AIPG

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA

CORSO DI FORMAZIONE

IN

PSICOLOGIA, PSICOPATOLOGIA E PSICODIAGNOSTICA FORENSE

TEORIA E TECNICA DELLA PERIZIA EDELLA CONSULENZA TECNICA
IN AMBITO CIVILE E PENALE, ADULTI E MINORILE

ANNO 2001

INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE ABITUALE E CRONICA:

IMPLICAZIONI RISPETTO ALL'IMPUTABILITA

Dott.ssa Agostino Claudia

Dott.ssa Bertolotti M.Cristina

Dott.ssa Porcella Elena

INDICE

- PREFAZIONE
- INTRODUZIONE
- IMPUTABILITA' DEL TOSSICODIPENDENTE *(Elena Porcella)*
  - Origini psicologiche della tossicodipendenza
  - Concetti generali sull'imputabilità
  - Imputabilità e stupefacenti
  - Perizie psichiatriche e Intossicazione Acuta e Cronica
  - Tossicodipendenza, pericolosità sociale e O.P.G.
  - Indagine sui TD presenti negli Istituti Penitenziari (fonti D.A.P.)
  - Commenti
- ISTITUZIONE PENITENZIARIA E TOSSICODIPENDENZA *(Maria Cristina Bertolotti)*
  - Trattamento dei tossicodipendenti in carcere
  - Misure alternative al carcere (DPR 309/90)
  - Nuove prospettive d'intervento e commenti
- LA TOSSICODIPENDENZA NELLA SOCIETA' MULTIETNICA *(Claudia Agostino)*
  - Situazione negli Istituti Penitenziari
  - La tossicodipendenza fra gli extracomunitari
  - Riferimenti normativi
  - Verso un approccio transculturale della psichiatria forense?
  - Riflessioni sulla morbidità psichiatrica in senso transculturale
  - Proposte operative
  - Commenti
- CONCLUSIONI
- BIBLIOGRAFIA

- SITI INTERNET

PREFAZIONE

L’interesse di presentare un lavoro sul problema dell’imputabilità del soggetto tossicodipendente o alcoldipendente deriva dalla nostra operatività nell’ambito penitenziario, in particolare nell’Istituto di Rebibbia, Nuovo Complesso di Roma.

La nostra qualifica professionale di psicologhe, infatti, rientra nelle figure previste dal Nuovo Ordinamento Penitenziario:

art. 17: “Partecipazione della comunità esterna all'azione rieducativa":

“La finalità del reinserimento sociale dei condannati e degli internati deve essere perseguita anche sollecitando ed organizzando la partecipazione di privati e di istituzioni o associazioni pubbliche o private all’azione rieducativa. Sono ammessi a frequentare gli istituti penitenziari con l’autorizzazione e secondo le direttive del magistrato di sorveglianza, su parere favorevole del direttore, tutti coloro che avendo concreto interesse per l’opera di risocializzazione dei detenuti, dimostrino di poter utilmente promuovere lo sviluppo dei contatti tra la comunità carceraria e la società libera. Le persone indicate nel comma precedente operano sotto il controllo del direttore.”

Tale articolo fa riferimento all’*ex-art.80* della *legge 354/75* che prevedeva la collaborazione di *“esperti penitenziari”* (psicologi, criminologi, educatori, assistenti sociali, ecc) ai fini del sostegno, dell’osservazione e del trattamento dei detenuti.

Il nostro intervento riguarda in particolar modo i detenuti tossicodipendenti imputati in attesa di giudizio e condannati che abbiano una pena inflitta, o residua, di massimo 4 anni (*Legge Simeoni-Saraceni 1998/165*) e che fanno richiesta di un sostegno e di un orientamento rispetto ad un programma terapeutico, ai fini dell’Affidamento in prova ai servizi sociali (art. 94, DPR 309/90).

Il nostro intervento, quindi, si situa nella fase dei cosiddetti *“trattamenti avanzati”*, o di 2° livello (Serra, 2000) e si realizza attraverso un gruppo di circa 10 detenuti con i quali si affrontano tematiche giuridiche (valutazione dei termini di legge per la richiesta

dell'affidamento), problematiche relative allo stato detentivo, all'abuso di sostanze e all'eventuale progetto terapeutico.

Il passaggio necessario previsto dalla legge per questo tipo di beneficio è la certificazione da parte del Ser.T (Servizio di assistenza ai Tossicodipendenti) della ASL di appartenenza (DPR 309/90), che attesti il reale stato di tossicodipendenza del detenuto.

Tale verifica rende immediata la possibilità di presentare un'istanza per usufruire delle misure alternative, il cui esito sarà ovviamente a discrezione del Magistrato.

Per i detenuti non tossicodipendenti, invece, il tetto massimo della pena inflitta o residua è di 3 anni e la possibilità di richiedere un Affidamento in prova al servizio sociale implica *obbligatoriamente* l'osservazione scientifica della personalità. L'equipe trattamentale dell'istituto penitenziario, quindi, dovrà esprimere un giudizio sul detenuto attraverso l'inchiesta sociale, l'esame medico-psichiatrico, l'osservazione comportamentale e la valutazione psicodiagnostica (*Legge 354/75).*

In tale contesto ci siamo, quindi, chieste fino a che punto la tossicodipendenza, intesa come "malattia", sia giuridicamente rilevante ai fini dell'imputabilità e della pericolosità sociale. Infatti la prassi operativa del lavoro con i detenuti tossicodipendenti sembra focalizzarsi sull'impostazione medico-tossicologica della necessaria certificazione rilasciata dal Ser.T., tralasciando l'esame psichiatrico e la valutazione psicodiagnostica.

E quindi: basta essere tossicodipendenti per usufruire immediatamente di misure alternative, prescindendo dall'esame psichiatrico e psicodiagnostico?

E perchè al loro ingresso in carcere molti detenuti si dichiarano tossicodipendenti, ma in realtà molti di loro non sono mai stati in un Ser.T?

INTRODUZIONE

Il presente lavoro si articola in tre capitoli, secondo ciascun personale contributo.

Il primo riguarda il concetto d'imputabilità, particolarmente riferito al soggetto tossicodipendente, attraverso un esame della normativa e della letteratura, rispetto alla complessa distinzione tra intossicazione "abituale" e "cronica".

Vengono, inoltre, presentati i più recenti dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) riguardo alla presenza di tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari italiani, fra cui anche gli O.P.G. e alcune riflessioni critiche sul fenomeno.

Il secondo capitolo affronta il tema del trattamento in carcere dei tossicodipendenti e la legislazione in tema di misure alternative alla detenzione. Presenta, inoltre, l'evoluzione dei servizi offerti all'utenza che abbia in corso un obbligo giuridico e, anche qui, lo sfumato confine tra "abituale" e "cronico", laddove i tossicodipendenti con "doppia diagnosi" sembrano aumentare e la loro collocazione appare ancora nebulosa.

Infine nel terzo capitolo viene affrontato lo scottante problema degli extracomunitari detenuti che fanno uso di sostanze, i provvedimenti legislativi per loro previsti e le peculiarità del fenomeno tossicodipendenza nelle culture "altre". Si accenna, quindi, alle conseguenze che potrebbe avere, sul piano dell'imputabilità e dell'accertamento del vizio totale o parziale di mente, l'appartenenza ad una cultura "non occidentale". Vengono, così, presi degli spunti di riflessione dal campo della psichiatria transculturale, la cui metodologia sembra attualmente applicata in alcune esperienze sia in campo clinico (centri diagnostico-terapeutici) che penitenziario (carcere).

Ci chiediamo, quindi, quali conseguenze potrebbe avere, in campo forense, questa evoluzione del sapere psicologico rispetto alla multietnia, allorché si tratti di valutare la capacità d'intendere e di volere di un tossicodipendente extracomunitario.

IMPUTABILITA' DEL TOSSICODIPENDENTE

Origine psicologica della tossicodipendenza

Bolwlby afferma che un'esperienza traumatica del bambino, quale può essere un distacco forzato o meno dalla madre, è collegata con il disadattamento e l'antisocialità che questo mostrerà nello sviluppo futuro mostrando tratti di personalità "dipendenti" o "immature" (Cancrini, 1993).

Quindi alcune di queste persone svilupperanno un attaccamento ansioso dovuto alla mancanza di fiducia che la figura di attaccamento sia disponibile nel momento del bisogno, altri, invece, mostrano un distacco emotivo che li rende aggressivi e pronti a vendicarsi, mostrando un comportamento antisociale di sfiducia e di non curanza degli altri.

La loro caratteristica è l'impazienza dove il bisogno deve essere immediatamente soddisfatto e quindi con scarsa tolleranza alla frustrazione.

Olievensten parla di "fase dello specchio infranto" cioè nel momento in cui il bambino cerca di costruire un'immagine di sé distaccata da quella fusionale con la madre si trova davanti uno specchio che rimanda un'immagine di sé frammentata, incompleta, data l'assenza della madre, che lo riconduce ad uno stato precedente di indifferenziazione del sé (Cancrini, 1993).

Le sostanze usate in adolescenza e di conseguenza in età adulta ricompongono lo specchio dando finalmente al soggetto un'immagine di sé inseguita da tempo, diventando una "seconda madre" molto più forte e molto più appagante della prima.

A livello psicoanalitico Cancrini mette in evidenza che la tossicomania è una malattia di transizione in quanto sono presenti sia elementi nevrotici che psicotici.

Infatti Freud definiva le nevrosi come il risultato dell'unione di due fattori: una disposizione individuale e lo scontro con un evento della vita del soggetto a cui non è in grado di rispondervi adeguatamente. Quindi al trauma psichico (morte dei genitori, separazione, divorzio, perdita di un amico, ecc…….) il soggetto risponde, avendo delle difficoltà nel suo superamento, con la tossicomania.

Naturalmente vi è la combinazione di molti fattori: la personalità precedente il trauma, disponibilità della droga, effetto della sostanza come capacità di agire sul dolore, dando sicurezza sostitutiva dell'insicurezza data dall'evento traumatico.

Ma non solo un evento traumatico può determinare l'ingresso nella tossicomania ma anche uno squilibrio dovuto, nell'adolescenza, all'individuazione del sé, oppure la droga controlla i sintomi di una malattia psichica preesistente, o ancora l'ingresso può essere determinato dalla personalità descritta da Olievenstein dello "specchio infranto".

Il tossicodipendente è una persona molto fragile che viene continuamente deluso da ciò che lo circonda, chiudendosi in se stesso e vendicandosi attraverso azioni eterolesive (antisociali) e autolesive alla ricerca di quell'equilibrio e dell'armonia che gli è venuta meno in fasi precoci del suo sviluppo.

Concetti generali sull'imputabilità

Parlare dell'imputabilità del tossicodipendente implica in primo luogo la capacità di intendere e di volere e di conseguenza se si può configurare un vizio parziale o totale di mente.

La domanda che ci si pone è: "Una persona che fa uso di sostanze e commette un reato è imputabile o no?".

Bisogna partire dal significato letterale della capacità di intendere e di volere. La capacità di "intendere" è definita come l'attitudine a percepire in maniera corretta la realtà

e il proprio comportamento; la capacità di volere, invece, è la scelta autonoma della condotta più ragionevole in vista dei fini che si vogliono raggiungere.

L'imputabilità di un soggetto è strettamente legata a queste nozioni in quanto una persona non è imputabile se al momento del fatto era presente un' infermità o un'altra causa che sia di tale gravità, da ridurre notevolmente, pur senza escluderla del tutto, la capacità di intendere e di volere del soggetto.

Infatti, l'art. 85 c.p. definisce l'imputabilità come la capacità di intendere e volere nel momento della commissione del fatto costituente il reato.

Bisogna fare una precisazione fra quella che è la "colpevolezza" e l' "imputabilità", l'imputabilità è intesa come attribuzione di un azione ad un agente perché egli possa essere chiamato a rispondere, mentre la colpevolezza è la riferibilità del comportamento al suo autore al fine di assoggettare la responsabilità (Leoni, Fatigante, Marchetti, 1992).

Infatti, il concetto di imputabilità poggia sul concetto di "sanità psichica" dell'uomo su cui ruotano la capacità di intendere e di volere.

La colpevolezza non è solo della persona imputabile ma è rintracciabile anche in persone non imputabile per la presenza dell'art. 222 c.p. che prevede l'adozione del ricovero in Ospedali Psichiatrici Giudiziari della persona prosciolta per vizio di mente anche alla natura dolosa o colposa del delitto commesso. Riassumendo l'imputabilità riguarda l'irrogabilità della pena, la colpevolezza è l'attribuibilità del fatto-reato e la soggezione della pena.

Quindi l'infermità di mente, ai fini di una minor imputabilità, deve essere uno stato di alterazione patologica clinicamente accertato tale da alterare i processi volitivi e intellettivi e quindi diminuire grandemente la capacità di intendere e di volere.

Si deve essere in presenza di una malattia mentale che trova riscontro in un disturbo di ordine biologico clinicamente dimostrabile (malattie organiche). (Leoni, Fatigante, Marchetti, 1992)

Imputabilità e stupefacenti

Come già in precedenza accennato secondo l'art. 85 c.p. "nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile"; allo stesso tempo gli art. 88 e 89 c.p. prevedono che non è imputabile "chi al momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in uno stato tale da escludere totalmente o parzialmente la capacità di intendere e di volere".

Questa premessa giuridica rende evidente il fatto di come le sostanze stupefacenti abbiano il potere, interferendo con le funzioni psichiche di un soggetto, di "annullare o scemare grandemente" l'imputabilità, lo status che consente ad un uomo di rendersi conto del valore sociale delle sue azioni.

Se da una parte appare scontato il ruolo giocato dalle sostanze nelle scelte comportamentali del soggetto, sul versante giuridico, invece, la situazione è un po' più complessa in quanto ai fini della non imputabilità bisogna valutare il tipo di intossicazione.

Gli effetti penali variano a seconda se si è in presenza di un intossicazione abituale, acuta o cronica.

Gli articoli 92 e 93 c.p. affermano che l'ubriachezza e l'azione di sostanze stupefacenti non derivate da caso fortuito o forza maggiore non esclude ne diminuisce l'imputabilità.

Quindi l'interferenza delle sostanze stupefacenti sulla capacità di intendere e di volere viene ammessa, potendosi verificare sia l'ipotesi dell'esclusione che della capacità grandemente scemata, ma non esclusa, solo nell'intossicazione da caso fortuito o forza maggiore e può esserlo nell'intossicazione cronica in caso di stadio avanzato e patologico raggiunto dall'affezione (Leoni, Fatigante, Marchetti, 1992).

L'art. 87 c.p., invece, si basa sul principio dell'actio libera in causa e quindi si parla di intossicazione preordinata o volontaria dove c'è la piena responsabilità dell'individuo della

condizione in cui si viene a trovare e degli atti che, se pur compiuti in uno stato di non imputabilità, rappresentano la conseguenza di una libera scelta (iniettarsi una dose o bere una sostanza alcolica).

Dell'intossicazione abituale ne parla l'art. 94 c.p. dove, per abituale si intende "chi è dedito all'uso di sostanze alcoliche o stupefacenti trovandosi in uno stato di frequente intossicazione", viene previsto un aumento della pena in quanto non solo viene punito il singolo atto di intossicarsi ma va colpito ancora di più lo stile di vita di colui che è dedito agli stupefacenti e all'alcool.

L'art. 95 c.p. parla, invece, della cronica intossicazione da sostanze stupefacenti che condiziona tutto il comportamento del soggetto incidendo sulla sfera neuropsichica, provocando danni permanenti alla personalità così da escludere o diminuire grandemente la capacità di intendere e di volere. Da questa va tenuta distinta l'intossicazione transitoria anche se acuta e patologica, la quale non esclude ne diminuisce l'imputabilità, se non nell'ipotesi che sia derivata da caso fortuito o forza maggiore (Fornari U., 1984).

Un'altra possibilità che consente un giudizio di non imputabilità è l'intossicazione acuta una situazione in cui il soggetto pur assumendo piccole quantità di sostanza va incontro ad una reazione abnorme che si concretizza nella compromissione delle funzioni psichiche. Naturalmente il reato deve essere stato commesso durante il primo episodio nella storia del soggetto, non essendo il reo a conoscenza di tale propria abnorme reattività di fronte ad una specifica sostanza.

C'è da dire, comunque, che il confine più sfumato è tra l'intossicazione abituale e quella cronica ma, la differenza sta nel fatto che mentre nella prima la pena viene ad aumentare nel secondo caso, invece, può addirittura non essere imputabile se si configura un vizio parziale o totale di mente. Per stabilire ciò bisogna documentare che ci siano dei danni psichici-organici permanenti a causa dell'assunzione delle sostanze e quindi un quadro che

rientra nell'intossicazione cronica, anche se da un punto di vista diagnostico e nosografico non c'è una netta differenza tra i due.

Per quanto riguarda il danno organico nell'alcolismo, ci sono dei disturbi psicotici-organici che fanno pensare che ci sia, come per esempio la sindrome di Korsakoff, la demenza alcolica; nell'assunzione di sostanze stupefacenti è più difficile andare a vedere il quadro psicotico della degenerazione organica, l'uso di batterie di test come Bender, Benton, Wais aiutano ad evidenziare un possibile deterioramento mentale.

Perizie psichiatriche e intossicazione acuta e cronica

Abbiamo detto che per la cronica intossicazione (art. 95 c.p.) la giurisprudenza sostiene che per escludere o diminuire l'imputabilità, deve essere presente un'alterazione non transitoria dell'equilibrio fisico-psichico del soggetto con conseguente alterazione patologica dei processi volitivi e intellettivi irreversibili, caratterizzato dall'impossibilità di guarigione.

Quindi la non imputabilità presuppone che il soggetto sia affetto da una "infermità mentale permanente" che incide sulle capacità volitive ed intellettive, in modo totale o parziale a causa dell'assunzione di sostanze stupefacenti.

Dato che lo stato di tossicodipendenza non equivale a quello di cronica intossicazione diviene decisiva una perizia psichiatrica che non è mai stata eseguita su di un intossicazione dovuta ad uso abituale in quanto costituisce un episodio della vita di un individuo, che scomparsi gli effetti, torna alla sua normale personalità.

Comunque anche la perizia psichiatrica ha al suo interno alcune ambiguità, in quanto, quale strumento ausiliario per accertare l'imputabilità arriva ad una verità oggettiva e non ha il carattere di assolutezza. Questo perché è difficile stabilire il confine tra normalità e anomalia e in secondo luogo il momento in cui l'imputato è sottoposto a perizia non

coincide con il momento della commissione del reato e quindi lo stato psichico del soggetto viene ricostruito per retrospezione (Leoni, Fatigante, Marchetti, 1992).

Un'altra critica che si può muovere è sul quesito a cui il perito deve rispondere. Molte volte il perito si ritrova a decidere il processo con distorsione della sua funzione questo perché il giudice opera il giudizio di imputabilità sulla base della diagnosi di malattia impostata dal perito. Questo sia nel caso in cui il perito è orientato ad accertare la malattia mentale e sia nel caso in cui è orientato a verificare l'incidenza del disturbo sulla volontà del soggetto.

La difficoltà del perito sta anche nello stabilire la cronica intossicazione questo perché i disturbi psichici (insonnia, ansia, irrequietezza) e la sindrome da carenza sono presenti in tutti i tipi di intossicazione (Fornari U., 1984). Di conseguenza dovrà stare attento ai segni di deterioramento organico della personalità che assume rilevanza ai fini dell'applicazione dell'art. 88 e 89 c.p.

Fornari mette in evidenza anche che, nel caso in cui si tratti di un malato di mente che usa sostanze stupefacenti, si da priorità alla malattia principale. Infatti, la sostanza può far emergere in modo più vigoroso un processo psicotico già esistente.

Per individuare una cronica intossicazione da stupefacenti, rilevante ai fini forensi, ci deve essere la presenza di una sindrome organica e di una patologia di tipo schizo-paranoide o depressiva-paranoide. Non solo, ma i disturbi a carico delle funzioni psichiche devono essere osservabili anche a distanza di tempo dall'interruzione dell'assunzione della sostanza.

Inoltre, il DSM – IV definisce il "disturbo psicotico" come indotto da sostanze qualora si ritenga che le allucinazioni e i deliri siano in connessione diretta e causale con gli effetti della sostanza e distingue tre disturbi persistenti indotti da sostanze: demenza persistente indotta da sostanze, disturbo amnestico persistente indotto da sostanze, disturbo percettivo persistente da allucinogeni.

Tossicodipendenza, pericolosità sociale e ospedale psichiatrico

Tutte le volte che un soggetto viene dichiarato infermo di mente in base ad una cronica intossicazione, la legislazione si pone un altro quesito che è quello della determinazione della pericolosità sociale.

La pericolosità sociale viene accertata tutte le volte che è previsto dalla legge in relazione allo stato di infermità psichica e alla possibilità che vengano commessi altri reati (Fornari U. 1984)

Quindi, solo nel caso in cui ci sia un disturbo mentale (schizofrenia, disturbi depressivi, disturbi d'ansia) ci si deve preoccupare della pericolosità e non quando siamo in presenza di una devianza sociale.

Fornari mette in evidenza che, i disturbi mentali possono essere: organici indotti da sostanze (delirio, demenza, allucinazioni, sindrome affettiva) e disturbi da uso di sostanze che implicano l'abuso, cioè il non controllo dell'uso della sostanza con compromissione dell' attività sociale e professionale, e la dipendenza molto più grave dell'abuso perché implica una dipendenza psichico – fisica (tolleranza e astinenza) che interessa l'intero comportamento del soggetto.

La pericolosità sociale è legata, quindi, con la capacità di intendere e di volere: se il soggetto è imputabile e quindi capace di intendere e di volere, non bisogna rispondere al quesito sulla pericolosità.

Il quesito viene ad esistere quando si presume e dimostra un'infermità del soggetto (art. 88 e 89 c.p.). La domanda che ci si pone è: "Il disturbo mentale rende il soggetto pericoloso socialmente?".

Se il soggetto con disturbi psichiatrici è totalmente incapace di intendere e di volere ed è pericoloso socialmente viene inviato presso l'ospedale psichiatrico giudiziario per la cura e la riabilitazione e poi sconterà anche gli anni in carcere.

Se, invece, è semi-infermo di mente ma non pericoloso socialmente la pena è ridotta di un terzo. Nel caso in cui ci sia incapacità di intendere e di volere e mancata pericolosità sociale l'imputato può essere anche scarcerato.

Analizzando nello specifico gli O.P.G. possiamo dire che sono strutture detentive con funzione di custodia, cura e trattamento per il reinserimento dei soggetti, facendo parte integrante del sistema penitenziario. Come abbiamo già detto un soggetto, in base ad una perizia, dichiarato incapace di intendere e di volere al momento del fatto, può essere prosciolto. Ma a questi soggetti può essere applicata un'altra misura detentiva derivante da un giudizio di pericolosità sociale.

Il ricovero in O.P.G. in realtà è una condanna, riesaminabile in 2 – 5 – 10 anni, dove i soggetti non colpevoli perché infermi, vengono ristretti e curati. Negli O.P.G oltre a pazienti colpevoli di un delitto ma prosciolti perché dichiarati pericolosi socialmente, vi sono: detenuti semi-infermi (parziale incapacità di intendere e volere), imputati sottoposti a misura di sicurezza provvisoria, detenuti già condannati inviati in osservazione a causa di un comportamento anomalo in carcere, detenuti ai quali in carcere è sopravvenuta infermità psichica.

Naturalmente, essendo dei carceri mascherati da ospedali, gli O.P.G. sono caratterizzati da tensioni e il livello di vita è afflittivo. Vi sono internati che non hanno consapevolezza di quanto è loro successo, e tra quelli che sono consapevoli della propria colpa molti non sanno darsene motivo e sono schiacciati dai rimorsi, che il più delle volte sfociano in patologia (Leoni, Fatigante, Marchetti 1992)

La revoca della pericolosità sociale avviene quando a malattia stabilizzata o controllabile con cure, l'internato dimostra capacità di interagire con il mondo esterno e

viene reinserito nella propria famiglia. Devono esserci, comunque, delle condizioni necessarie per reinserire un soggetto che aveva “deviato” quali, gli affetti, delle strutture sul territorio di residenza per le cure e i controlli, disponibilità dei familiari, ma il più delle volte sono difficili da trovare e da sincronizzare e questo comporta che, l’internamento continua, prolungando le misure di sicurezza anche per i reati più piccoli.

L’internato dovrebbe essere aiutato a capire quanto danno derivò dalle sue azioni e che ci sono persone “fuori” che hanno avuto la vita condizionata dal suo comportamento.

INDAGINE SUI TOSSICODIPENDENTI

PRESENTI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Il D.A.P. (dipartimento di amministrazione penitenziaria: sezione statistica) ha elaborato un lavoro con lo scopo di fornire una panoramica semestrale nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza nei soggetti ristretti in misure carcerarie. Inoltre, l’indagine è stata svolta su di un campione di istituti penitenziari presenti sul territorio nazionale analizzando le caratteristiche della popolazione detenuta tossicodipendente quali età, sesso, sostanze assunte, posizione giuridica e grado d’ istruzione.

Data	Det. Presenti	Det. Tossicod.	
			% Risp. Ai Pres.
31/12/90	25573	7299	28.54
30/06/91	30774	9623	31.27
31/12/92	35168	11540	32.81
30/06/92	4108	13970	31,67
31/12/92	46968	14818	31.55
30/06/93	51513	15531	30.15
31/12/93	49983	15135	30.28
30/06/94	54098	15957	29.50

31/12/94	50723	14742	29.06
30/06/95	51530	15336	29.76
31/12/95	46525	13488	28.99
30/06/96	48348	14216	29.40
31/12/96	47386	13859	29.25
30/06/97	49216	14728	29.93
31/12/97	8209	14074	29.19
30/06/98	50278	14081	28.01
31/12/98	47560	13567	28.53
30/06/99	50579	14264	28.20
31/12/99	51604	15097	29.26
30/06/00	53340	14602	27.38
31/12/00	53030	14440	27.23

1- Percentuali dei detenuti tossicodipendenti presenti negli ultimi 10 anni negli Istituti Penitenziari italiani, rispetto a quelli complessivi

I rilevamenti sono stati effettuati il 31/12/00 e viene evidenziato che il fenomeno della tossicodipendenza in ambito penitenziario presenta un andamento decrescente dal 31/12/1991 al 31/12/00. Infatti, si passa dal 32,8% del 1991 al 27.23% del 2000, si può notare che alla crescita della popolazione carceraria avvenuta a partire al 1991 si è accompagnato un aumento dei detenuti tossicodipendenti (da attribuire forse all'applicazione della normativa di cui al T.U. 309/90) toccando nel 1994 il picco massimo di 15.957 unità.

Sempre riguardo i detenuti entrati dalla libertà art. 73 T.U. 309/90 c'è da dire che il D.A.P. mette in evidenza una percentuale decrescente dal 1991 al 1993 successivamente si osserva un incremento dei valori fino al 1997 raggiungendo il 37,78%. All'ultimo rilevamento i valori si erano stabilizzati intorno al 35,96 %.

Periodo Rilevamento	**Tossicodip.**	**Ristretti per art. 73 T.U. 309/90**		
		Non Tossicodip.	**Totale**	**% sul totale Nuovi Giunti**
1991	15640	16514	32154	40.83
1992	18898	18002	36900	39.10
1993	16406	16463	32869	33.05
1994	16430	21085	37515	37.45
1995	13867	19198	33065	36.03
1996	14694	19622	34316	37.13

1997	16343	18576	34919	37.78
1998	14746	18614	33360	35,41
1999	13984	18684	32668	36.10
2000	12103	19393	31496	35.96

2- Detenuti tossicodipendenti ristretti per art. 73 T.U. 309/90 (Produzione o traffico illecito di sostanze stupefacenti) negli ultimi 10 anni

La percentuale dei tossicodipendenti entrati per l'art.73 rispetto al totale dei tossicomani entrati, assume valori oscillanti intorno al 50 %, con una media del 51,57%.

L'indagine ha centrato la sua attenzione anche su una serie di aspetti e caratteristiche importanti per la comprensione del fenomeno tossicodipendenza.

Infatti, si può notare che per quanto riguarda la fascia di età del campione in esame quella più numerosa risulta essere quella tra i 30 e i 39 anni, seguita da quella compresa tra i 21 e i 29 anni, insieme comprendono 5.063 soggetti su 6.400 del totale (79,11 %).

CLASSI DI ETA'	**DONNE**	**%**	**UOMINI**	**%**
1- DA 18 ANNI A 20 ANNI	6	2.45	185	3.00
2- DA 21 ANNI A 29 ANNI	69	28.16	2064	33.48
3- DA 30 ANNI A 39 ANNI	124	50.61	2806	45.52
4- DA 40 ANNI A 49 ANNI	43	17.55	872	14.14
5- PIU' DI 49 ANNI	3	1.22	167	2.71
6- ETA' NON RILEVATA	-	0.00	71	1.15
TOTALE	245	100	6165	100

3- Distribuzione dei detenuti tossicodipendenti per fasce di età rispetto al sesso

Riguardo le sostanze assunte, gli assuntori di droghe pesanti (eroina e cocaina) risultano essere 5.115 costituendo l'87,83 % del campione considerato. Le altre tipologie ammontano all' 11,06 % del totale, con un rapporto fra assuntori uomini e donne di 96,2 % per i maschi e il 3.8 % per le femmine.

Analizzando il grado di istruzione dei soggetti tossicodipendenti del campione considerato risulta che l'82,29 % è provvisto di licenza elementare o di licenza di scuola media inferiore.

GRADO ISTRUZ.	18-20 ANN			21-29 ANNI			30-39 ANNI			40-49 ANNI			PIU' DI 49 ANNI		
	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.	D.	U.	TOT.
NON COMUNIC.	0	15	15	3	175	178	7	362	369	6	137	143	1	31	32
LAUREA				0	5	5	0	17	17	1	12	13	0	3	3
MEDIA SUP.	4	1	5	18	34	52	24	63	87	6	42	48	1	7	8
SCUOLA PROFES.	0	0	0	3	51	54	10	90	100	1	25	26	0	13	13
MEDIA INF.	2	84	86	30	904	934	66	1282	1348	14	354	368	0	61	61
ELEMENTARE	0	60	60	11	678	689	15	761	776	9	249	258	1	40	41
SENZA TITOLO	0	23	23	4	190	194	2	195	197	6	46	52	0	9	9
ANALFABETA	0	2	2	0	27	27	0	36	36	0	7	7	0	3	3
TOTALE	**6**	**185**	**191**	**69**	**2064**	**2133**	**124**	**2806**	**2930**	**43**	**872**	**915**	**3**	**167**	**170**

4- Distribuzione dei detenuti tossicodipendenti per grado d'istruzione rispetto al sesso

Riguardo, invece, alle posizioni giuridiche dei soggetti esaminati risulta che il 68,61 % si trova nella condizione di definitivo, gli imputati costituiscono il 28,95 % e gli internati il 2,43 %.

Per quanto riguarda gli internati in O.P.G. analizzando nello specifico sei ospedali psichiatrici giudiziari italiani (Castiglione dello Stiviere, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Reggio Emilia, Barcellona Pozzo del Gotto) le persone presenti erano 1239 (di cui 79 donne). 651 vi sono entrati perché prosciolti dal reato commesso, ma ritenuti socialmente pericolosi, 114 dopo avere scontato la detenzione in una casa di cura e custodia, 214 sono i casi per l'applicazione provvisoria di una misura di sicurezza, 97 quelli di infermità psichica sopravvenuta del condannato, 62 minorati psichici. Fra questi la percentuale di tossicodipendenti è il 17.4 % (216 soggetti) con maggioranza di soggetti maschi (201).

Commenti

L’art. 133 c.p. disciplina la commisurazione della pena in base alla gravità del reato e alla capacità di delinquere del reo, desunta da: motivi a delinquere e carattere del reo, precedenti penali-giudiziari, condotta e vita antecedente al reato, condotta contemporanea o seguente al reato, condizioni di vita individuali, familiari e sociali.

Nel motivo a delinquere Ferracuti (1990) mette in evidenza una motivazione conscia, quando lo stimolo ad agire è presente alla coscienza del soggetto, inconscia quando opera come tendenza ignota allo stesso agente per la sua incapacità introspettiva (Ferracuti, 1990 vol. XIII).

Il carattere del reo, invece, dipende dall’interazione tra temperamento e ambiente esteriore. Il carattere ha al suo interno una componente di staticità, che lo rende non modificabile nel suo nucleo caratteristico e nella qualità di atteggiamenti e reazioni. Il temperamento è la base biologica ed ereditaria della personalità ed entro certi limiti immodificabile.

L’ambiente esteriore può influire sia sulla formazione del carattere che sulla genesi del singolo reato. Si tratta, quindi, di valutare le condizioni economiche, sociali, culturali e morali sia del soggetto che del gruppo familiare e sociale.

L’imputabilità di un soggetto tossicodipendente che commette un reato, presuppone l’accertamento dell’incapacità di intendere e di volere andando a vedere in quale quadro di intossicazione rientrano.

Comunque sia, lo stato di intossicazione può essere procurato da terzi (causa di forza maggiore) e quindi il soggetto non è imputabile, come non lo è nel caso fortuito. Quando il soggetto volontariamente si pone in uno stato di intossicazione, in questo caso è imputabile perché lo poteva evitare, e la situazione si aggrava maggiormente se sussiste la preordinarietà del fatto dove, il tossicomane abusa di sostanze per commettere il reato o per avere un alibi. (Ferracuti, 1990 vol. XIII).

Le sostanze proprio per la loro natura di alterare in maniera spropositata, il carattere e quindi le azioni del soggetto, potrebbero, ai fini dell'imputabilità, configurare un vizio parziale o totale di mente in caso di cronica intossicazione e di conseguenza lo renderebbero non imputabile.

Inoltre, la sola presenza di alterazioni mentali di tipo psichiatrico non è di per sé causa di esclusione o attenuazione dell'imputabilità. Infatti, l'alterazione dello stato mentale deve esistere al momento del fatto e deve essere accertato per ogni reato.

Comunque sia, le perplessità rimangono sul fatto di considerare la "patologia" solo in caso di cronica intossicazione, mentre, per i tossicodipendenti abituali ciò non viene preso in considerazione.

Ma, lavorando da tre anni nel campo della tossicodipendenza abituale ci siamo rese conto che non tutti i soggetti sono recuperabili e quindi reinseribili nella società.

Questo perché anche fra questi soggetti ci sono delle affezioni patologiche che rendono difficile l'allontanamento dalle sostanze, come se la droga fosse la cura per la patologia inconscia. Infatti, molti di loro che smettono di "farsi" cominciano ad avere segni di squilibrio che prima non erano mai venuti fuori. Questo viene riferito anche dai familiari i quali affermano: "Che era meglio quando si drogava…" pur rendendosi conto del paradosso che stanno affermando. Si potrebbe pensare che questo comportamento anomalo sia dovuto alla mancanza della "dose", ma permane anche dopo un lungo periodo di lucidità.

Le nostre riflessioni si basano sul fatto che, la droga esercita la sua azione sulla personalità del soggetto orientando tutto il suo comportamento, creando una condizione di inferiorità psichica.

Questo viene evidenziato anche nella Sentenza di Cassazione n° 162544 del 22/11/1983 di Gatto dove afferma che: "anche la cosiddetta crisi d'astinenza è una condizione propriamente patologica, configurante un autentico vizio di mente".

In un'altra sentenza del tribunale di Roma del 3/1/1980 d'Ippoliti evidenzia che: "La tossicomania, valutata nell'interazione dei suoi aspetti fisici e psichici, è una malattia cronica, non irreversibile in senso assoluto……".

La somministrazione di metadone manifesta l'incapacità del soggetto a rimanere senza sostanza, anche se usato per iniziare un processo di "allontanamento", e quindi a riconoscerlo come malato, proprio nella nuova visione dell'imputabilità del tossicodipendente.

La legge 297/85 guarda al tossicodipendente nel momento penitenziario e in quello della custodia preventiva, sempre con l'intento di cure mediche e riabilitative, prescindendo sia da problemi di imputabilità che di pericolosità sociale.

Comunque, la legislazione se pur innovativa sul piano della prevenzione e riabilitazione del tossicomane, non si pone il problema dell'imputabilità rimandando, comunque, al vecchio codice Rocco.

ISTITUZIONE PENITENZIARIA

E

TOSSICODIPENDENZA

La struttura carceraria, considerata non solo come il luogo di espiazione della pena inflitta dopo un reato, ma come momento per un trattamento riabilitativo e risocializzante

del reo, inizia a trasformare i suoi connotati con la riforma del codice penale e il successivo regolamento penitenziario del 1891.

In particolar modo, il Codice Rocco e il Regolamento per gli Istituti di Previdenza e Pena del 1931, contengono i primi riferimenti espliciti a concetti di recupero, risocializzazione dei detenuti, ma anche di imputabilità e di vizio totale o parziale di mente (Serra, 2000).

Trattamento del tossicodipendente in carcere

Più specificatamente la problematica relativa al tossicodipendente in carcere nasce da una precisa esigenza, in quanto la struttura penitenziaria sembra rappresentare una tappa quasi obbligata per chi fa uso di sostanze, principalmente per due motivi: per reati connessi sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, o secondariamente alla necessità di procurarsi la dose giornaliera di droga (Carrieri, Serra, 1999).

Spesso, quindi, commettere un reato diventa secondario al problema principale che è quello della dipendenza da sostanze stupefacenti.

Anche la normativa in materia di tossicodipendenza ha subito, nel corso degli anni, una notevole evoluzione, dimostrandosi sensibile verso la presa in carico dei soggetti che abusano di stupefacenti, attraverso l'apertura alla prevenzione e al reinserimento sociale.

Già con la legge n° 685 del 1975 i luoghi di cura non sono più gli ospedali psichiatrici, ma i normali presidi ospedalieri, favorendo l'immagine del tossicodipendente non più come potenziale o attuale criminale, ma come persona malata e bisognosa di aiuto.

Emerge, così, il riconoscimento del tossicodipendente come "persona", a negazione di ogni intervento coatto.

Con la legge n° 297 del 1985, invece, si sottolinea il fondamentale valore dell'intervento preventivo, rispetto all'abuso di sostanze, e il bisogno di un reinserimento sociale ai fini del trattamento.

In seguito con la legge n° 663 del 1986, con l'*art. 47-bis,* si regola la modalità di affidamento in prova ai servizi sociali per il detenuto tossicodipendente o alcoldipendente che abbia in corso un programma di recupero o che intenda sottoporsi ad esso.

Sta di fatto che nel momento in cui il tossicodipendente entra in carcere ha alle spalle, non solo il fallimento della famiglia e delle strutture pubbliche, ma una storia di emarginazione che si accentua e si aggrava nella realtà penitenziaria, dove le aree protette e isolate dal resto del contesto a lui destinate, bensì sorte con l'intento terapeutico, sembrano rinforzo del suo essere "diverso" (De Leo, 1989).

È evidente che la complessità e la difficoltà di operare efficacemente e correttamente in carcere, sono aumentate dalla consapevolezza che la riabilitazione è un processo faticoso, perseguibile solamente attraverso un lavoro d'integrazione e coordinamento tra le risorse professionali all'interno del carcere e quelle non professionali appartenenti al contesto socio-familiare del detenuto tossicodipendente.

La legge n° 162 del 1990 (DPR 309/90) testimonia proprio la volontà politica di situare il problema droga al centro dell'attenzione della comunità civile, come espressione del disagio del singolo, portatore di problematiche più ampie.

L'art. 30 della 162/90 attesta, in modo specifico, che "la pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al suo stato di tossicodipendenza, deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi".

Già all'interno del carcere il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) del Ministero della Giustizia, ha predisposto interventi di base (1° livello) e

trattamenti avanzati (2° livello), per rispondere alle esigenze di assistenza e sostegno del detenuto tossicodipendente (Serra, 2000).

Gli *interventi di base* riguardano le procedure diagnostiche e medico-legali per l'accertamento dello stato di tossicodipendenza attraverso:

- il riscontro documentato di trattamenti specifici per le tossicodipendenze, presso strutture pubbliche e private
- segni di assunzione abituale di sostanze stupefacenti
- sindrome di astinenza in atto
- presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici o nei tessuti
- sintomi fisici o psichici d'intossicazione in atto da sostanze stupefacenti.

Sono, quindi, criteri e valutazione prettamente sanitaria, ai quali vanno integrate valutazioni dello psicologo preposto al servizio Nuovi Giunti (presidio psicologico creato con la *Circolare Amato del 30/12/1987, n°3233/5689)* che è deputato alle attività di accoglienza al soggetto che entra per la prima volta in carcere. In tale contesto, infatti, si effettua un colloquio preventivo diretto principalmente alla valutazione del livello di rischio auto ed eterolesivo per assegnare il detenuto alla sezione.

Infine, per la presa in carico del tossicodipendente, alle valutazioni sanitarie e psicologiche, va aggiunto il resoconto del colloquio condotto dal direttore o da un altro operatore da lui incaricato (art. 23, 4° comma del regolamento Penitenziario).

È importante che, all'interno dei colloqui svolti con il detenuto tossicodipendente, motivare il soggetto alla partecipazione attiva ad un trattamento più avanzato per la futura sensibilizzazione ad un'eventuale aderenza ad un programma terapeutico specifico.

Infatti, negli interventi di 2° livello, destinati a persone che non presentano più crisi di astinenza o esigenze urgenti di disintossicazione, gli obiettivi da raggiungere riguardano l'iniziale processo di cambiamento degli atteggiamenti più profondi connessi alla

tossicodipendenza, in modo da predisporre il soggetto ad intraprendere un processo terapeutico più strutturato.

Istituti di 2° livello sono le strutture penitenziarie a *custodia attenuata (Seatt),* create come percorso alternativo al semplice aspetto di custodia e finalizzate all'intervento riabilitativo e terapeutico. Attualmente in Italia ne esistono solo tre: Roma-Rebibbia, Rimini e Firenze.

Nella custodia attenuata, proprio perché è un istituto che agevola il reinserimento nel contesto sociale di appartenenza, è fondamentale il ruolo degli Enti locali, in particolar modo del Ser.T, la struttura della ASL che si occupa di tossicodipendenti, che ha la funzione di concordare un programma terapeutico da eseguire all'esterno, dopo aver analizzato le risorse sul territorio (famiglia) e di verificarne l'andamento.

Una volta entrato in regime di custodia attenuata, il soggetto può, dopo un mese di osservazione e valutazione da parte degli operatori, decidere se aderire o meno al trattamento.

Tale adesione, comunque, può essere vissuta, soprattutto nelle prime fasi, come traumatica, in quanto il soggetto si trova a dover gestire un'indipendenza dalle sostanze ed una strutturazione del proprio tempo, in un modo personale a cui spesso non è abituato (Serra, 2000).

Misure alternative al carcere

L'art. 47 bis. della legge n. 663/86 e l'art. 94 T.U. 309/90 contemplano l'affidamento in prova in casi particolari. "Se la pena detentiva inflitta nel limite di 3 anni (portato a 4 anni dalla Legge Simeoni Saraceni), deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcoldipendente che abbia in corso un programma terapeutico o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in

prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con una unità sanitaria locale o con uno degli enti previsti dall'art. 115 o privati" (Serra C., Macchia M.T.P., 1995)

Tale normativa ha permesso una visione diversa del carcere, non incaricato soltanto di far eseguire la pena, ma capace di offrire una possibilità concreta di reinserimento sociale.

Tutto ciò presuppone un complesso lavoro di rete: una valida connessione intersistemica dovrebbe collegare gli operatori del carcere con i presidi territoriali, i sistemi informali (famiglia, amici) e quasi formali di sostegno (gruppi di volontariato e di auto-aiuto).

Alcune strutture sono poi predisposte per la presa in carico di detenuti tossicodipendenti attraverso il coordinamento e il controllo di benefici ottenuti durante la carcerazione. I servizi sociali per adulti, istituiti presso le sedi degli uffici di Sorveglianza, hanno come compiti specifici sia la partecipazione al trattamento intramurario nell'attività di osservazione e miglioramento delle relazioni tra detenuto e famiglia per accompagnare e preparare il momento della dimissione, sia la partecipazione al trattamento extramurario, controllando il lavoro dei detenuti all'esterno, i permessi premio, gli affidamenti ai vari servizi sociali e alle comunità, sia l'effettuazione di interventi socio-sanitari per la cura e la riabilitazione di detenuti affetti da patologie connesse con l'abuso di sostanze stupefacenti (epatiti, Hiv).

I servizi "classici" utilizzati più spesso come misure alternative alla detenzione sono le comunità, particolarmente quelle definite "chiuse", residenziali, esplicitamente o implicitamente terapeutiche. Accanto a queste strutture sono sorti nuovi servizi, meno strutturati, che permettono contenimenti più labili e danno modo al soggetto di avere l'opportunità di svolgere un lavoro, risiedere con la propria famiglia ed avere contatti con il proprio contesto sociale e culturale di appartenenza, con tutti i vantaggi e svantaggi che ciò comporta (centri di pronta accoglienza, comunità semiresidenziali).

Una novità è rappresentata dai centri per gli Arresti Domiciliari (C.A.D.), servizi preposti per accogliere imputati in attesa di giudizio, in grado di offrire alle persone ristrette in istituti di pena, la possibilità di frequentare un ambiente positivo che ne favorisca il processo di riabilitazione sociale.

Il tribunale di Sorveglianza, l'organo preposto per disporre l'affidamento, stabilisce "le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che il tossicodipendente o alcoldipendente prosegue il programma di recupero".

La totale condivisione ed accettazione delle regole da parte del soggetto è fondamentale perché "l'affidamento in prova al servizio sociale non può essere disposto, ai sensi del presente art., più di due volte".

Nuove prospettive e commenti

Lavorando in un centro di pronta accoglienza e svolgendo consulenze psicodiagnostiche per una comunità semiresindenziale per tossicodipendenti abbiamo potuto notare, in prima persona, le numerose differenze individuali dei soggetti nell'approccio con i servizi, sia pubblici che privati, sia il minimo comune denominatore di vite fatte di emarginazione, violenze, sfruttamento, bagagli pesanti da portare, che forse l'uso della droga fa dimenticare per un attimo. Persone in cui la forza e la fragilità convivono e si mostrano incessantemente, in un gioco perpetuo di pietismo e sopraffazione.

In questi ultimi anni, l'uso di droghe sintetiche, e a un'età sempre più giovane, ha favorito l'emergere massiccio di forti problemi psichiatrici. Ora i tossicodipendenti con diagnosi psichiatrica rappresentano una priorità di intervento; è un utenza portatrice di una doppia patologia, da abuso e consumo di sostanze e da un concomitante disturbo psicopatologico.

Nei centri di prima accoglienza è difficile gestire casi simili, perché ne sono fruitori anche coloro che non appartengono a tale categoria e la convivenza, soprattutto per mancanza di strumenti adeguati e di conseguenza di risposte adatte a delle richieste pressanti e ancor più problematiche di aiuto, è impossibile da controllare e coordinare.

Ci sono progetti sperimentali innovativi finanziati dalla Regione Lazio proprio per allestire un programma integrato e creare un contenimento adeguato a tale emergenza socio-sanitaria, che spesso è anche resa più coriacea da precedenti istituzionalizzazioni, carcere incluso.

Attualmente presso l'ufficio statistiche del Dipartimento di amministrazione penitenziaria si sta effettuando una ricerca sull'incidenza della diagnosi psichiatrica sui soggetti tossicodipendenti coordinata dal prof. Andreoli.

LA TOSSICODIPENDENZA NELLA SOCIETA' MULTIETNICA

Il lavoro con i detenuti tossicodipendenti ci offre una panoramica di situazioni personali, familiari e sociali che, negli ultimi anni, si sta tingendo sempre più di colori diversi: etnie, culture, minoranze, religioni, ecc.

Quello che si rileva, quindi, negli istituti penitenziari italiani è un po' lo specchio di una società in evoluzione, che sta diventando una realtà multietnica, alla stregua di altri Paesi europei.

Se ciò può, a livello potenziale, costituire una ricchezza ed un motivo per evolvere, sia a livello culturale che professionale, è anche vero che nella quotidianità del nostro lavoro ci troviamo di fronte ad un vuoto di conoscenze e ad una carenza di strumenti, che ci limitano nell'erogazione di un servizio al detenuto extracomunitario.

Queste difficoltà operative ci hanno stimolato a riportare gli stessi interrogativi nell'ambito del discorso sull'imputabilità del tossicodipendente, chiedendoci quali siano i criteri di valutazione per rilevare uno stato di "cronica intossicazione" di un imputato appartenente ad una cultura diversa dalla nostra.

Abbiamo, così, cercato di osservare l'andamento del fenomeno rispetto alla realtà penitenziaria italiana, per poi raccogliere riflessioni rispetto ad un intervento a più ampio raggio, capace di muoversi in un conteso socio-culturale diverso, in cui la sofferenza psichica (del tossicodipendente detenuto extracomunitario), può trovare la giusta "cornice simbolica" per essere interpretata e valutata (Iaria et al., 2000).

Situazione negli Istituti Penitenziari

Il pre-rapporto 2001 del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) al 31 Maggio 2001, stima che su un totale di 55383 detenuti negli istituti italiani, 16330 sono stranieri, appartenente a 128 nazionalità differenti, cioè 1500 in più rispetto all'anno precedente e 370 in più rispetto a soli due mesi prima (Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze, 2000).

In particolare le nazionalità più rappresentate sono: Marocco (3597), Albania (2717),Tunisia (2083), Algeria (1440) ed ex-Jugoslavia (971); i detenuti provenienti dall'Unione Europea, invece, sono 403, dagli Stati Uniti 29. La regione con la più alta

percentuale di detenuti stranieri è la Lombardia (2675) e quella con la minore, invece, è il Molise (94).

Di questi stranieri detenuti, il 38.4% ha commesso *reati in violazione della legge sugli stupefacenti* e il 19.33% contro il patrimonio.

In particolare rispetto al commercio di stupefacenti, che è il reato più riscontrato fra gli immigrati, si rileva che questi sono maggiormente impiegati nei livelli più bassi dello smercio, nel ruolo del cosiddetto *"pusher"* di strada (Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, Anno XXIII, 2000), mentre spetta alle organizzazioni italiane il grande narcotraffico internazionale (CENSIS, 1999).

Sembra, quindi, stiano aumentando i detenuti stranieri che fanno uso di sostanze: in particolare si osserva una stabilizzazione degli eroinomani ed un aumento sia dei poliassuntori, sia degli alcolisti (Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, Anno XXIII, 2000).

Ovviamente bisogna leggere con molta cautela questi dati, per evitare ingiustificati e infondati allarmismi sociali, spesso alimentati dai *mass-media* e focalizzati sulla facile e pregiudizievole equazione fra *immigrati=spacciatori/prostitute* (CENSIS, 1999).

Già il 48.3% degli Italiani, per esempio, vede nella società multietnica, nella quale ci stiamo progressivamente trovando, un'inevitabile fonte di conflitti e incomprensioni, percependo l'immigrato come una minaccia alla propria sicurezza (CENSIS, 1999).

Infatti spesso l'ingresso in carcere rappresenta per gli stranieri una misura precauzionale che non viene applicata agli autoctoni; oppure a parità di pena gli stranieri hanno minore accesso alle misure alternative di detenzione.

Anche se teoricamente la Legge Simeoni-Saraceni prevede l'ammissione al lavoro esterno e ai benefici di legge anche per gli stranieri senza permesso di soggiorno, di fatto la mancanza di relazioni sociali sul territorio, di un datore di lavoro, di un alloggio fisso, così come le barriere culturali e linguistiche, non permettono loro di usufruire di tali benefici.

Per cui alla fine della pena queste persone tornano più facilmente nella clandestinità. In generale, comunque, gli stranieri hanno minori capacità (linguistiche, economiche e culturali) per difendersi e la stessa clandestinità crea condizioni favorevoli all'attuazione di atti criminosi.

La tossicodipendenza fra gli extracomunitari

Un dato interessante riguarda la diversificazione del comportamento tossicomanico nei vari sottogruppi culturali sia rispetto alla sostanza che alla modalità di somministrazione.

Per esempio gli eroinomani sono soprattutto magrebini, in particolare tunisini; i marocchini sono più spesso alcolisti o poliabusatori (alcol, eroina, cocaina); mentre gli algerini consumano maggiormente cannabis.

La maggior parte di eroinomani e politossicomani nordafricani, inoltre, utilizza la via inalatoria; fra quelli che preferiscono la via endovenosa compaiono, invece, i tunisini e tutti gli extracomunitari provenienti dall'Est europeo, i quali rilevano un comportamento più vicino a quello "occidentale" (www ritornoalfuturo freeweb supereva it/articoli/immigrati).

Rispetto a questo fenomeno è lecito supporre che vi siano dei motivi di origine culturale e/o religiosa che predispongono i tossicodipendenti nord-africani ad una certa riluttanza nei confronti dell'uso della siringa, ma rimangono tuttavia ipotetici. L'approfondimento di questa questione potrebbe, anzi, costituire una feconda area di ricerca, sia rispetto alla prevenzione che al trattamento dell'abuso in tali popolazioni.

Questi dati sembrano smentire l'opinione diffusa che l'extracomunitario magrebino sia esclusivamente dedito allo spaccio, rilevando, quindi, una situazione complessa che può

leggersi in due modi: sia come un diffondersi secondario dell'uso di sostanze stupefacenti fra gli immigrati "spacciatori da strada", sia come l'affermarsi di una tossicodipendenza primaria fra gli immigrati che, come per gli autoctoni, porterebbe a comportamenti criminali.

Nella complessità di questa realtà in continua evoluzione, l'attuale legislazione italiana (DPR 309/90) sembra intervenire in modo univoco, risolvendo il comportamento criminoso in un provvedimento di espulsione:

art. 86: Espulsione dello straniero condannato

1) lo straniero condannato per uno dei reati previsti dagli art. 73 (Produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti), 74 (Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti), 79 (Agevolazione dell'uso di sostanze stupefacenti) e 82 (Istigazione, proselitismo e induzione al reato di persona minore), commi 2 e 3, a pena espiata deve essere espulso dallo Stato
2) lo stesso provvedimento di espulsione dallo Stato può essere adottato nei confronti dello straniero condannato per uno degli altri delitti previsti dal presente testo unico;

3) se ricorre lo stato di flagranza di cui all'art.382 del c.p.p. in riferimento ai delitti previsti dai commi 1, 2 e 5 dell'art. 73, il prefetto dispone l'espulsione immediata e l'accompagnamento alla frontiera dello straniero, previo nulla osta dell'autorità giudiziaria procedente.

Si viene, quindi, a creare un'imbarazzante "incomunicabilità" fra l'approccio psicologico orientato verso la diagnosi e il trattamento, o quantomeno il recupero, e quello giuridico, strettamente e necessariamente vincolato ai termini legislativi.

Da una parte, quindi, nell'operatività del nostro lavoro, dobbiamo confrontarci con giovani detenuti extracomunitari tossicodipendenti che richiedono un sostegno e un orientamento verso un programma terapeutico, dall'altra, invece, ci scontriamo con i limiti normativi che prevedono, alla fine della pena, un provvedimento di espulsione.

Cosa fare? È possibile che la stessa legislazione che garantisce al tossicodipendente autoctono l'accesso alle misure alternative, diventa inapplicabile quando chi manifesta lo stesso disagio sia un extracomunitario?

Al di là del trattamento intramurario, ci siamo, inoltre, chieste quale sia il senso ed il valore diagnostico del fenomeno "tossicodipendenza" in culture così diverse da quella occidentale, al di là della comune condivisione dei criteri statistici del DSM-IV per le dipendenze patologiche.

E quanto questa differenza vada poi ad incidere sul processo diagnostico nel momento in cui si deve rilevare uno stato di "intossicazione cronica", ai fini dell'imputabilità.

I sintomi e i disturbi degli immigrati, infatti, secondo Nathan (Iaria et al., 2000), anche se espressi nel mondo occidentale, sono comunque ancorati al contesto socio-culturale, religioso e mitologico di provenienza.

Riferimenti normativi

L'attuale legislazione in tema di detenuti extracomunitari, in attesa delle annunciate riforme in materia di immigrazione, riguardano: il diritto del detenuto di comunicare alle Autorità Consolari del suo Paese in Italia il suo ingresso in Istituto e di richiederne la visita (*Circolare Ministeriale n°3097/5547 dell'8 Febbraio 1985: Attività Consolare)*; il diritto di presentare un provvedimento per effettuare attività lavorativa subordinata all'esterno dell'Istituto Penitenziario, prescindendo dall'iscrizione alle liste di collocamento, dal possesso del permesso di soggiorno (*Circolare Ministeriale del 15 Marzo 1993: Lavoro all'esterno di detenuti extracomunitari).*

Il diritto di soggiornare nel nostro Paese per motivi di protezione sociale a che si sottrae da associazioni criminali, potendo ottenere un permesso di soggiorno della durata di 6 mesi, rinnovabile ai fini di una regolare attività lavorativa.

E l'istituzione dei centri di permanenza per chi ha un provvedimento di espulsione, nei quali i soggetti dovranno essere trattati con modalità tali da assicurare la necessaria assistenza ed il pieno rispetto della loro dignità (*D.L. del 25 Luglio 1998, n° 286* : *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione).*

Infine, tenuto conto del *principio dell'imparzialità del trattamento,* senza discriminazioni in relazione ad ordine, nazionalità, razza, condizioni economico-sociali, opinioni politiche e a credenze religiose, viene garantito il diritto al rispetto del Ramadan, alla preghiera settimanale del venerdì e alla lettura giornaliera del Corano *(Circolare Ministeriale del 18 Dicembre 1998: Rispetto del Ramadan)* (Serra, 2000).

Il rispetto della cultura di appartenenza del detenuto, che queste normative garantiscono almeno a livello teorico, implica, secondo Serra, un'analisi del comportamento deviante e delle eventuali psicopatologie ad esso correlate, in una prospettiva olistica, che tenga conto delle variabili socio-culturali e religiose del Paese di

provenienza e che si possa avvalere dei cosiddetti *"mediatori culturali"*, il cui ruolo approfondirò in seguito.

Un intervento così concepito, comunque, anche se potenzialmente fruttuoso, rimane tuttavia complesso nella sua realizzazione, sia per la scarsità di strumenti teorico-pratici attualmente a nostra disposizione, sia per le difficoltà oggettive del detenuto extracomunitario. Ai problemi di comprensione linguistica, infatti, si aggiunge la precarietà economica; la clandestinità che, negandogli una residenza, non gli consente di usufruire di un difensore a gratuito patrocinio; l'appartenenza a religioni diverse; la difficoltà ad identificare il detenuto in quanto sprovvisto di documenti; l'eventuale presenza d'infezioni (Serra, 2000).

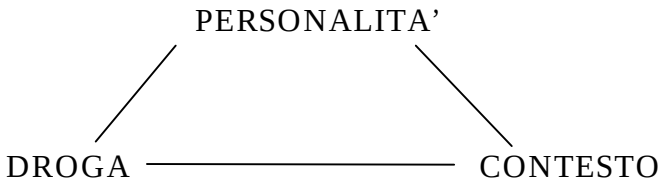
Si viene, quindi, a costituire una situazione di estrema marginalità e di esclusione.

Verso un "approccio transculturale" della Psicologia Forense?

Il crescente aumento di detenuti extracomunitari tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari italiani deve indurci a riflettere sulle conseguenze che potrebbe avere per la psicologia giuridica, sia a livello di sostegno e orientamento intramurario, sia a livello di valutazione peritale sull'imputabilità rispetto a specifici reati.

La delicata complessità di questa realtà richiederebbe, secondo noi, un approccio olistico, o cosiddetto *"emico"* (Iaria et al., 2000), in cui si vada a leggere il significato che la sofferenza psichica assume per la singola persona, in funzione del contesto-socioculturale di appartenenza.

In un'ottica sistemica, infatti, la tossicodipendenza sembra risultare da un'interazione dinamica fra diversi fattori riconducibili a:



che costituirebbero un *"campo semantico"* funzionale agli aspetti carenti dell'adattamento del soggetto (De Cataldo Neuburger, 1993); ci chiediamo, quindi, quanto la *"carica simbolica"* di questo sistema possa ulteriormente arricchirsi di contenuti, linguaggi e significati allorché il "*contesto"* sia addirittura rappresentato da una cultura diversa da quella occidentale.

Purtroppo la ricerca sul fenomeno delle tossicodipendenze nelle "culture altre" e la sua lettura "transculturale" non sembra essere al passo con le recenti evoluzioni del problema, sia in ambito puramente clinico che in quello forense.

Rispetto all'imputabilità, infatti, riteniamo che il discorso diventi molto complesso quando si abbia che fare con un imputato tossicodipendente appartenente ad una cultura diversa dalla nostra.

Ricordiamo che, al di là dell'intossicazione per "caso fortuito o forza maggiore", la condizione che può interferire con la capacità d'intendere e di volere del tossicodipendente, rispetto ad uno specifico reato, è la diagnosi di una *"sindrome psico-organica permanente"* più spesso appartenente ai quadri psicotici (schizo-paranoide; depressivo-paranoide).

Ci chiediamo, quindi, rispetto alla nuova realtà dei tossicodipendenti extracomunitari, se la consueta metodologia peritale applicata agli imputati autoctoni (anamnesi, esame neurologico, colloqui clinici, reattivi mentali), sia lecitamente valida anche per chi non appartiene alla nostra cultura occidentale.

Per cercare qualche spunto di riflessione non possiamo che riferirci alla *psichiatria transculturale,* essendo una disciplina che analizza sia le modalità in cui il "disturbo psichico" si costruisce all'interno delle culture non occidentali, sia l'effetto che la

migrazione può avere sulla salute mentale del soggetto. In tale prospettiva nel momento dello scompenso psicopatologico il paziente utilizzerebbe i contenuti culturali di cui è portatore, veicolandoli all'interno di specifici canali espressivo-comunicativi che gli sono propri (Iaria, et al. 2000).

Poichè, quindi, si può presumere un ruolo determinante della cultura nell'eziologia del disturbo e nella fenomenologia del sintomo (Losi, 2000), ci sembra lecito chiedersi: l'attuale metodologia peritale consente al perito di diagnosticare in modo attendibile un eventuale disturbo psico-organico permanente in un soggetto, oltre che tossicodipendente, extracomunitario?

Le categorie diagnostiche occidentali rendono fede all'eventuale psicopatologia manifestata da colui che appartiene a "culture altre"?

Se consideriamo i colloqui clinici e la somministrazione dei reattivi mentali (di personalità e neuropsicologici) come gli strumenti principali della perizia, già qualche dubbio sembra emergere.

Le difficoltà linguistiche sembrano essere il primario ostacolo ad una comunicazione interpersonale che è fatta anche di gesti, atteggiamenti, espressioni e inflessioni della voce che, per essere interpretati, devono avere un comune codice semantico. Esiste questa condivisione di significati fra perito e periziando?

Inoltre alcune ricerche transculturali hanno rilevato, per esempio, che presso i pazienti immigrati africani, il canale preferenziale per comunicare la sofferenza è costituito dal *sintomo psicosomatico* (Iaria et al., 2000; Losi, 2000), in seguito ad una maggiore permeabilità, culturalmente definita, dei confini del proprio corpo.

Laddove, quindi, il corpo "parla", sembrano costruirsi dei veri e propri *tabù sociali* riguardo la comunicazione diretta dei propri vissuti intimi, soprattutto all'interno di una situazione *duale,* come è quella del colloquio clinico, che appare, così, una prerogativa della "nostra" impostazione diagnostica e terapeutica (occidentale).

E allora come si può fare una corretta diagnosi se i presupposti del colloquio vengono meno?

I reattivi mentali, invece, per essere applicati in modo attendibile e valido ad una persona appartenente ad una cultura diversa dalla nostra, devono essere stati tarati sulla sua popolazione di appartenenza (Boncori, 1993): esiste la taratura del Rorschach o del MMPI-2 o della WAIS-R per la popolazione tunisina, algerina, marocchina, albanese, ecc?

Riflessioni sulla morbidità psichiatrica in senso transculturale

Visto che la maggior parte di detenuti extracomunitari tossicodipendenti proviene dal nord-Africa, ci sembra interessante citare le osservazioni di alcuni autori (Iaria et al., 2000) rispetto ai disturbi psichici maggiormente riportati dagli immigrati africani in Italia, per raccogliere spunti di riflessione.

Rispetto alle patologie più frequentemente implicate nella valutazione dell'imputabilità, alcune rilevazioni su campioni cross-culturali hanno, per esempio, evidenziato che i pazienti africani, rispetto agli autoctoni, riportano la maggiore frequenza di sintomi deliranti e allucinatori, sia nei quadri schizofrenici e nelle psicosi reattive, che nei quadri ansioso-depressivi.

La notevole frequenza di tali sintomi, però, sembra contrastare con la rarità ed eccezionalità della diagnosi di schizofrenia nello stesso campione, cosa che, invece, non succede per gli autoctoni italiani; sembrerebbe, quindi, trattarsi di quadri reattivi a remissione spontanea, che non evolvono verso un disturbo cronico.

Conferme incrociate di questo fenomeno hanno portato gli *autori transculturali* ad ipotizzare che *i sintomi allucinatori non avrebbero lo stesso grado di autenticità nei due gruppi di pazienti.*

Nei pazienti africani, cioè, il disturbo delirante, soprattutto a sfondo religioso e persecutorio (malocchio, maledizione, possessione), non sembra rappresentare un fatto puramente clinico, di tipo psicotico, ma porterebbe con sè implicazioni di natura culturale. Rappresenterebbe, cioè, un'"espressione spettacolare d'angoscia" rispetto ad una situazione emotivamente insostenibile (difficoltà d'integrazione e di adattamento; isolamento; depersonalizzazione; ecc), che spesso si risolve spontaneamente nell'arco di pochi giorni.

Se questi risultati possono apparire affascinanti dal punto di vista clinico, la necessità d'inquadrarli nei termini giuridici ci fa riflettere seriamente sulla metodologia peritale nel momento in cui bisogna valutare la presenza o meno di un vizio totale o parziale di mente in un tossicodipendente extracomunitario che compie un reato.

Se già per l'imputato italiano diventa molto complesso distinguere fra intossicazione abituale e cronica, ai fini dell'imputabilità: quali diventano i criteri valutativi di fronte ad un extracomunitario?

I contributi degli autori transculturali possono, quindi, indurci a riflettere sul valore "autentico" di determinate manifestazioni "apparentemente" psicotiche, per non incorrere nel pericolo di errori diagnostici e di falsi positivi, che in ambito giuridico hanno delle conseguenze deontologicamente diverse, rispetto a quello puramente clinico (Losi, 2000).

Proposte operative

Sebbene solo recentemente la psicologia giuridica si è posta il problema delle implicazioni sul piano operativo di una società multietnica *(Convegno ISISC)*, alcuni professionisti, che lavorano in ambito clinico, hanno cercato di trovare modelli interpretativi e soluzioni alternative già da qualche anno. E forse è da queste esperienze che l'attività dello psicologo forense potrebbe trarre beneficio.

Ricordiamo presso il Santa Maria della Pietà di Roma sia i *Corsi di Psichiatria Transculturale* (tra il 1985 e il 1993), proposti dalla Scuola Medica Ospedaliera della Regione Lazio e coordinati dal Prof. Antonino Iaria e dalla Dott.ssa M.G. Scalise, sia l'annesso ambulatorio in cui un gruppo di psichiatri transculturali forniva consulenze.

Nella stessa città il Centro di Etnopsichiatria di Torre Spaccata, coordinato dal Prof. Sergio Mellina.

Nella città di Udine, il centro di prima accoglienza sanitaria per immigrati, luogo di indagini sulla psicopatologia degli immigrati (Iaria et al., 2000) .

Nella città di Terni l'Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale (Lazzari, 1992).

Il modello di lavoro maggiormente applicato in queste sedi, ai fini dell'inquadramento diagnostico e del progetto terapeutico, è quello degli autori francesi Nathan e Deveraux; esso si basa sull'accoglienza del paziente extracomunitario da parte di un'*equipe pluriculturale,* costituita da un gruppo di terapeuti di cui uno è quello principale, il cosiddetto *mediatore culturale,* che non è solo il "traduttore linguistico", ma anche colui che conosce e condivide la cultura del paziente. Questa figura, quindi, garantisce sia un senso d'appartenenza allo straniero che, nel gruppo si sentirà protetto, sia un codice semantico per interpretare adeguatamente i suoi sintomi e inquadrarli nel riferimento diagnostico più attendibile.

Rispetto alle applicazioni di questa metodologia in situazioni più vicine al nostro ambito di lavoro, è interessante citare l'esperienza di *mediazione culturale* in tre carceri italiane: Genova, Bologna e Como.

Nel Ser.T interno al carcere Marassi di Genova, infatti, il gruppo di terapeuti (psicologo, psichiatra, assistente sociale, infermiere) si avvale di un palestinese musulmano, nel ruolo di *mediatore culturale* (www pol-it.org).

La recente Giornata di Studi su "Carcere e Immigrazione" (16 Febbraio 2001), presso la Casa di Reclusione di Padova ha, invece, presentato le esperienze di Bologna e di Como (www informanziani it).

Nel carcere di Bologna opera nel ruolo di *mediatore culturale* un insegnante di matematica algerino, che si occupa anche di informazione, orientamento e Segretariato Sociale per i detenuti appartenenti all'area del Magreb (www informanziani it).

Nel carcere di Como c'è un *mediatore culturale* che è semplicemente un italiano che conosce il francese e la cultura araba, affiancato da mediatori volontari per ciascuna etnia (albanesi, tunisini, algerini, ecc).

Nella realtà romana (Regina Coeli e Rebibbia), infine, si sta attivando un progetto di mediazione culturale tramite il CIES (Centro Informazione Educazione allo Sviluppo) presso i Ser.T interni.

Commenti

Analizzando queste esperienze, ci sembra che le perplessità che noi abbiamo percepito nel lavoro con i tossicodipendenti extracomunitari siano un problema comune ad altre realtà.

Possiamo, quindi, interpretare queste proposte operative come dei primi e timidi passi verso una nuova concezione del lavoro "di rete" nel campo della psicologia penitenziaria.

E se questo modello desunto dalla *psichiatria transculturale* sembra funzionare sia in ambito penitenziario che clinico, possiamo azzardare l'ipotesi che in un prossimo futuro la metodologia peritale, rispetto all'imputabilità di un extracomunitario tossicodipendente, venga affidata ad un *collegio* di esperti fra cui compaia il *mediatore culturale?*

E, come già succede per la norma deontologica dell'A.P.A. (*Associazione Americana degli Psicologi*), possiamo aspettarci che anche per lo psicologo italiano venga richiesta una specifica formazione transculturale, qualora debba iniziare attività cliniche con pazienti di differenti gruppi culturali? (Lazzari, 1992)

E questo che implicazioni avrebbe per la deontologia dello psicologo forense?

CONCLUSIONI

Il nostro lavoro vuole mirare ad offrire una panoramica sul fenomeno della tossicodipendenza in ambito forense.

Innanzitutto, il dato primario è la notevole mutevolezza dell'abuso di sostanze sia rispetto alla loro tipologia sia rispetto ai soggetti assuntori (es: extacomunitari). Di conseguenza c'è stato un adattamento della legislazione che ha cercato di adeguarsi a tali evoluzioni, rimanendo, comunque, al suo interno molto contraddittoria.

La principale ambiguità riguarda la difficoltà a distinguere nettamente fra intossicazione abituale e cronica. Ai fini dell'imputabilità, nei termini di legge, quindi, i soggetti tossicodipendenti con cui quotidianamente ci troviamo a lavorare, dentro e fuori il carcere, appartengono alla categoria degli "abituali" per i quali, essendo imputabili è previsto l'accesso alle Misure Alternative. Si parla, infatti, di un vero e proprio "privilegio di essere tossicodipendente" (Ponti e Merzagora in Ferracuti, 1990 vol. XIII).

Nell'ambito dei provvedimenti alternativi al carcere, un detenuto non tossicodipendente è obbligato a sottoporsi ad una osservazione scientifica della personalità, mentre per il soggetto che fa uso di sostanze è sufficiente una certificazione da parte del Ser.T. Infatti, il detenuto che non abusa di sostanze, può accedere alle misure alternative solo in seguito ad un esito positivo della valutazione da parte dell'equipe trattamentale.

Per il tossicomane, invece, l'accesso è più immediato allorché dimostri la sua tossicodipendenza e abbia una struttura terapeutica disponibile ad accoglierlo.

La "cronicità" riguarda, invece, una minoranza di soggetti (come confermano i dati D.A.P.) per i quali è stata confermata una diagnosi psichiatrica e quindi costretti ad una misura coercitiva dalla quale è difficile uscirne (O.p.g.).

Le critiche mosse a tale legislazione partono dal fatto che, non è detto che un soggetto abituale non abbia una patologia psichiatrica che escluda o diminuisca l'imputabilità, per reati la cui pena prevista rientri nei quattro anni. Ma, addirittura, alcuni hanno parlato di

una infermità nel periodo pre-astinenziale (De Vincentis, Bazzi in Ferracuti, 1990 vol. XIII), cioè quando un tossicomane compie un reato da lucido.

Altri, allineandosi a tali perplessità, hanno considerato la tossicomania una condizione di "infermità apprezzabile" in quanto "l'azione distruttrice della sostanza agisce sui sentimenti e sulla volontà ……nella prevalente direzione di una soddisfazione incondizionata…… fino a risolversi nella cosiddetta *crisi d'astinenza*, che è condizione propriamente patologica, configurante un *autentico vizio di mente*" (Sentenza di Cassazione del 22/11/1983 n° 162544, in Ferracuti 1990 vol. XIII).

Nella complessità dell'identificazione di una patologia psichiatrica ai fini dell'imputabilità, inoltre, risulta ancora più difficile un inquadramento diagnostico del tossicodipendente extracomunitario. Infatti, la carenza di strumenti conoscitivi in materia di "transculturalità" limita gravemente l'applicazione della normativa vigente in tema di tossicodipendenza.

In una realtà così mutevole come quella dell'abuso di sostanze, in una società multietnica, è necessario un aggiornamento sia dei quadri normativi e sia delle professionalità che sono operative in ambito forense.

Rispetto ai riferimenti legislativi, secondo Vassalli, la prospettiva sembra comunque rimanere immutata (Ferracuti, 1990 vol. XIII).

Infatti, nei progetti di legge finalizzati alla lotta contro la droga sia della legislatura 1979-1983, sia di quella più attuale, non viene menzionata la questione dell'imputabilità. Si parla, quindi,di controllo sociale, di vigilanza, di prevenzione, di pene alternative, di recupero e riabilitazione, fermo restando il codice Rocco che, dal 1930, continua a disciplinare la materia di imputabilità, responsabilità aggravata da pericolosità e misure di sicurezza, nonostante le critiche mosse sia dai giuristi, sia da psicologi e sia dai medici-legali.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. (DSM-IV),* APA Press, Washington (Trad. It. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4° ediz.,* 1996, Masson, Milano).

BONCORI (1993), *Teorie e tecniche dei test,* Bollati Boringhieri.

CANCRINI (1993), *Quei temerari sulle macchine volanti,* La Nuova Italia Scientifica.

CARRIERI F., SERRA C. (1999), *Tossicodipendenza e criminalità,* Adriatica Editrice, Bari.

CENSIS (1999), *I confini legali della società multietnica. Cultura dello sviluppo e cultura della legalità,* Gangemi Editore, Roma.

CODICE PENALE

CODICE DI PROCEDURA PENALE

DE CATALDO NEUBURGER L., (a cura di) (1993), *Il sistema droga. La costruzione sociale della tossicodipendenza,* CEDAM

D.P.R. (Ottobre 1990, n° 309),*Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*

FERRACUTI F. (a cura di) (1988), *Trattato di Criminologia, medicina Criminologica e Psichiatria Forense. Vol. XV: Alcolismo, tossicodipendenza e criminalità,* Giuffrè, Milano.

FERRACUTI F. (a cura di) (1989), *Trattato di Criminologia, medicina Criminologica e Psichiatria Forense. Vol. XI: Carcere e trattamento,* Giuffrè, Milano.

FERRACUTI F. (a cura di) (1990), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense. Vol. XIII: Psichiatria forense generale e penale,* Giuffrè, Milano

FORNARI U. (1984), *Compendio di psichiatria forense,* Edizioni Giuridiche Economiche Scientifiche, Torino.

DE LEO G. (a cura di) (1989), *Lo psicologo criminologo,* Giuffrè, Milano

IARIA A., SCALISE M.G., TAGLIACOZZI B. (a cura di) (2000), *Percorsi conoscitivi di psichiatria e psicologia transculturale,* EUR, Roma.

LAZZARI D. (1992), "Prospettive dell'igiene mentale transculturale in Italia", *Attualità in Psicologia, vol. 7, 4, Ottobre, Novembre, Dicembre.*

LEONI, FATIGANTE, MARCHETTI (1992), *L'imputabilità del tossicodipendente,* Giuffrè, Milano.

LOSI N. (2000), *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico,* Feltrinelli, Milano.

NUOVO ORDINAMENTO PENITENZIARIO (1991)

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2000.*

MINISTERO DI GIUSTIZIA, Ufficio Studi e Ricerche del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.), Divisione Statistica, *Indagine nazionale sui tossicodipendenti negli istituti Penitenziari, 2000.*

MINISTERO DELLA SANITA', *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo,* 3, XXIII, 2000

SERRA C., MACCHIA M.T.P. (1995), *Chi ha paura di uscirne?,* Kappa

SERRA C. (2000), *Psicologia penitenziaria. Sviluppo storico e contesti psicologico-sociali e clinici,* Giuffrè, Milano.

SITI INTERNET

www associazioneantigone it/archivio (Pre-rapporto D.A.P., 2001)

www dex 1 tsd unifi it

www diritto it/articoli/penali

www giustizia it

www informanziani it/areainforma/informazione/svantaggiati/detenuti/stranieri

www legalionline com

www poli-it org

www psy unipd it/forense

www ritornoalfuturo freeweb supereva it/articoli/immigrati