

# DUE FACCE DI UNA STESSA MEDAGLIA OVVERO L'IMPUTABILITÀ E LA PERICOLOSITÀ SOCIALE DEI TOSSICODIPENDENTI

(differente valutazione di 4 casi clinici)

CAMILLO DE LUCIA (\*)

GIUSEPPE TEMPONE (\*\*)

## INTRODUZIONE.

Gli autori intendono fornire degli ulteriori elementi di riflessione sulla « capacità di intendere e di volere » di un soggetto tossicomane che delinque, contribuendo, attraverso la descrizione di 4 casi clinici, a definire un comportamento ed un approccio che non può assolutamente estraniarsi dalla conoscenza e dall'approfondimento del singolo caso in esame.

Non si deve ritenere di dover escludere aprioristicamente la imputabilità del tossicodipendente, in quanto non esiste una univocità di giudizio nè una costante prassi, soprattutto per l'ampio vuoto legislativo ancora persistente nella legge 685 che, non risolvendo il problema, invece lo aggrava.

Quali operatori nel campo psichiatrico-forense, gli autori hanno rilevato un impressionante aumento delle perizie che, valutando la capacità di intendere e di volere al momento del fatto criminoso dei soggetti che al momento dell'arresto avevano dichiarato una loro (vera o supposta) tossicodipendenza, dovevano accertare la imputabilità o meno di questi per la dilagante tendenza al conformismo, operante anche in tema di autodifesa, la quale, sfruttando un paravento dichiaratamente ideologico, tentava di sfumare le responsabilità di singolarità minacciata confondendola con una pluralità di co-

---

(\*) Neuropsichiatra consulente presso l'O.P.G. « F. Saporito » di Aversa.

(\*\*) Neuropsichiatra direttore dell'O.P.G. « F. Saporito » di Aversa.

modo, che diviene protettiva. Così il delinquente, qualificato « tossicodipendente », consapevole dell'incertezza legislativa e dell'atteggiamento comprensivo e protettivo di una parte della società, sfrutta a pieno questo meccanismo difensivo.

Il Codice penale, unico riferimento per valutare le azioni commesse in fase di intossicazione, risulta del tutto carente riguardo al tema droga, soprattutto in relazione al suo aspetto criminogeno.

L'imputabilità dei soggetti che compiano un reato in preda ad un'intossicazione da sostanze stupefacenti è questione contemplata nell'art. 93 cod. pen., che richiama i precedenti articoli 91 (ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore) e 92 (ubriachezza volontaria colposa e preordinata). Analoga fusione tra intossicazione alcoolica e da sostanze stupefacenti viene fatta negli articoli 94 (ubriachezza abituale) e 95 (cronica intossicazione).

Il problema della droga continua ad essere considerato simile a quello dell'alcoolismo, non soddisfacendo nè il singolo individuo, nè la società, vittima delle colpe dei singoli, e rappresentando una grave confusione ed errore diagnostico per la sostanziale differenza esistente sul piano clinico, sintomatologico, anatomopatologico, sociale e psicologico fra intossicazione da alcool e intossicazione da sostanza stupefacente.

Per escludere o diminuire la imputabilità del reo, il codice valuta come valida la sola intossicazione cronica.

A questo proposito, numerose sentenze di Cassazione hanno precisato che per « cronica intossicazione » (da alcool) si intende solo quella che induce una alterazione psichica permanente, non « irreversibile » o prolungata nel tempo, ma, contrariamente a quanto avviene per l'alcoolismo, dove la cronicità si basa sia sul quadro clinico che su quello anatomopatologico, per le intossicazioni da sostanze stupefacenti bisogna ricordare che nessuna di esse induce un danno anatomico di tale gravità da indurre una « permanente e irreversibile anomalia psichica e perciò le tossicodipendenze non potranno (o non potrebbero) mai rientrare del dispositivo dell'art. 95 cod. pen. (infatti solo nel caso del protratto uso di eroina e morfina viene descritta una degenerazione grassa dei neuroni, associata a varie lesioni di tipo degenerativo quali sclerosi, tigrolisi, ecc. o lesioni regressive delle pareti vascolari con conseguente spopolamento cellulare).

Nella formazione della personalità abnorme, per cointeressamento di varianti endogene (oscillazioni distimiche) o per effetto di richiami esogeni (situazioni, eventi, stress, ecc.) si verificano reazioni individuali aventi tutte le caratteristiche cliniche di malattia.

L'uso della droga e le conseguenti tolleranza-dipendenza-astinenza, responsabili delle anomalie comportamentali antisociali, rappresentano l'elemento esogeneo attivatore del quadro morboso.

Perchè il quadro possa rientrare nell'ambito di una malattia cronica recidivante, quale è la tossicomania per es. da oppiacei, deve considerarsi persistente nel soggetto una particolare personalità, definita da alcuni autori personalità pre-tossicomantica. Tali individui, nonostante l'acquisita consapevolezza che l'assunzione delle droghe comporti una vita di sofferenze e di pericoli per sè e per gli altri, ricorrono anche in assenza di uno stato di astinenza quotidiana o pluriquotidiana ad una loro assunzione, permanendo nella prospettiva di un soddisfacimento dei bisogni intimi e profondi che non possono essere, pertanto, ricondotti solo all'effetto chimico ma che sono piuttosto influenzati dalle caratteristiche della personalità.

La droga è, pertanto, una tra le strade scelte dai soggetti che si trovano a vivere il proprio disagio sociale in modo esclusivo nella propria solitudine.

#### DALLE RELAZIONI DI PERIZIA PSICHIATRICA REDATTE DAL DOTT. GIUSEPPE TEMPONE SULLO STATO DI MALATTIA DI A.B., C.S., L.L.

##### a) IL FATTO.

I tre giovani in data 18 giugno 1984, utilizzando una motocicletta Jamaha, si erano resi responsabili di due rapine in danno di due gestori di distributori di benzina della zona di Capua.

I Carabinieri, dopo aver predisposto dei posti di controllo, riuscivano in poco tempo a bloccarli e, previa identificazione,

essi venivano arrestati ed associati alla C.C. di S. Maria C.V. a disposizione della locale Procura della Repubblica.

Gli arrestati successivamente dichiaravano di aver commesso i reati per procurarsi il denaro occorrente per comprare eroina, essendo tutti, da vari anni, tossicodipendenti.

Pertanto, su istanza dei loro difensori, la Procura della Repubblica presso il Tribunale di S. Maria C.V. disponeva di sottoporli a perizia psichiatrica affidando l'incarico al dott. Giuseppe Tempone, chiedendo al perito di accertare se per i suddetti imputati, al momento dei fatti, sussistesse uno stato di intossicazione cronica da sostanze stupefacenti, se tale stato di malattia fosse presente allo stato attuale, se fossero integre le capacità di intendere e di volere, se si trattasse di persone socialmente pericolose.

*b) A.G. DI ANNI 22.*

*Anamnesi.* - Padre vivente e sano. Madre vivente e sana, ha tre sorelle ed un fratello in buona salute. Nato a termine, ebbe allattamento materno; ha frequentato la III media. Ha regolarmente militato in fanteria. Esplica il lavoro di pavimentista.

Circa due anni fa un episodio ansioso con qualche spunto anancastico.

Ha cominciato a far uso di droga da circa due anni e mezzo (prima haschisch e quindi cocaina ed eroina).

Faceva mezzo gr. di eroina al giorno, ma quando non aveva soldi ne faceva anche un 1/4 (quarto) di grammo. Prendeva anche diazepine e Roipnol. Durante la somministrazione lavorava e si sentiva bene. In ogni caso la mancanza della droga gli procurava dolori alle gambe, ecc. Nei primi giorni dopo l'arresto, avrebbe avuto dolori e abulia marcata.

Rapidamente la sintomatologia è scomparsa. Nell'estate del 1983, sembra abbia avuto un episodio itterico (epatite virale?).

Non ha paura della prigione, perchè gli anni passano, ma ha paura di uscire psicologicamente tarato e di ricominciare a bucarsi, anche se egli è ben deciso a smettere.

È stato arrestato a Bologna per spaccio, ed il processo è a piede libero. Vorrebbe andare in una comunità. Non si

sente psichicamente ammalato, ma teme il contatto con gli altri detenuti, per cui desidera vivere in comunità come alternativa al carcere, anche se allo stato è disintossicato.

In primo momento non sentiva il bisogno della terapia e rifiutava la terapia stessa. Ora si sta curando regolarmente.

*Esame obbiettivo.* — Soggetto in buone condizioni generali senza alcun segno di patologie in atto a carico di organi ed apparati.

*Esame neurologico.* — Negativo.

*Esame psichico.* — Soggetto ben orientato in senso auto ed allo psichico, disponibile all'approccio interpersonale, consapevole della propria posizione giuridica e dello scopo delle attuali indagini. Le senso-percezioni si svolgono normalmente, senza disturbi a tipo illusoriale od allucinatorio. I processi mnemonici sono esenti da disturbi: rievoca con sufficiente esattezza i fatti e le esperienze della propria esistenza e fissa bene gli engrammi più recenti, ben inquadrandoli in rapporti tempo-spaziali esatti.

Il patrimonio intellettuale è sufficiente, tenuto conto del suo grado culturale e dell'ambiente di estrazione.

L'ideazione è fluida, ricca, con nessi associativi normali; il contenuto non ha lasciato apprezzare elementi deliranti, fobico-ossessivi e prevalenti.

Con molta tranquillità ha raccontato al perito i suoi trascorsi, le sue esperienze esistenziali, le esperienze di tossicodipendente e le motivazioni (sempre le solite) che lo hanno spinto ad associarsi agli altri per commettere i reati.

Lievemente depresso il tono dell'umore, comprensibilmente del resto con l'attuale stato di detenzione, per imputazioni gravi.

La risonanza intima è integra, la sentimentalità superiore conservata.

I processi volitivi si svolgono ordinatamente, finalizzati, rispondenti a motivazioni logiche. Mancano i segni di alterazioni da rapportarsi a psicopatologia.

Nulla a carico delle pulsioni istintive.

L'A. è stato sottoposto alle seguenti indagini:

E.E.G.: Tracciato normale;

E.C.G.: Bradicardia sinusale con posizione elettrica semiorizzontali. Non si evidenziano anomalie del recupero di significato patologico;

Esame urine, azotemia, glicemia, transaminasi, protidemia, fosfatasi alcalina, ecc.: normali.

È stato sottoposto ai seguenti test:

- 1) matrici Progressive 38 di Raven;
- 2) test della Fig. Umana;
- 3) Bender Visual Gestalt test;
- 4) test di Rorschach;
- 5) Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Il comportamento del soggetto durante la seduta d'esame è stato caratterizzato da atteggiamenti improntati per lo più ad espressioni vistose di tristezza e malinconia. La sua partecipazione è stata nell'insieme sufficientemente collaborativa, dimostrando di possedere normali capacità relazionali.

Al Test del M.P. 38 di Raven riporta un risultato pari a 43 risposte esatte, centile 50, che lo colloca al gruppo III («soggetti di intelligenza media») secondo la classificazione dello stesso autore. Al test della FIG. Umana fornisce una rappresentazione grafica nel complesso fredda, schematica, dal tracciato sottile e spezzettato, elementi tipici questi ultimi che denotano uno stato di labilità affettiva. Al test di Bender si evince una prestazione nell'insieme adeguata in cui non emergono elementi che denotino disturbi per quanto riguarda le funzioni senso-percettivo-motorie. Al test di Roschach sono emersi i seguenti rilievi calcolati in percentuali: R. 9; R. Tav. Col. 2 T.39; F %100; F+71; A %100; Ban % 57 G %71; D %28. Il protocollo è caratterizzato da poche risposte e da alcuni rifiuti. Il livello intellettuale si rivela sufficientemente nei limiti della norma. Le capacità di adattamento e di contatto appaiono lievemente scadute nella loro immediatezza. Il tipo risonanza intima E.T. risulta essere coartato (1M/OC).

Il test M.M.P.I. presenta un profilo clinico caratterizzato da un punteggio in cui tutte le scale cliniche restano nei limiti della media fatta eccezione per la scala D (depressione), il cui punteggio risulta essere leggermente superiore alla media (Punt. T=72).

*Conclusioni diagnostiche medico-legali.* — L'A. dopo le indagini clinico-psichiatriche e paracliniche a cui è stato sottoposto, non presenta, nè presentava all'epoca dei commessi reati, elementi da mettere in relazione a turbe stabili o passeggiere della sua sfera psichica, nè a segni fisici e neurologici da cronica intossicazione da alcool.

Il quadro psichiatrico, quale è emerso dalle indagini condotte, ha evidenziato una personalità labile, con segni di neurosi, ma essenzialmente indenne, come già detto, da disturbi psichici cronici.

Anche da escludersi, così come è ben emerso dalle indagini, disturbi passeggeri da astinenza da stupefacenti, nè c'è da soffermarsi su crisi da astinenza accusate dal soggetto, salvo che non si vogliano prendere per crisi di astinenza vaghi e mal riferiti dolori, anzi dolorabilità diffusa.

Il soggetto è memore, cosciente, con volitività indirizzata secondo logiche motivazioni, cosciente dei reati commessi, e, a suo dire, ben deciso a smettere di drogarsi.

Nulla quindi di patologico, ma tratti caratteriali che non hanno alcuna influenza medico-legale, dovendosi ritenere integra la capacità di intendere e di volere, al momento dei fatti, dell'A.

c) C.S. DI ANNI 26.

*Anamnesi.* — Genitori viventi. Padre diabetico. Ha tre sorelle sposate ed in buona salute. Nato a termine, allattamento materno, sviluppo regolare.

Ha frequentato la 3<sup>a</sup> media, ha militato come infermiere in aeronautica. Saltuariamente lavorava con il cognato in una impresa edile.

Appendicectomizzato, negli ultimi tempi disturbi fisici cardiaci (tachicardia, già riscontrata durante il servizio militare, prima di essere venuto a contatto con la droga). Nel 77-78 haschisch, poi eroina e cocaina.

In primo momento, la droga lo faceva sentire bene, poi ne aveva bisogno per le crisi di astinenza, tanto che era iscritto al Centro ove aveva il Metadone. Durante le crisi di astinenza, avvertiva cefalea e crisi ansiose con il bisogno impellente della droga.

Ancora oggi, ansia ed insonnia (qualche dolore ancora al torace).

Quattro anni fa arrestato per spaccio e detenzione di stupefacenti a Bologna. Il processo, a piede libero, è ancora pendente.

*Esame obbiettivo.* - Soggetto in buone condizioni generali, senza alcun segno di patologie in atto a carico di organi ed apparati.

*Esame neurologico.* - Negativo.

*Esame psichico.* - Il soggetto si è presentato sempre in ordine, con stato di coscienza lucida, ben orientato temporo-spazialmente e sulla propria persona, con perfetta coscienza dei reati commessi e ben consapevole dello scopo delle attuali indagini.

L'attenzione, sia spontanea che conativa, è apparsa sufficiente, buoni i processi di memorizzazione, con rievocazione fedele di avvenimenti e fatti, con buona fissazione degli engrammi recenti.

Patrimonio intellettuale ben sviluppato, adeguato il patrimonio culturale. Il soggetto ha raccontato, con una ideazione fluida, senza intoppi, senza elementi dissociativi, la propria vicenda esistenziale.

Nulla è emerso poi di patologico, all'analisi dei contenuti ideativi.

L'umore è lievemente depresso, tuttavia da porsi in relazione ai vissuti attuali del soggetto, il quale, ovviamente, vive penosamente lo stato di detenzione.

Non ha cercato di attentare le proprie responsabilità, ha raccontato, del resto come gli altri, il suo iter di tossicodipendente, il modo come è venuta l'idea e l'attuazione dei fatti criminali.

L'affettività è in ordine, i processi volitivi sono apparsi del tutto normali, senza arresti immotivati dal lato motorio, nè crisi di eccitamento.

Altrettanto in ordine sono risultate le principali pulsioni istintive.

È stato sottoposto alle seguenti indagini di laboratorio:

- 1) E.E.G. - Tracciato nei limiti della norma.

2) Esame urine, azotemia, glicemia, protidemia, jodemia, potassiemia, V.E.S., ricerca del trepinema pallido per la sifilide, colesterolemia, trigliceridemia (nei limiti della norma).

3) E.C.G. Tracciato normale.

Sono stati poi somministrati al soggetto vari test (si riportano i risultati dei protocolli):

- 1) Matrici Progressive 38 di Raven;
- 2) Test della Fig. Umana;
- 3) Bender Visual Gestalt test;
- 4) Test di Rorschach;
- 5) Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Il comportamento del soggetto durante la seduta d'esame è stato improntato ad una buona disponibilità collaborativa. Ha mostrato inoltre di recepire adeguatamente e prontamente tutte le varie prove somministrategli, anche se a volte è apparso dominato da una evidente agitazione ansiosa.

Alle M.P. 38 di Raven riporta un risultato pari a 52 risposte esatte, centile 50, che lo colloca al gruppo III (soggetti d'intelligenza media, secondo la classificazione dello stesso Raven). Al test della Fig. Umana si nota un disegno nell'insieme armonico e ben proporzionato. Sono inoltre emerse simbologie che denotano la presenza di notevoli problematariche psico-sessuali. Al Bender test si nota una prestazione nell'insieme sufficientemente appropriata, in cui non emergono elementi che denotino possibili disfunzioni senso-percettivo-motorie.

Al test di Rorschach sono emersi i seguenti rilievi calcolati in percentuale: R.14; R.Tav. Col.4; T.45'; F %100; F+71; A %98; Ban %40; G.80; D %30.

Dalla lettera del protocollo si evidenzia un'intelligenza normale prettamente di tipo pratico. Il pensiero è sufficientemente preciso e controllato, ma privo di originalità e di capacità creative. Il tipo di risonanza intima (E.T.) risulta essere coartato.

Il profilo clinico del M.M.P.I. risulta caratterizzato da un punteggio in cui tutte le scale cliniche rimangono nei limiti della media, fatta eccezione per la scal SI (Interessi sociali), il cui punteggio risulta essere lievemente maggiore della media (Punt. T=75).

*Conclusioni diagnostiche e psichiatrico-forensi.* Anche per C.S. così come per L.L. ed A.G. le indagini da noi condotte non hanno assolutamente evidenziato disturbi psichici che possano assurgere a dignità di malattie psichiatriche.

Anche dal lato fisico ed anche, più specificamente, neurologico nulla è merso dagli esami clinici e paraclinici praticati.

Soltanto ai test e più precisamente della figura dell'albero, sono emerse simbologie che denotano la presenza di notevoli problematiche psicosessuali.

Del resto, nei colloqui clinici, il soggetto ha fatto cenno a tali problematiche (impotenza relativa, alcuni episodi passeggeri di insufficienza).

Tuttavia anche tali problematiche fanno parte della sua personalità che, per quanto emerso dai colloqui clinici e dai test, è da considerarsi normale.

Anche alcuni disturbi poi, a carico della personalità, non vanno inquadrati per malattie di mente, nosograficamente ben definite, ma in alterazioni caratterologiche che nessuna influenza hanno allo stato, ed hanno avuto, sulla capacità di intendere e di volere e quindi sulla sua imputabilità, la quale è, e rimane, piena.

Pertanto, la sua attività criminosa, antisociale, non affonda le sue radici nella psicopatologia, così come l'assunzione della droga non è una conseguenza di alterazioni patologiche della mente, ma un atto volontario.

Anche per C. non si trovano tracce di crisi di astinenza.

#### d) L.L. DI ANNI 20.

*Anamnesi.* - Genitori viventi ed in apparente buona salute. Ha quattro germani viventi e sani (tre maschi ed una femmina). Sembra che la madre abbia partorito un nato vivo, ma non vitale e due gemelli morti per cause imprecisate.

Nato a termine da parto eutocico, ebbe allattamento materno, ha frequentato la scuola sino al 1° professionale. Non ha militato perchè escluso per ragioni amministrative, tuttavia risultò abile alla visita di leva. Ha lavorato come mugnaio nell'azienda paterna. Non ricorda i comuni esantemi ed altre malattie degne di nota.

A 19 anni il primo rapporto sessuale. Da oltre due anni frequenta amici tossico-dipendenti, ha cominciato a fumare haschisch e quindi un pò alla volta è passato alla droga pesante (eroina, cocaina particolarmente). Da quando è in carcere non assumerebbe più sostanze stupefacenti (dal 24 giugno 1984). Non ha mai presentato crisi di astinenza, mentre ha solo praticato cure disintossicanti (Laevosan per fleboclisi, senza sostituto). A suo dire gli è stata somministrata diazopedina perchè insonne.

Riferisce di alcuni dolori ossei e muscolari insorti dopo oltre 20 giorni dall'ultima assunzione di droga.

Dichiara e conferma di non voler assumere più droga.  
Trauma cranico a sei anni.

*Esame obbiettivo.* — Soggetto in buone condizioni generali, senza alcun segno di patologie in atto a carico di organi ed apparati.

*Esame neurologico.* — Negativo.

*Esame psichico.* — Il soggetto si è presentato ai colloqui ordinato nell'abbigliamento, ben disponibile al rapporto interpersonale, consapevole dello scopo delle indagini.

Ben orientato nel tempo e nello spazio, le percezioni sono apparse pronte, non inficiate da disturbi psicosensoriali. Memoria di fissazione e di rievocazione in ordine, processi attentivi validi. L'ideazione è fluida, senza interruzioni, senza elementi della serie dissociativa. Ha spiegato con sufficiente chiarezza tutto l'iter storico della sua vicenda di tossico-dipendente, dall'assunzione dei primi stupefacenti, a scopo imitativo, alla dipendenza vera e propria, sino ai primi impatti con la Giustizia.

Ha tentato, a suo dire, di smettere ma un po' per debolezza, un po' per le cattive compagnie, senza mai riuscirci.

Da qui la necessità di sempre maggiore denaro, procurato con tutti i mezzi (prima in famiglia, quindi con mezzi poco leciti, sino ai reati di cui è processo). In effetti, è la solita storia dei tossicodipendenti.

Di buon livello intellettuale, con buoni poteri di astrazione e sintesi, non sono emerse a carico dei contenuti idee abnormi (deliranti, fobico-ossessive, o più semplicemente prevalenti).

L'umore, allo stato, è tonico, senza oscillazioni patologiche, con affettività vibrante. Il temperamento è piuttosto mite, portato alla passività ed a seguire.

Ben inserito nell'ambiente, la psicomotricità è in ordine, i processi volitivi sono in ordine e le scelte sono motivate logicamente.

Nulla a carico delle principali pulsioni istintive.

È stato sottoposto ai seguenti esami:

1) E.E.G.: - Tracciato normale.

2) Esame urine, azotemia, glicemia, potassemia, sodiemia, emocrocitometria, potidemia, trigliceridemia, colesterolemia, prove per il *treponema pallidum*, transaminasi: sono risultati nei limiti della norma.

3) E.C.G.: - tracciato normale.

Esami testologici:

1) Matrici Progressive 38 di Raven;

2) Test della Fig. Umana;

3) Bender Visual Gestalt Test;

4) Test di Rorschach;

5) Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Il comportamento del soggetto è stato caratterizzato da atteggiamenti di eccessiva tristezza, sfiducia e da una certa fragilità emotiva. Al test M.P. 38 di Raven riporta un risultato pari a 40 risposte esatte centile 50, che lo colloca nel gruppo III (soggetti d'intelligenza media, secondo la classificazione dello stesso autore). Al test della figura umana si riscontra un disegno nell'insieme molto scarso sia per contenuto che per forma, i cui elementi evidenziano una fragilità di tipo emotivo-affettivo. Al Bender test si evidenzia una prestazione nel complesso abbastanza appropriata e regolare in cui non emergono elementi rilevanti che denotino possibili disfunzioni senso-percettivo motorie. Al test di Rorschach sono emersi i seguenti rilievi calcolati in percentuale: R.7; Tav. Col. 2; T.30; F %50; F+30; A %25; BAN %88; G %32; D %18. Alla lettura del protocollo si evidenziano molti rifiuti e pochissime risposte, in cui le poco F+ (forme) e la notevole presenza di Ban (risposte banali), assieme a numerosi G (Ri-

sposte globali) e nessun Orig (Originale), denotano nella persona in esame vissuti di profonda tristezza e passività. Il protocollo del M.M.P.I. mette in evidenza un profilo clinico in cui i punteggi delle scale cliniche restano nei limiti della media, fatta eccezione per la scala Pt (Psicoastenia), il cui punteggio si eleva lievemente al di sopra della media (Punt. T=73).

*Conclusioni diagnostiche e psichiatrico-forensi.* Da quanto precede, ci troviamo di fronte ad un soggetto che ha assunto droga, per qualche anno, ma che agli esami attuali, psichiatrici integrati dai test, e di laboratorio, nulla presenta di patologico, sia dal lato generale, sia neurologico che psichiatrico.

Gli stessi test hanno evidenziato una personalità passiva, con una accentuata emotività, ma il tutto rimane appunto nell'ambito della emotività.

Il soggetto, quindi, non presenta alcuna alterazione a carico della sua unità fisiopsichica, da doversi riportare alla cronica intossicazione da alcool.

È una personalità sfumatamente astenica, senza elementi psicopatologici tali da giustificare una qualche influenza sulla capacità di intendere e di volere.

Pertanto sia A.G. che C.S. e L.L. non presentano, e non presentavano all'epoca dei fatti, alterazioni psicopatologiche e fisiche, da cronica intossicazione da sostanze stupefacenti; le loro capacità di intendere e di volere all'epoca dei commessi reati sono da ritenersi integre; i tre non sono persone socialmente pericolose in senso psichiatrico.

#### f) NOTE A COMMENTO.

Passando, ora, ad esaminare — secondo una linea collegata di analisi — i tre casi finora descritti, sembra innanzitutto indispensabile correlarne impostazione e conclusioni con quanto la Suprema Corte con sentenza n. 74, 13 (Sez. 1° luglio 1982 — ud. 28 aprile 1982, n. 89. Pres. DI MARCO Ric. PAGANI) ha stabilito: « Non basta poi che un soggetto sia dedito alla droga per concludere senz'altro che versi in uno stato di intossicazione cronica con conseguente alterazione psichica permanente. Invero lo stato di tossicodipendenza può

assumere rilevanza ai fini dell'imputabilità soltanto se su di esso si innesti e si sovrapponga uno stato patologico alterante anche la capacità di intendere e di volere. Nel caso in esame, poi, non si potrà invocare nemmeno la crisi di astinenza (ammesso che abbia importanza ai fini medico-legali), poiché il soggetto non ha presentato né prima né dopo l'arresto crisi di siffatta natura. Tali conclusioni riecheggiano l'ispirazione di una parte non trascurabile della letteratura mondiale esercitata negli ultimi anni sul problema delle tossico-dipendenze e sui corrispondenti riflessi medico-legali.

Purtroppo quello della droga più che un argomento medico è diventato un argomento politico, con tutte le contraddizioni che corrispondono agli interessi delle ideologie politiche dominanti piuttosto che agli interessi del drogato.

Vi fu la legge 180 a riaprire la discussione sulla medicalizzazione o meno delle malattie psichiatriche; di contro vi sono leggi e tendenze volte ad affermare che la terapia del tossicodipendente debba essere esclusivamente farmacologica.

In Italia, cioè, si è attivato un meccanismo di legittimazione della tossicodipendenza che è servito solo ad aumentare il numero dei morti e il numero dei tossicodipendenti.

Si può dire che questo fatto, cioè quello della legittimazione della droga, sia l'unico sopravvissuto, e solo in Italia, alla pseudorivoluzione del '68.

La diffusione della droga produce un danno sociale perché i soggetti che ne fanno uso in genere sono legati ad un atteggiamento contro culturale che nel '68 ebbe la sua attuazione con la predicazione che la droga da sola avrebbe potuto determinare nuovi valori spirituali e scientifici, contrapposti a quelli della cultura cosiddetta borghese. Solo perciò si può considerare l'uso della droga come una malattia sociale, cioè per i suoi effetti e non per le sue cause, che non sono tutte sociali ma si riportano insieme ad una responsabilità individuale.

Infatti non tutti i giovani colpiti da fattori di disagio affrontano la propria sofferenza rifugiandosi nella droga né può considerarsi un fatto ineluttabile che essi si lascino contagiare dall'inganno sul piano morale.

Non è impossibile imputare alla società colpe non sue, in quanto la maggior parte dei soggetti, benché fortemente coinvolti nella crisi dei valori di tipo sociale-generale (crisi

della famiglia, crisi ideologica, crisi della società urbana di massa, crisi del rapporto tra le generazioni, crisi della fiducia nel domani, nel progresso, crisi della speranza sia marxista che cristiana, crisi della speranza della fine del capitalismo e in quella della pace socialista) nonchè nella crisi dei valori di tipo sociale-specifico (disoccupazione, spopolamento delle campagne, passaggio dalla cultura contadina a quella industriale, il venir meno del ruolo tradizionale del padre, del ruolo della scuola...) (Lucarelli) non sono diventati drogati. Cioè, mentre la situazione sociale con carenza di ideali è uguale per tutti, non tutti diventano fatalmente tossico-dipendenti e quelli che non lo diventano sono la maggioranza.

Nessuno può rispondere alla domanda « chi è il tossicomane? » per il semplice motivo che questi non esiste; esistono invece tanti individui drogati non per effetto della legge più o meno repressiva che ha valore per quanto percepita e conosciuta, sia per effetto dei contrasti sociali e tantomeno della povertà e del bisogno (questi addirittura non permettono l'acquisto della droga), e neanche della droga stessa, della quale si può fare a meno, come dimostrano i casi da noi studiati, senza danno e quando lo si vuole.

La droga non ha poteri, è il soggetto la fonte del bisogno; si torna così all'individuo, alla persona umana come fonte del bene e del male, responsabile della sua vita, che decide di assumere la droga.

Il fatto sociale perciò è un effetto, non è la causa dell'assunzione della droga.

Secondo Blum la predisposizione genetica può essere desunta dalla formula  $DSB = GIOD + E$  (in cui  $DSB$  = dipendenza dalla droga,  $Giod$  = deficienza genetica da oppiati endogeni,  $E$  = ambiente).

Ma vi è anche l'altro tipo di tossicodipendente desunto dalla formula  $DSB = N \text{ Giod} + (N \text{ Giod} = \text{non deficienza di oppiati endogeni})$ .

In ogni caso l'esperienza italiana è tale da confermare che la liberalizzazione della droga fa aumentare il suo uso; nel '78 vi era un consumo medio di 6 Kg/anno di morfina; nei primi 6 mesi dell'80 si è passati a 85 Kg (Aniasi), tranne che per il fatto che la diffusione della droga è dovuta alla facilità di ottenerla, per cui più si facilita la distribuzione, più si do-

fonde l'uso della droga, in quanto il soggetto predisposto per insufficienza di oppiati endogeni ne viene più facilmente a contatto.

« Sul problema Aniasi-Metadone hanno parlato esperti poco esperti » - Corriere Medico 23-24 settembre 1980.

Nel tentativo di stabilire la personalità del tossicodipendente Nowlis ha proposto un modello psico-sociale che presuppone non dipendere la tossicodipendenza dalle caratteristiche farmacologiche della sostanza, ma dal valore che l'individuo annette a queste cose.

Gli studi fatti sul tipo di personalità del tossicodipendente, secondo i criteri nosografici classici, hanno dato risultati discordanti. Secondo Peseu sarebbero per l'88 % dei sociopatici, mentre secondo Hill, Haertzen e Daris il 54 % e secondo Olson il 50 % e secondo Sheppard solo il 29 %; profili psicotici si sarebbero trovati nel 16 % secondo Obson, nel 35 % secondo Sheppard; profili normali nel 6 % secondo altri autori ancora. Ma non è possibile uno studio della personalità tossicofila: essa non esiste, non vi è cioè un comune denominatore che possa caratterizzarla.

In conclusione, almeno sotto il profilo psichiatrico-forense, il tossicomane deve essere considerato come un soggetto il quale liberamente ha scelto di assumere la sostanza ancorchè predisposto secondo la formula di Blum e che pertanto viene giudicato responsabile del suo comportamento in quanto uomo libero al quale niente impedirebbe scelte diverse.

È utile a questo punto parlare della crisi di astinenza, la quale nella maggiore parte dei casi, cioè nei soggetti contrassegnati dalla formula  $DSB = N \text{ Giod} + E$ , non esiste come dimostrano anche i casi studiati per queste perizie, oltre quelli studiati precedentemente.

Negli altri casi è stata fortemente enfatizzata anche ai fini politici. Infatti in paesi più avanzati di noi nello studio del fenomeno, si parla di pseudo-eroinismo (Primm, Bath) per la mancanza di una sintomatologia fisica in consumatori cronici di eroina disusati con metodi non farmacologici o addirittura mediante antagonisti come il naloxone.

Questa sostanza dovrebbe determinare gravi sindromi di astinenza, in quanto agisce occupando gli stessi siti recettoriali della morfina, di cui è antagonista.

Comunque la sintomatologia delle sindromi di astinenza non è mai tale da determinare la morte. La crisi di astinenza, quando si verifica, riconosce precisi meccanismi patogenetici.

Gli oppiati somministrati occupano i siti recettoriali delle encefaline e per un meccanismo di pud-back negativo la produzione di encefaline viene ridotta.

Quando si sospende la somministrazione della droga i recettori restano del tutto liberi e quindi si manifestano fenomeni di privazione che negli animali da esperimento durano pochi minuti, nell'uomo al massimo due a tre giorni, in quanto i neuroni produttori vengono subito fortemente eccitati da stimoli provenienti dai recettori liberi e riprendono la produzione di encefaline.

Secondo alcuni autori (Mannaioni) la dipendenza psichica agli oppioidi può infatti essere semplicemente intesa come un riflesso condizionato, e ciò specialmente quando il drogato si unisce ad un gruppo subculturale che lo condiziona.

### *Gruppi di reati e droga.*

Da un punto di vista penale si connotano diversamente i reati che sono stati commessi da persone sotto l'influenza della droga in stato di intossicazione acuta o cronica, o da persone che hanno solo l'intenzione di provvedere alla loro necessità di procurarsi la droga.

Nella prima ipotesi si parla di criminalità diretta, nella seconda di criminalità indiretta.

Comunque, la droga agirebbe slatentizzando le cariche aggressive e riducendo la critica. L'attività criminogena è massima con le sostanze psicostimolanti, è minima invece con le altre sostanze, tranne che non si siano determinate delle vere e proprie psicosi acute.

Secondo Johnston e coll. « sembra che sia la delinquenza a condurre all'uso di droga e non viceversa... noi pensiamo anche che la correlazione tra la delinquenza e l'abuso di droga derivi non soltanto da fattori ambientali ma dalle differenze individuali della personalità ». Né sarebbe possibile empiricamente stabilire una relazione causale tra droga e criminalità (Clayton).

La criminalità, infatti, dipende dalle caratteristiche stesse della personalità che precedono l'assunzione di droga; infatti moltissimi drogati non hanno mai commesso reati.

Il problema è che il comportamento criminale dei tossicodipendenti contribuisce a confermare l'aspetto generale della criminalità nel paese in cui il tossicodipendente vive.

Clayton inoltre ha stabilito, confermando il generale consenso che esiste nella maggior parte della letteratura sulla questione dell'ordine temporale, che il comportamento criminale sembra precedere l'uso dei narcotici e la tossicodipendenza.

Bruno e Ferracuti, a conclusione del lavoro sulla « Droga, criminalità e sistemi socio-biologici », hanno affermato: « L'associazione tra droga e criminalità è piuttosto stretta in ogni paese; essa sembra dipendere principalmente dalle caratteristiche stesse del comportamento tossicodipendente, dalle reazioni dell'ambiente a tale comportamento e dalla tendenza generale della criminalità nel paese e quindi più da fatti oggettivi di natura sociale che da fatti soggettivi di natura personale e biologica ». Aggiungono che tuttavia è difficile caratterizzare esattamente gli elementi che distinguono la popolazione dei tossicodipendenti da quella giovanile in generale.

Bisogna ora stabilire la differenza che vi è tra l'assunzione abituale di droga e la tossicodipendenza. L'OMS nel 1964 definì la dipendenza « uno stato psichico e talvolta anche fisico risultante dalla interazione tra un organismo vivente ed una sostanza, che si caratterizza per modificazioni comportamentali e altre reazioni che inducono sempre la necessità (compulsione) ad assumere la sostanza per ottenere gli effetti psichici ed evitare la sindrome di astinenza ». Pertanto, per potersi parlare di tossicodipendenza, vi è bisogno che la soppressione della somministrazione della droga dia una sindrome di astinenza.

Se questa non si determina sia sul piano fisico o sul piano psichico non si può parlare di tossicodipendenza.

Ogni sostanza, così anche la droga, può essere tossica sia a carico di un organo, come ad es. a carico del fegato, sia può esercitare una tossicità psicologica per l'azione che esercita sulle strutture che regolano l'attività psichica, ma che siano rilevabili da alterazioni dei processi percettivi, affettivi e comportamentali. Si capisce che, quanto più sia intenso l'effetto

psichico, tanto più sarà evidente la tossicità sociale per le alterazioni comportamentali del soggetto. Per gli effetti comunque della droga assunta per lungo tempo, acquistano particolare importanza fattori genetico-costituzionali (Andreoli); mancando cioè una predisposizione costituzionale, l'uso della droga non determina alterazioni psichiatriche stabili.

Pertanto si può essere consumatori abituali di droga senza essere tossicodipendenti; infatti la sostanza stimola nel fegato la sintesi di enzimi che la distruggono, per cui, anche aumentando la quantità ingerita, ai siti recettoriali arriva sempre la stessa quantità di droga. Come pure si può ottenere un'assuefazione cellulare, per cui anche le alte dosi che raggiungono le cellule nervose non hanno più efficacia.

La criminalità, in soggetti definiti tossicodipendenti, dipende, come abbiamo visto, più da fatti di natura sociale che individuale; nella maggior parte dei casi, pertanto, ciò esclude una patologia psichiatrica, che è invece sempre individuale.

Pertanto, mentre l'uso della droga è una decisione del singolo soggetto che si droga, la criminalità del drogato, pur essendo attuata per decisione del soggetto, è fortemente influenzata dai fattori sociali già descritti dal Clayton.

La Cassazione ormai è d'accordo che la droga debba determinare infermità mentale per poter essere dirimente della imputabilità.

Pertanto, finchè non è possibile diagnosticare una malattia mentale in un soggetto che si droga, non è possibile mettere in discussione la sua capacità di intendere e di volere.

Così, in concreto nei casi esaminati, le rapine sono state il frutto di attività delinquenziali e non conseguenza di turbe della mente.

#### DALLA RELAZIONE DI PERIZIA PSICHIATRICA REDATTA DAL DOTT. DE LUCIA SULL'IMPUTATO DEL DELITTO DI OMICIDIO VOLONTARIO M.D.

##### a) IL FATTO.

I Carabinieri della Stazione di Varzo in data 22 giugno 1984 alle ore 10,20 circa venivano informati telefonicamente

dell'avvenuta morte del sig. B.B. rinvenuto cadavere dai propri familiari nella sua abitazione. Recatisi sul posto, accertavano che lo stesso era disteso sul letto con uno squarcio alla gola.

Dopo le prime sommarie indagini, giungeva la telefonata del sig. E.M., il quale chiedeva di essere raggiunto presso la propria abitazione per comunicazioni urgenti sul delitto.

Dichiarava, così, che a commettere il delitto era stato il figlio D. Costui a sua volta riferiva di essere giunto nei pressi dell'abitazione del prozio B, e di aver deciso di penetrare in casa attraverso una tapparella parzialmente alzata, presumendo che l'abitazione fosse vuota di persone. Dopo aver rotto il vetro della finestra del soggiorno, penetrava all'interno dirigendosi direttamente nella camera da letto, ove iniziava a frugare silenziosamente nei cassetti. Il prozio, svegliatosi improvvisamente, riconosceva D. e cercava di bloccarlo. Nel tentativo di fuggire, ne scaturiva una colluttazione tra i due (intanto si erano armati di due coltelli, poi sequestrati), con le inaspettate tragiche conseguenze.

D.M. è conosciuto nella zona come tossicodipendente che per tali motivi ha contratto anche precedenti penali per reati contro il patrimonio, associandosi anche a giovani con i suoi stessi problemi. Per tale motivo veniva chiesto al perito di accertare le condizioni di sussistenza della malattia, della non imputabilità del soggetto e della eventuale pericolosità sociale.

#### b) ESAME DEL SOGGETTO.

*Anamnesi familiare.* - Padre di anni 50, falegname. Madre di anni 43, casalinga. Il periziando è il primo di cinque figli (di cui 3 maschi e 2 femmine, tutti in a.b.s.). Negati precedenti neuropsichiatrici e/o malattie dismetaboliche nel genitilizio.

*Anamnesi fisiologica.* - Nato da gravidanza a termine, normocondotta, da parto eutocico e senza sofferenze perinatali. Ha avuto allattamento materno. Primi atti fisiologici normali. Sviluppo psicomotorio e sessuale regolari.

Ha conseguito il diploma di Istituto alberghiero. Riformato ex art. 28 E.I. in data 2 febbraio 1983.

Celibe, di professione precedentemente cuoco in alberghi, il soggetto ultimamente aiutava il padre in falegnameria.

Presenta abitudini di vita regolari. Alvo e diuresi regolari. Presenta appetito regolare, fumava circa 40 sigarette al giorno. Assumeva liquori in modo irregolare e giornalmente circa 10 tazzine di caffè. Ha avuto regolari rapporti eterosessuali, nega malattie veneree.

*Anamnesi patologica.* — Ricorda di aver sofferto dei comuni esantemi dell'infanzia. All'età di 14 anni ha iniziato a fumare i primi « spinelli » con gli amici, « ma non avrei mai pensato di passare al buco, dalle storie che sentivo in giro solo il nome eroina mi metteva paura ». Durante l'ultimo anno di scuola, d'estate, andò a lavorare a Courmajeur come aiutante cuoco, così come aveva fatto nei precedenti anni a Pescasseroli ed a San Domenico.

Lì conobbe una ragazza di quattro anni più grande di lui (allora aveva 18 anni). Andavano d'accordo, il loro rapporto « era bellissimo ». « Solo che lei si faceva e così ho provato anch'io, solo che cercavo di farla smettere. Il giorno del mio compleanno mi regalò un orecchino, che non me lo toglierò mai. Finita la stagione lavorativa, a novembre siamo andati in Sardegna, avevo degli amici giù lì, erano cinque mesi che eravamo insieme. Io, invece di riuscire a farla smettere, mi ero conciato ancora più di lei, comunque il nostro rapporto era bello, mi sembrava di essere il ragazzo più felice del mondo. Poi una sera, ci eravamo appena fatti dell'LSD in vena, lei aveva la testa sulle mie gionocchia, mi ha chiesto: Dario dammi un bacio, ora devo andare, ma ci rivedremo presto. È morta. Da quella sera della vita non me ne importava più niente, non avevo nessuno interesse di vivere ma non avevo nemmeno il coraggio di uccidermi, sono un vigliacco, mi dicevo sempre. Me ne tornai a casa, con i miei era come gli altri cioè niente, non mi sfogavo con nessuno, continuavo a farmi ed a prendere gli acidi, mi mettevo su una panchina da solo, ma perchè era come se ella esistesse ancora. Sono andato avanti così fino a militare, poi litigavo sempre con i miei specialmente con mio padre, ma loro non se ne erano ancora accorti che ero drogato, gli rubavo tutto l'oro che avevano in casa ..., rubavo stereo e cose di questo genere. Stavo bene solo quando avevo la roba e gli acidi, mi venivano in mente i ricordi ed i

progetti che avevamo deciso di fare io e la mia ragazza. Poi il militare, a Macerata. Lì ho conosciuto un ragazzo che mi ha fatto provare lo Zitoxil (Ziprerolo), pastiglie per la tosse, ne buttavo giù dieci alla volta e stavo bene per cinque o sei ore, mi sentivo contento, senza pensieri e mi vedevo S. (la mia ragazza) davanti a me, ne prendevo una trentina tutti i giorni, costavano 4 o 5 mila lire la scatola e le davano senza ricetta. Poi ho cominciato a collassare, ma non me ne importava niente: o le Zitoxil o la morte.

Non mi trovavo bene con nessuno, stavo sempre solo, cercavo di evitare gli altri che mi sembravano tutta gente assurda, tutto il mondo assurdo, perchè tanto male? Poi mi hanno dato giorni di convalescenza... ».

In data 21 dicembre 1982 gli fu concessa una licenza di convalescenza perchè era « ridotta la vigilanza e si evidenziavano turbe dell'elettrogenesi cerebrale ».

Sottoposto a visita di rassegna in data 2 febbraio 1983 presso l'Ospedale Militare Principale di Milano, l'aviere M.D. veniva riconosciuto affetto da « documentata sociopatia e tossicomania (in uso di sostanze stupefacenti) » e giudicato non idoneo al servizio militare a mente dall'art. 28 E.I. e pertanto nella stessa data veniva collocato in congedo per « riforma ».

In occasione della visita di rassegna e la conseguente proposta di riforma dal servizio militare (2 febbraio 1983) l'esame psichico del M. così veniva descritto:

« Soggetto poco curato nella persona e nell'abbigliamento. L'ideazione manifesta un difficoltoso adattamento alle norme del vivere civile ed alla disciplina anche nei confronti di se stesso. Affettivamente si evidenzia una personalità mal strutturata con scarso controllo delle pulsioni istintuali. Il tono dell'umore è depresso, l'emotività ipercompensata. Si nota l'emergenza di valenze ansiose collegabili al prolungato uso di sostanze stupefacenti. Il comportamento è tendenzialmente asociale, le capacità di critica e giudizio sono scarse ».

Dagli atti risulta che in data 5 maggio 1983 fu sottoposto a visita della Commissione Medica Provinciale di Novara e risultò non idoneo alla guida di autoveicoli perchè affetto da note irritative di modesta sofferenza parieto-temporale. La suddetta visita fu determinata dalla segnalazione del 21 marzo 1983 dell'Ufficio Comando Centro dell'Areonatucia Militare di

Poggio Renotico che in data 30 luglio 1982 lo aveva giudicato permanentemente inabile al servizio militare e riformato a mente dell'art. 28 dell'elenco infermità.

In caso di mancanza di fondi sostituiva l'eroina con hashisc, morfina, Roipnol. LSD oltre che Zitoxil ed alcool. Fu quasi costretto a raccontare ogni cosa ai genitori, ma non riuscì a venirne fuori. Conobbe, poi, una ragazza, P., alla quale piano piano si è affezionato e, spinto da lei, cominciò a frequentare un Centro per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze di Domodossola assumendo metadone « 40 cc al giorno, solo che non mi faceva niente, solo male al fegato e mi ha cariato tutti i denti... ».

Col padre, figura autoritaria, non riusciva ad intendersi; alla madre, spesso, confidava le sue pene. E, poi, la tragedia. Sottoposto a perizia psichiatrica, a fine 1984 fu ritenuto incapace di intendere e volere con un risultato eegrafico di: « tracciato lievemente disritmico, con occasionali anomalie irritative aspecifiche diffuse » (13 dicembre 1984 - Ospedale civile di Verbania). Dalla cartella clinica risulta che in carcere ha sofferto di uno stato epatotossico con comparsa di vomito prandiale. In seguito, sottoposto a terapia disintossicante, la suddetta sintomatologia è quasi del tutto regredita.

Allo stato non si rilevano segni di astinenza. Nega altre malattie degne di nota.

*Esame obbiettivo.* - Soggetto normotipo in buone condizioni generali. Presenta un tatuaggio al braccio dx, cicatrici da autolesionismo all'avambraccio sinistro. Adentulia parziale con carie diffuse. Non si rilevano segni di patologie in atto a carico di organi ed apparati.

*Esame neurologico.* - Negativo.

*Esame psichico.* - Soggetto curato nella persona e nell'abbigliamento, accede volentieri al colloquio col sanitario mostandosi calmo, tranquillo negli atteggiamenti e nel comportamento, disponibile anche se distaccato nel rapporto interpersonale. Il contatto con l'esaminatore avviene senza rigide difese, privo di meccanismi di dissimulazione o di simulazione, mostrandosi l'imputato pienamente immediato nelle risposte anche se fortemente introverso ed ansioso. Sono invece par-

ticolarmente in evidenza i meccanismi di difesa più primitivi: l'introiezione e la proiezione.

Discretamente orientato nel tempo e nello spazio, presenta una mimica ed una gestualità irrigidite, poco adeguate all'ambiente ed alle circostanze. Consapevole della propria posizione giuridica, rievoca in modo oggettivo e critico le circostanze e le motivazioni del reato commesso; la descrizione viene comunque fatta con profonda indifferenza emotiva e completo distacco affettivo, come se dalla vicenda egli fosse escluso per l'irrevocabilità dell'accaduto: « Sono pentito e mi dispiace molto per quanto è successo; ma l'essermi pentito non serve più ». « Non è più possibile fare rinascere mio zio purtroppo ». Si esprime discretamente in italiano, accompagnando il discorso con gesti ed atteggiamenti adeguati al contenuto del discorso, e comunque conformi al grado di acculturazione ed alla condizione sociale. L'ideazione appare attualmente in sintonia con la realtà, presentando, comunque, rigidità e schematismi di chi ha recuperato, terapeuticamente, un equilibrio precedentemente turbato da esperienze illusionali ed alterazione delle funzioni sensoperceptive, che precedentemente emergevano quando l'imputato era in preda all'uso di sostanze stupefacenti. Il corso del pensiero è quasi fluido e non più frammentato dall'uso di contenuti slegati e sconnessi tra loro. Il periziando, che è stato sottoposto ad un'intensa attività farmacologica disintossicante, riconosce oggi persone e cose, assegnando ad essi il giusto appellativo e significato logico.

La critica ed il giudizio, così come i poteri ideo-associativi, risultano ridotti e livellati verso il basso, anche se strutturalmente integri. Risponde sempre a tono alle domande rivoltegli, mostrando una sfumata coerenza: non siste uno sdoppiamento dell'identità IO nè in senso temporo-spaziale nè nell'identificare i propri limiti e capacità di diversificazione dagli altri, ma invece un'alterazione strutturale dell'IO, che risulta fragile vulnerabile, inadeguato. Le sue relazioni oggettuali sono instabili, condenziandosi un distrubo della capacità di identificazione. Si nota una marcata fissazione orale con una sfusione degli istinti, tanto che si ha l'impressione che la loro energia aggressiva non sia sufficientemente neutralizzata. La condotta tossicomane diviene un perversimento che soddisfa pienamente il proprio bisogno (ricerca del piacere,

liberazione da una sofferenza) con l'assunzione abituale e incondizionatamente pretesa di uno o più prodotti: regressione ad un piacere parziale. Sufficienti sono la memoria di fissazione e quella di rievocazione. Ricorda la sua esperienza tossicomana con grossa rassegnazione per l'incapacità manifestata a venirne fuori, così come riferisce con distacco e senza coinvolgimento emozionale delle crisi di perdita di coscienza, fenomeni che si presentavano dopo l'assunzione di sostanze stupefacenti. L'attenzione spontanea e quella conativa sono conservate. Il tono dell'umore e sostanzialmente virato verso la « depressione ». I legami affettivi verso i suoi cari permangono, anche se sono anch'essi vissuti con distacco e disinteresse. Non esistono per lui valori significativi: l'amicizia è ridotta al rango di compagnia insignificante. La sua diffidenza profonda e generalizzata coinvolge anche coloro che hanno tentato di lanciargli un'ancora di salvezza nel percorso inesorabile della disperazione. La notevole apatia ed indifferenza verso le situazioni non riescono a ridestare in lui una qualsiasi risposta emotiva neanche verso l'attuale esperienza carceraria e perfino verso il pericolo che incombe su di lui di un lungo periodo di detenzione.

La netta frattura esistente tra le strutture istintuali (pulsioni) e la capacità di guidare e controllare le azioni nel progettare il proprio futuro (volontà) è certamente la causa principale del bisogno di evasione concretizzatosi nella dipendenza dalle sostanze stupefacenti, che, come in un vicolo cieco, riverberava la sua debolezza e l'incapacità di scegliere.

La personalità, già descritta in epoca non sospetta dall'Ospedale Militare di Milano, risulta profondamente disturbata già nella sua strutturazione di base.

Maggiormente è stata poi alterata dall'azione continua e progressiva, svolta dalle sostanze stupefacenti di cui l'imputato è stato consumatore abituale.

In essa traspare una profonda alterazione del rapporto con la realtà, turbato da una auto ed etero-aggressione non controllata.

La personalità gracile del M. potrebbe perciò essere inquadrata, come fa il prof. Carlo Semerari nella allegata relazione psicodiagnostica, come quella di un soggetto borderline posto tra una psicopatia grave ed una schizofrenia « frenata. Sempre in occasione della suddetta visita si affermava

che: « l'ideazione manifesta un difficoltoso adattamento alle forme del vivere civile ed alla disciplina anche nei confronti di se stesso. Affettivamente si evidenzia una personalità mal strutturata con scarso controllo delle pulsioni istintuali. Il tono dell'umore è depresso, l'emotività ipercompensata. Si nota l'emergenza di valenze ansiose collegabili al prolungato uso di sostanze stupefacenti. Il comportamento è tendenzialmente asociale, le capacità di critica e di giudizio sono scarse ».

Il periziando viene perciò ad assumere il ruolo di un soggetto schizoide: autistico, timido, introverso ed isolato, che continua a vivere costretto nelle proprie relazioni oggettuali ed emotivamente distaccato, quasi volendo raggiungere la psicosi e tanto da riscrivere in occasione di episodi emotivamente traumatici che dimostrano, se ve ne fosse ancora bisogno l'esistenza di un IO fragile, scompensato. In questo tipo di personalità si ha l'impressione che alberghi un nucleo psicotico latente tale da far manifestare, in situazioni estremamente stressanti, una psicosi transitoria (Abraham, Michoels, ecc.). Durante l'osservazione la compressione del globo carotideo non ha dato luogo a manifestazioni di tipo convulsivo.

#### c) CONSIDERAZIONI GENERALI.

Dall'esame degli atti, dal colloquio con l'imputato e dagli elementi forniti dal dottor Dario Mazza, perito di parte, emergono chiaramente dati che configurano un quadro di tossicomania in soggetto che da tempo faceva uso abituale di più sostanze tossicomanoogene come in una specie di « cocktail » tra stupefacenti e non stupefacenti. Dai nuovi documenti presentati dal collega Mazza risulta, infatti, con precisione il percorso compiuto dall'imputato sulla strada della droga. Come si può leggere nella dichiarazione del dott. Valenti, il giovane imputato era affetto da « una tossicofilia mista, caratterizzata dall'uso non continuativo di eroina e vari psicofarmaci », aveva manifestato « a più riprese il desiderio di disintossicarsi » e in occasione di crisi di astinenza si era rivolto a lui per « lenire i sintomi » conseguenti.

Lo stesso aveva effettuato un tentativo di dissintossicazione con metadone dal 2 marzo 1984 (relazione del dott. Visca del Centro Medico sociale prevenzione tossicodipen-

denze dell'U.S.L. n. 56 di Domodossola) « affermando di aver bisogno di un distacco fisico dell'eroina, sia perchè negli ultimi tempi aveva perso il controllo gestionale della sostanza sia perchè aveva trovato un posto di lavoro (cuoco) presso un albergo del lago Maggiore e presto avrebbe dovuto iniziare una nuova attività ».

Il lavoro psicoterapico, iniziato dal collega del Centro, non trova un tempo sufficiente per sostenere il ragazzo (dopo 15 giorni parte per il lago Maggiore), per cui egli, non reggendo la nuova situazione, dopo poco lo abbandona.

La personalità dell'imputato viene in tale relazione definita « depressa con una tendenza all'introversione. Non sufficientemente identificato col padre..., veniva facilmente condizionato e suggestionato. Ricercava nell'uso di sostanze psicotrope momenti euforici che lo aiutassero a superare momenti depressivi e di scarsa autostima. La sua condizione di tossicodipendente provocava in lui tendenze all'autoemarginazione, del resto attivata dal processo di esclusione che si era verificato nei suoi confronti in un piccolo paese.

La stessa ragazza alla quale era legato affettuosamente era all'epoca soggetta all'uso di psicofarmaci ».

Da ciò deriva il facile inquadramento nosografico dello imputato nella definizione di tossicominia proposta dall'O. M.S.: « la tossicomania è uno stato di intossicazione periodica o cronica nociva all'individuo ed alla società, dovuta al consumo ripetuto di una droga (naturale o sintetica). Le sue caratteristiche sono:

a) un invincibile desiderio o bisogno — obligation — di continuare a far uso della droga ed a procurarsela con tutti i mezzi;

b) una tendenza ad aumentare la dose;

c) una dipendenza di ordine psichico-psicologico e talora fisico nei riguardi degli effetti della droga ».

Per l'imputato, quindi, la droga non ha generato di per sè la tossicomania, ma ha avuto semplicemente il ruolo di suo rivelatore.

È indubbio che dal racconto dell'imputato si comprenda come egli si sia avvicinato all'uso della droga per semplice « curiosità »: « ...lei si faceva e così ho provato anch'io, solo

che cercavo di farla smettere... » ma, pur sicuro di poter smettere appena lo avesse voluto, condizionato da un'apparente causa scatenante, come la morte della ragazza nelle sue mani, è caduto suo malgrado nel vizio attraverso una modalità di ingresso certamente poco prevedibile, ma, comunque, divenuta inesorabilmente rilevatrice di una tossicomania potenziale (Durand).

Lentamente il ragazzo ha raggiunto uno stadio di tossicomania conclamata (già accertata agli atti e comunque meglio definita nelle relazioni fornitemi dal perito ed allegate alla presente) superando la fase iniziale in cui sono presenti gli elementi facoltativi: dipendenza di ordine fisico, tendenza ad aumentare le dosi, ecc., e pervenendo all'elemento essenziale della tossicomania conclamata e cioè al « bisogno imperativo di consumare alcune sostanze tossiche » (Remy), fino a condizionarne fortemente il comportamento e la personalità, raggiungendo così la « depravazione ».

Inizialmente il soggetto si è trovato in una fase di compenso stabilendo un particolare equilibrio tra sè e la droga: soddisfaceva determinate esigenze o bisogni più o meno coscienti senza assumere comportamenti chiaramente distrubati, svolgendo così con normalità e profitto le proprie attività quasi in pieno benessere soggettivo.

In seguito la fase di scompenso si è instaurata rapidamente: aumentava le dosi, rappresentava un impellente desiderio di farne costantemente uso, diventando pienamente consapevole della sua schiavitù nei confronti dello stupefacente. In questa fase ha manifestato condotte dissociali: piccoli furti prima in case e poi anche fuori, viveva completamente condizionato dal desiderio di far uso di droga e, nel timore di rimanerne privo, era spinto a ricorrere a qualsiasi mezzo pur di procurarsela: « ...gli rubavo tutto l'oro che avevano in casa, ... rubavo stereo e cose di questo genere. Stavo bene solo quando avevo la roba e gli acidi, mi venivano in mente i ricordi ed i progetti che avevamo deciso di fare io e la mia ragazza... ».

Questo caso è anche da inquadrare tra i più gravi in quanto si è instaurata anche la « fase della depravazione » (Schrappe), intesa come alterazione distruttiva della personalità con la completa « disgregazione della struttura storico-biografica della sua personalità » (Zutt): quadro e comportamento monotono, egocentrismo, tendenza alle bugie, disin-

teresse completo sia per la sua sorte che per quella dei suoi cari, perdita di qualsiasi legame affettivo, progressiva amoralità, disinteresse per qualsiasi forma di pensiero e di attività (continua perdita di posti, disinteresse generalizzato per l'attività lavorativa) ed infine l'incorrere in numerosi procedimenti giudiziari per i reati commessi allo scopo di procurarsi l'uso degli stupefacenti. In questa fase non è possibile distinguere quanto sia dovuto agli effetti tossici delle sostanze e quanto all'insorgenza psicologica maniaca; resta però il fatto che, nonostante avesse per un periodo breve sospeso l'assunzione di stupefacenti, l'imputato non ha modificato sostanzialmente le caratteristiche della « depravazione », anzi.

Il ragazzo ha, quindi, una personalità « maniaca », che « cerca con vari mezzi o tipi di comportamento la soddisfazione di desideri più infantili orali, che rappresentano anche bramosie sessuali o ricerche di sicurezza » (Fenichel, Rosenfeld), personalità certamente portatrice di un particolare « sentimento di vuoto » (Leere-Erlebnis) con un'assoluta impossibilità a stabilire una unione duale (mancanza di consapevolezza dei rapporti tra Io e gli altri) e la conseguente tendenza a riempire il « vuoto esistenziale » (Orelli) con atteggiamenti e comportamenti maniaci in genere (tossicomania ed alcoolomania) forse con la speranza di superare con tale uso le inibizioni, diversamente invalicabili, riverberanti, anzi, attraverso il radicale tossicomano della droga stessa nella predisposizione endogena che viene così potenziata e superata ma indipendentemente dalle caratteristiche delle sostanze stesse. Da tutto ciò si desume come i dati anamnestici, clinici, comportamentali o sorgenti dalle stesse modalità del fatto, rilevino un chiaro quadro morboso di tossicomania e consentano di esprimere un giudizio tecnico sull'imputato, al momento dei fatti, di incapacità di intendere, perchè egli non si rendeva conto del valore sociale dell'atto, e di volere, in quanto lo stesso non riusciva più a determinarsi in modo autonomo, resistendo così agli impulsi.

Ne deriva che, in presenza del suddetto stato patologico, i processi di intelligenza e di volontà dell'imputato sono, in concreto, alterati in modo vistoso dal suo vissuto tossicomano in presenza di una personalità gracile, border-line, a cavallo tra una psicopatia grave ed una schizofrenia « frenata ».

Non esistendo uno sdoppiamento dell'Io nè in senso temporo-spaziale nè nell'identificare i propri limiti e capacità di diversificazione dagli altri, si è notata, invece, un'alterazione strutturale dell'Io, che risultato fragile, vulnerabile, inadeguato, con instabilità nelle relazioni oggettuali (relazioni allegate, atti del processo, perizia del prof. Borgna, colloquio con l'imputato).

L'aver preso coscienza dell'azione compiuta non ha significato per lui superare l'apatia e l'indifferenza in cui è caduto dopo il percorso della droga, ma, anzi, la diffidenza profonda e generalizzata lo ha portato a rifiutare categoricamente ogni possibile aiuto fornitogli (rifiuta l'intervento in carcere del responsabile del Centro per le tossicodipendenze di Domodossola).

Ecco perchè la capacità critica e di valutazione nei confronti delle azioni già compiute non significa avere una perfetta consapevolezza della propria condotta e delle conseguenze legate all'atto che si sta per compiere. Bisogna, altresì, escludere tassativamente ogni possibile dubbio sulla influenza « della spaventosa quantità di sostanze assunte dall'imputato la sera del delitto », essendo emerso chiaramente che non si è trattato di un episodio isolato, in quanto l'assunzione di più sostanze ad azione tossicogenetica era abituale e costante e pertanto una sola assunzione non poteva incidere in modo esclusivo sulle capacità di controllo di un soggetto il quale abitualmente non riesce a contenere le proprie pulsioni aggressive e distruttive; una struttura di personalità scompensata risulta già indebolita o, peggio, annullata dall'uso continuo delle suddette sostanze.

Pertanto l'imputabilità viene ritenuta escludibile non per la ingestione volontaria ed assurda di un cocktail di tante sostanze stupefacenti nella giornata del delitto, ma dalle ben più serie cause patologiche precedentemente descritte.

Poichè, poi, l'imputato è stato costretto ad un divezzamento assoluto, non deciso coscientemente, non può essere esclusa la possibilità di una ricaduta alla fine del periodo detentivo o di misura di sicurezza, in quanto il desiderio della droga può ripresentarsi bruscamente e con immutata intensità.

Pertanto, dovendosi valutare che lo stato di tossicomania in un soggetto border-line, che già in un'occasione (quella per cui è processo) non ha frenato l'uso incontrollato delle proprie

pulsioni, possa rappresentarsi dopo un non voluto divezzamento assoluto così come le condizioni psichiche del soggetto, che erano tali da farlo ritenere al momento dei fatti pericoloso socialmente, possano rivivere in lui così alterate da presupporre l'esistenza di una nuova pericolosità sociale, si ritiene che attualmente l'imputato sia ancora pericoloso e che almeno per ora non sia sufficiente il semplice allontanamento dell'ambiente e dalla droga per garantirne il recupero sociale.

Concordando con quanto asserito dal collega Mazza, perito di parte, concludo col definire l'imputato affetto da tossicomania in soggetto border-line con personalità gracile, psicopatia grave e/o schizofrenia « frenata » il quale in occasione di un episodio emotivamente traumatico (l'essere stato scoperto dal pro-zio, con gli avvenimenti seguenti) ha completamente scompensato il suo già fragile IO realizzando una psicosi transitoria e compiendo in tale occasione un atto di cui non era in grado di percepire il valore sociale e non riuscendo a programmare un minimo di risposta sensata allo strapotere degli impulsi prevalenti.

Pertanto M.D. si deve ritenere affetto da intossicazione cronica da sostanze stupefacenti, incapace di intendere e di volere all'epoca dei fatti contestatigli e persona socialmente pericolosa.

Ecco come e per quali vie è possibile che due tecnici arrivino ad affrontare in modo differente e certamente contrapposto uno stesso problema: l'imputabilità dei tossicodipendenti.

#### RIASSUNTO

Gli autori attraverso i quattro casi clinici qui presi in considerazione, intendono portare luce, per la riflessione ed il trattamento sul problema della imputabilità del tossicodipendente e delle misure da adottare nei suoi confronti.

L'approccio deve anzitutto tener conto dei meccanismi difensivi che l'ordinamento può consentire all'imputato di mettere in opera e delle molteplici possibili forme di ambiguità esistenti nell'atteggiamento assunto al riguardo dalla società.

#### RESUME

Les auteurs, à travers les quatre cas cliniques pris en considération, entendent apporter leur contribution (sous l'angle de la réflexion et du traitement) au problème de l'imputabilité du toxicomane et des mesures auxquelles il est soumis.

Il faut avant tout tenir compte des mécanismes défensifs que le système peut permettre à l'imputé de mettre en oeuvre ainsi que des multiples formes d'ambiguïté existant dans l'attitude prise vis-à-vis de la société.

## SUMMARY

After considering the four clinical cases presented, the Authors do their best to shed light for reflection and treatment on the problem of the possibility of charging drug addicts and measures to be adopted for such subjects.

This approach should first and foremost bear in mind the defense mechanisms which the Law may allow the person charged to have recourse to, as well as the multiple possible forms of ambiguity existing in the attitude assumed with regard to society.

## RESUMEN

A través de los cuatro casos clínicos que toman en consideración, los Autores pretenden aclarar el problema de la imputabilidad del drogadicto, su enfoque y tratamiento, así como las medidas que hay que adoptar en relación con todo ello.

El planteo ante todo tiene que tener en cuenta los mecanismos defensivos que el ordenamiento puede permitir que el imputado interponga así como la multiplicidad de formas ambiguas que existen en el comportamiento que la sociedad adopta al respecto.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren beabsichtigen über die hier untersuchten vier klinischen Fälle das Problem der Zurechnungsfähigkeit des Drogenabhängigen und die auf ihn anzuwendenden Maßnahmen zu beleuchten, um damit zur Reflexion und zur weiteren Behandlung des Themas anzuregen.

Eine Annäherung an das Thema muß vor allem die Verteidigungsmechanismen berücksichtigen, die die Rechtsordnung dem Angeklagten aufzustellen erlauben kann, sowie die vielfältigen möglichen Formen der Ambiguität, die im Verhalten gegenüber der Gesellschaft auftreten.