In figura 2 e successive sono riportati i tracciati ottenuti. L'analisi GC/MS della cocaina pura ha permesso l'identificazione del tempo di ritenzione della cocaina nelle condizioni analitiche utilizzate. La presenza dei rapporti m/z (82, 182, 272, 303) nel campione analizzato, sia in modalità TIC che in SIM allo stesso tempo di ritenzione della cocaina utilizzata come standard, ha confermato in maniera assolutamente inconfutabile la presenza di cocaina nei capelli campionati in data 28/07/2008 al Sig.

Ci si è fermati all'analisi qualitativa, perché un esame quantitativo a livello di ppb include un eccessivo errore analitico. Considerando che il limite di rivelabilità della metodica utilizza è comunque superiore a 1ppb, la presenza dei segnali analitici descritti caratteristici della cocaina, confermano la presenza di essa nei capelli e quindi, in base anche ai dati di cut-off, non ufficiali, riportati in **tab. 1**, il consumo di cocaina da parte del Sig. nei mesi precedenti al campionamento, non avendo infatti il prelievo coinvolto il bulbo ma punti di capelli a distanza, in base alle condizioni di prelievo, una forbice di grandi dimensioni, di almeno 2-5 mm dalla base del cuoio capelluto.

Messina, 09/09/2008



Prof

In Fede

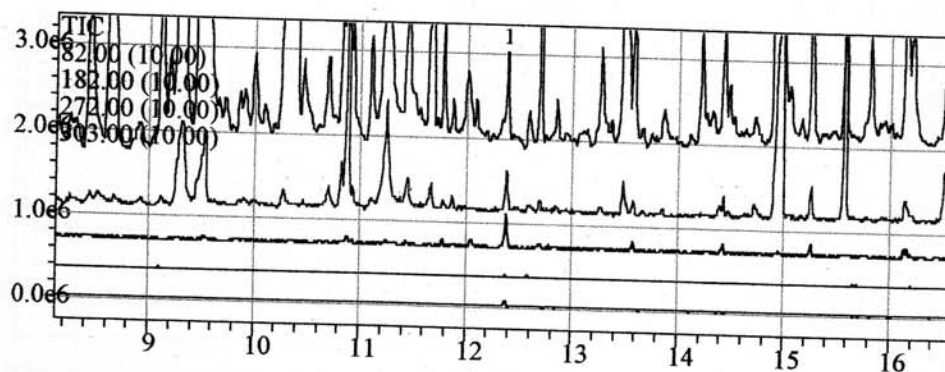


Fig.2 Cromatogramma GC/MS del campione di capelli in modalità TIC.
1) Cocaina

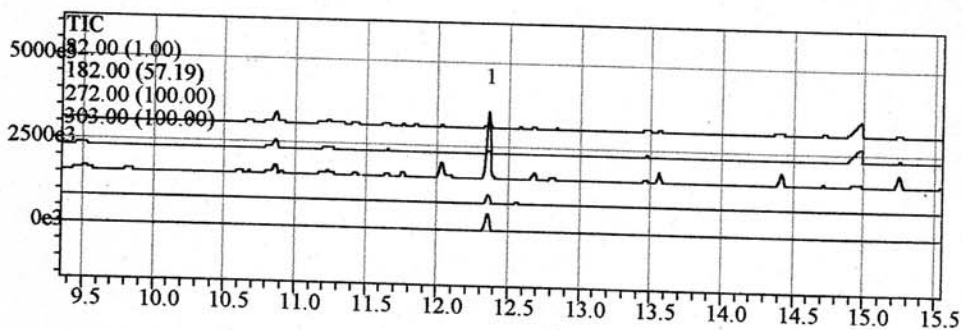


Fig.3 Cromatogramma GC/MS del campione di capelli in modalità SIM.
1) Cocaina



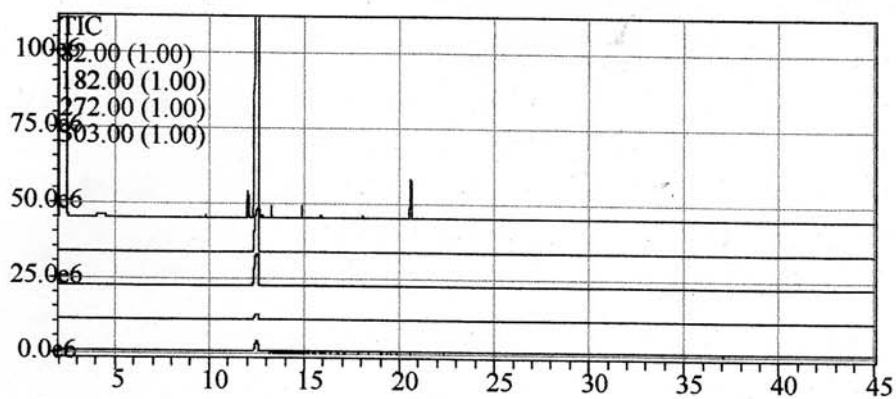


Fig.4 cromatogramma GC/MS di un campione di cocaina standard



Bibliografia

- Amato G., *Droga ed attività di polizia*, Roma, 1992;
- Amato G., *Lavoro al posto del carcere per il fatto lieve*, in Guida al Diritto, 25 marzo 2006, n. 12;
- Amato G., *Parametri di fonte amministrativa contro le metamorfosi del mercato*, in Guida al diritto, in Guida al diritto, 13 maggio 2006, n. 19;
- Amato G., *Parificate le sostanze “leggere” e “pesanti”*, in Guida al diritto, 25 marzo 2006, n.12;
- Amato G., *Più certezze nel colpire la cessione a terzi*, in Guida al diritto, 25.03.2006, n.12;
- Amato G., *Soglie presuntive per individuare l'illecito*, in Guida al diritto 25 marzo 2006, n 12;
- Amato G., *Teoria e pratica degli stupefacenti*, Laurus Robuffo, 2000;
- American Psychiatric Association, *DSM-III-R*; trad. it., Masson Italia, Milano 1988;
- Antolisei F., *Diritto Penale. Parte generale*, Giuffrè, Milano 1985;
- Battaglini G., G.Crifò G., *Novissimo Digesto Italiano*, vol. VIII, voce Imputabilità, Giuffrè, Milano 1962;
- Bazzi T., De Vincentiis G., *La valutazione medico-legale e l'inquadramento clinico delle tossicomanie*, Giuffrè, Milano 1960;
- Bernheim J., *Études sur la responsabilité pénale e le traitement psychiatrique des délinquantes malades mentaux*, VII Colloquium Criminologicum, Council of Europe, 1985;
- Bertolino M., *L'imputabilità ed il vizio di mente nel sistema penale*, Giuffrè, Milano 1990;
- Bertolino M., *Profili vecchi e nuovi dell'imputabilità e della sua crisi*, in *Riv.it. dir. proc. pen.*, 1988;

- Bini L., T. Bazzi T., *Trattato di psichiatria*, vol. 2, Vallardi, Milano 1967;
- Brunetti C., Ziccone M., *Manuale di diritto penitenziario*, La Tribuna, 2004;
- Bruno F., *La pericolosità sociale psichiatrica*, in Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XIII, Giuffrè, Milano 1990;
- Bruno F., Leone U., *Relazione tra droga e criminalità*, in Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XV, Giuffrè, Milano 1988;
- Calabria A., *Digesto delle Discipline Penalistiche*, voce Pericolosità, vol. IX, Utet, Torino 1995;
- Carnevale A., Di Tillio A., *Medicina e carcere*, Giuffrè editore, 2006;
- Carrieri F., *Criminologia difesa sociale e psichiatria forense*, Adriatica editrice, 2000;
- Castrogiovanni P., *Stabilità e rinnovamento nel DSM-III-R*, in Dell'Osso L., Lomi A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R, aspetti clinici e prospettive medico-legali*, Giuffrè, Milano 1989;
- Catelani G., *Manuale dell'esecuzione penale*, Giuffrè editore, 2002;
- Cicognani A., *Legislazione in tema di stupefacenti*, in *Medicina Legale*, a cura di Fallani Maurizio, società Editrice Esculapio, 2002;
- Corbi F., *L'esecuzione nel processo penale*, Torino, 1992;
- Corso P., *Manuale dell'esecuzione penitenziaria*, Monduzzi editore, 2003;
- Crespi A., *Enciclopedia del diritto*, vol. XX, voce Imputabilità, Giuffrè, Milano 1970;
- De Fazio F., *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Uso di stupefacenti ed imputabilità*, Atti del XXVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina legale e delle Assicurazioni, Parma 3/7 ottobre 1983;
- De Francesco, *Le misure di sicurezza*, in Bricola F., Zagrebelsky V. (a cura di), *Giurisprudenza sistematica di diritto penale*, vol. III, Utet, Torino 1984;
- Dell'Osso E., *Capacità a delinquere e pericolosità sociale*, Giuffrè, Milano 1985;

- Dell'Osso L., Lomi A., *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Giuffrè, Milano 1989;
- Demori A., Roncali D., Tavani M., *Compatibilità carceraria, Hiv/AIDS e "malattia particolarmente grave"*, Collana "Medicina legale criminologia e deontologia medica" diretta da Canepa G. e Fiori A., Giuffrè, Milano, 2001;
- Durante F., *L'accertamento della condizione di tossicodipendente*, in Ferracuti F. (a cura di) *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, vol. XV, Giuffrè, Milano 1988;
- Ey H., Bernard P., Ch. Brisset Ch., *Manuale di psichiatria*, Masson Italia, Milano 1980;
- Fassone E., *Commento all'art. 4-ter del d.l. 22.04.1985, n. 44, convertito nella legge 21.06.1985, n. 297*, in *LP*, 1986, pag. 46;
- Fiandaca G., Musco E., *Diritto penale. Parte generale*, Zanichelli, Bologna 1989;
- Fioravanti L., *Il concetto di infermità psichica. L'evoluzione della giurisprudenza dal Codice Rocco agli anni '50*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1987;
- Fornari U., *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R, aspetti clinici e prospettive medico-legali*, Giuffrè, Milano 1989;
- Fornari U., *Psicopatologia e psichiatria forense*, Utet, Torino 1997;
- Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino 1989;
- Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino 1997;
- Giusti G. V., Sica D., *Gli stupefacenti e le tossicomanie, aspetti medico-legali e giuridici*, Cedam, Padova 1979;
- Guazzaloca B., *L'esecuzione della pena del tossicodipendente*, in Insolera G.(a cura di), *Le sostanze stupefacenti*, 1998;
- Introna F., *Tossicodipendenza, alcooldipendenza e misure alternative alla detenzione*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1986;
- Leoni M., Marchetti M., Fatigante G., *L'imputabilità del tossicodipendente*, Giuffrè, Milano 1992;

- Malfatti D., *La percezione del rapporto tra tossicodipendenza e criminalità in un gruppo di agenti di polizia penitenziaria*, in *Rassegna Italiana di criminologia*, anno VI, n. 1, 1995;
- Manacorda A., *Applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza: due momenti distinti per l'accertamento della pericolosità sociale*, in *Il Foro it.*, Parte I, 1987;
- Mantovani F., *Diritto penale. Parte generale*, Cedam, Padova 1992;
- Mantovani F., *Le misure di sicurezza*, in F. Bricola, V. Zagrebelsky, (a cura di), *Giurisprudenza sistematica di diritto penale*, Utet. Torino 1996;
- Manzini V., *Trattato di diritto penale italiano*, vol. 2, Utet, Torino 1981;
- Marini G., *Digesto delle discipline penalistiche*, voce Colpevolezza, vol. VI, Utet, Torino 1992;
- Marini G., *Digesto delle discipline penalistiche*, vol. VI, voce Imputabilità, Utet, Torino 1988;
- Marinucci G.- Dolcini E., *Manuale di diritto penale – Parte generale*. Giuffrè editore, 2004;
- Neppi Modona G., *La legislazione penale*, Torino, 1986;
- Padovani T., *La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico*, in Ferracuti F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina criminologica e Psichiatria forense*, vol. XIII, Giuffrè, Milano 1990;
- Palazzo F., *Consumo e traffico degli stupefacenti*, Padova, 1994;
- Palazzo F., *La recente legislazione penale*, Padova, 1985;
- Patete D., *Manuale di diritto penitenziario*, edizioni Laruf Robuffo, 2001;
- Pellegrino V., *Criminalità e tossicodipendenza*, in *Manuale di scienze criminologiche. Teorie e pratiche: criminologia, criminalistica e tecniche investigative*, a cura di R. Frison, M. Guerzoni, G. Roffi, S. Rubin, Vol. I, criminologia, Del Bucchia editore, 2009;
- Peluso C., *Digesto delle Discipline Penalistiche*, voce Misure di sicurezza, vol. VIII, Utet, Torino 1994;

- Pighi S., *L'affidamento in prova al servizio sociale dopo la riforma*, in LP, 1988;
- Ponti G., Calvanese E. *Imputabilità e tossicodipendenza, problematiche interpretative alla luce della legge penale vigente*, in *Uso di stupefacenti ed imputabilità*, Atti del XXVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Parma 3/7 ottobre 1983;
- Ponti G., *Compendio di criminologia*, IV edizione, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999;
- Ponti G., I. Merzagora, *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1992;
- Ponti G., *Il dibattito sulla imputabilità*, in A. Ceretti, I. Merzagora (a cura di), *Questioni sulla imputabilità*, Cedam, Padova 1994;
- Ponti G., Merzagora I., Ponti G., *La abolizione delle presunzioni di pericolosità sociale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, IX, 1987;
- Ponti G., Merzagora I., *Psichiatria e giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1992;
- Portigliatti Barbos, G. Marini G., *La capacità di intendere e di volere nel sistema penale italiano*, Giuffrè, Milano 1964;
- Presutti A., *Affidamento in prova al servizio sociale e affidamento con finalità terapeutiche*, in Grevi (a cura di), *L'ordinamento penitenziario dopo la riforma (l. 10 ottobre 1986 n. 663)*, Padova, 1988;
- Presutti A., in Grevi V.(a cura di), *L'ordinamento penitenziario tra riforme ed emergenza*, Padova, 1994;
- Presutti A., in Grevi, Giostra, Della Casa (a cura di), *Ordinamento penitenziario. Commento articolo per articolo*, Cedam, 2000;
- Reda G., *Trattato di psichiatria*, Uses, Firenze 1982;
- Ricciotti R., Ricciotti M., *Gli stupefacenti*, commento del Testo Unico 9 ottobre 1990 n. 309, Terza edizione, Cedam, Padova 2000;
- Russo G., *Riv. It. Med. Leg.*, IX, 1987;

- Santamaria D., *Enciclopedia del Diritto*, vol. VIII, voce Colpevolezza, Giuffrè, Milano 1970;
- Scarsi J., *I disturbi da uso di sostanze*, in Dell'Osso L., Lomi A. (a cura di), *Diagnosi psichiatrica e DSM-III-R*, Giuffrè, Milano 1989;
- Siclari V., *Applicazione e esecuzione delle misure di sicurezza personali*, Giuffrè, Milano 1983;
- Stocco R., in Flora G. (a cura di), *Le nuove norme sull'ordinamento penitenziario*, Milano, 1987;
- Tagliarini F., *Enciclopedia del diritto*, vol. XXXIII, voce Pericolosità, Giuffrè, Milano 1983;
- Traverso G.B., *Il giudizio di pericolosità ed il suo accertamento*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 490, 1986;
- Turel E., Buonocore G., *Droga: manette e riabilitazione*, Udine 1990;
- Zampi M., *Le strutture preposte all'accertamento del fenomeno droga*, Giuffrè editore, 2006;

Giurisprudenza

- Corte Cost. 27 luglio 1982, n° 139;
- Corte Cost. 28 luglio 1983, n° 249;
- Corte di Cassazione, Sezione IV Penale, Sentenza 21 maggio 2008, n. 22643;
- Cass. 10 febbraio 1986, in *Riv.pen.*, 1986;
- Cass. 13 aprile 1966
- Cass. 22 novembre 1982, in *Riv it.med.leg.*, 1984;
- Cass. 22 ottobre 1982;
- Cass. 27 giugno 1984;
- Cass. 28/6/1969, Cass. 27/10/1971;

- Cass. II, 12 ottobre 1972, n° 6616
- Cass. sez. I, 2 marzo 1984, Riv. pen., 1984;
- Cass. Sez. I, 31 Marzo 1995;
- Cass. Sez. III, 20 febbraio 1986, n° 1574
- Cass.. 13 gennaio 1986, in *Cass.pen.*, 1987, n 697;
- Cassazione penale, sezione I , sentenza 28 marzo 2006, n.12638;
- Cassazione penale, sezione I, 17 gennaio 1995;
- Cassazione penale, sezione I, 26 marzo 2004, n. 14951;
- Cassazione penale, sezione IV, 16 giugno 2005;
- Cassazione penale, sezione IV, 19 aprile 2001;
- Cassazione penale, sezione IV, 30 gennaio 2004.

Sitografia

- www.altalex.it;
- www.antidroga.eu;
- www.emcdda.europa.eu;
- www.illicitdrugmarket.net;
- www.penale.it.