

- del contenuto essenziale dei diversi tipi di misure;
- delle regole 'di garanzia' connesse ai profili di coercizione.

Per il resto, la preminenza di esigenze di *trattamento* riabilitativo, comuni a situazioni di disagio non di competenza del diritto criminale, rende tendenzialmente preferibile l'affidamento a istituti e luoghi di riabilitazione non specificamente connotati in senso penalistico.

In questo senso, il mantenimento di misure di sicurezza per infermi di mente non necessariamente significherà mantenimento dell'ospedale psichiatrico o di altri luoghi di trattamento, come luoghi istituzionali separati dai luoghi della *normale* assistenza psichiatrica. La previsione della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario, o di un trattamento ambulatoriale, indicherà una particolare modalità di trattamento, in ambiente chiuso o in condizioni di libertà, ma potrà per il resto lasciare spazio a una disciplina dei luoghi e modi di esecuzione delle misure, non rigidamente prefissata dalla legge penale e quanto più possibile riassorbita nel circuito normale degli istituti di terapia e riabilitazione.

Tendenzialmente, dovrà essere data una chiara indicazione di *preferenza per misure non restrittive della libertà*, conservando queste ultime solo per i casi e per il tempo strettamente necessario a fronteggiare situazioni di serio pericolo per l'incolumità di persone, non altrimenti fronteggiabile".

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 253, ha mostrato come questa linea di tendenza sia l'unica coerente con il principio personalista su cui poggia la Costituzione.

"L'imperativo etico : Agisci sempre in modo da aumentare il numero delle scelte"

(von Foerster)


**Lombroso
È
Ancora
tra Noi**

Isabella
Merzagora
Betsos

LA PERICOLOSITÀ SOCIALE

Con sentenza n. 253 del 18 luglio 2003, la Corte costituzionale ha dichiarato "costituzionalmente illegittimo l'articolo 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario), nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale".

In pratica, nei casi di *scarsa pericolosità sociale* - così in sentenza - sarà possibile applicare la libertà vigilata anche a chi sia stato prosciolto per totale incapacità di intendere o di volere, così come già avviene per colui il quale sia stato dichiarato *seminfermo di mente*.

La Corte Costituzionale naturalmente non prende posizione in merito alla sopravvivenza degli istituti della pericolosità sociale e degli ospedali psichiatrici giudiziari, né potrebbe farlo non essendo il suo un ruolo politico-legislativo, anche se è tra-

sparente il rimbrotto a chi, viceversa, di questo compito è investito. Si legge infatti nella citata sentenza: "Solo il legislatore (la cui inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche, non può omettersi di rilevare ancora una volta) può intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse".

Qui, all'opposto, non ci si addenterà nelle questioni di stretta pertinenza giuridica, altri e ben più esperti lo faranno in questa stessa rivista, ma si prenderà a pretesto la sentenza per soffermarsi su due argomenti tanto largamente quanto vanamente dibattuti, quello del concetto di pericolosità sociale dipendente da causa patologica e quello, strettamente connesso, della sopravvivenza degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Sulla insofferenza per la nozione di pericolosità sociale in ambito psicopatologico vi è accordo pressoché plebiscitario. La pericolosità è stata definita non nozione scientifica ma giudizio di valore che ha come unico supporto, il sentimento di minaccia ¹; oppure un *non concetto*, inutile, amorfo, sospetto, a cui non potrà mai attribuirsi dignità scientifica ²; addirittura, un modo razionale di dire: "Ho paura" ³. Più di recente, e nel più accreditato dei trattati di psichiatria forense, la pericolosità sociale è definita concettualmente amorfa, basata su una metodologia non corretta, fondata su tecniche predittive inadeguate e poco chiare, comportante una commistione tra istanze terapeutiche e di neutralizzazione particolarmente infelice ⁴.

Si sostiene, cioè, che la paura dell'ignoto e l'ansia del non comprensibile hanno condotto a cercare nella etichetta nosografica una spiegazione, che il timore del diverso e dell'irrazionale hanno fatto sì che fosse sopravvalutato il rapporto fra patologia psichiatrica e pericolosità.

Tutto ciò, peraltro, non perché si neghi aprioristicamente la possibilità che il malato di mente possa commettere atti di violenza. In passato si sono inutilmente affrontati due atteggiamenti, uguali nei risvolti emotivi anche se contrari negli esiti argomentativi: quello del pregiudizio secondo cui i malati mentali sono

¹ Debuist C., LA NOTION DE DANGEROUSITÉ ET SA MISE EN CAUSE, VIII Journées internationales de criminologie clinique comparée, Genova, aprile 1981.

² Robert P., LA CRISE DE LA NOTION DE DANGEROUSITÉ, VIII Journées internationales de criminologie clinique comparée, Genova, aprile 1981.

³ Lievens R., APPORT DE LA PSYCHIATRIE À L'UTILISATION DU CONCEPT DE PERSONNALITÉ CRIMINELLE, VIII Journées internationales de criminologie clinique comparée, Genova, aprile 1981.

⁴ Fornari U., TRATTATO DI PSICHIATRIA FORENSE, Torino 1997, p. 153.

particolarmente inclini al delitto, e quello che nega qualsiasi relazione fra malattia e rischio criminale, quest'ultimo forse generoso negli intenti, ma del pari preconcetto. La sentenza 253/2003, fra l'altro, più volte richiama con sobrio equilibrio la doppia preoccupazione che deve muovere in proposito gli operatori - dal perito al giudice al Legislatore.

Per esempio: "Le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente incapaci totali si muovono inevitabilmente fra queste due polarità, e in tanto si giustificano, in un ordinamento ispirato al principio personalista (art. 2 della Costituzione), in quanto rispondano contemporaneamente a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili (cfr. sentenza n. 139 del 1982), di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale.

Un sistema che rispondesse ad una sola di queste finalità (e così a quella di controllo dell'infermo *pericoloso*), e non all'altra, non potrebbe ritenersi costituzionalmente ammissibile".

Piuttosto, da parte psicopatologico forense si afferma che la *pericolosità* è frutto di una sommatoria di elementi, fra i quali quelli di stretta pertinenza diagnostica sono solo uno degli addendi, che di fatto quello di pericolosità non è giudizio solo di competenza psichiatrica, che il perito dovrebbe limitarsi a fornire dati tecnici, descrivere la condizione clinica, le caratteristiche del disturbo e delle possibili evoluzioni, produrre dati statistici sulla prognosi, indicare le possibilità terapeutiche: sarà poi del giudice la responsabilità di formulare il giudizio di pericolosità - giudizio giuridico e non clinico - tenendo conto dei dati psichiatrici, ma anche di quegli elementi di sua specifica competenza, quali la gravità del delitto, i precedenti, le circostanze e modalità del fatto, l'allarme sociale suscitato.

Non solo, ma l'affermare che vi siano pure malati a rischio di comportamenti violenti è cosa ben diversa dal sostenere la pericolosità così come articolata dal codice penale.

Come è ben noto, la dizione dell'art. 203 c.p. considera socialmente pericolosa la persona "quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati", senza distinzione di gravità, con la conseguenza che molti reati tipici della *bizzarria* di taluni malati rientrano pur sempre nella troppo estesa definizione di pericolosità, mentre sono di così modesto allarme sociale da non meritare certamente la messa in moto del complesso meccanismo delle misure di sicurezza, e vi è dunque chi suggerisce di riformulare la valutazione di pericolosità restringendone i confini, almeno per i malati di mente, alle sole azioni violente contro l'incolumità personale.

Altri, infine, ammettono la competenza predittiva del perito psichiatra, ma esclusivamente se congiunta alla formulazione di un programma terapeutico, poiché è impensabile che, con le possibilità di cura ora esistenti, si possa addiventare ad una previsione di condotta senza considerare gli effetti dei molti interventi terapeutici - farmacologici, psicoterapici, socioterapici, assistenziali - che possono utilizzarsi oggi anche nei confronti di un reo malato⁵. "Il binomio prognosi/terapia, valido in ogni settore della medicina, deve conservare la sua

attualità anche in psicopatologia forense; già tempo fa, dopo una disamina delle riserve in merito alla fattibilità di tale prognosi, si osservava: "Ciò che sicuramente il clinico può e deve fare è indicare al Magistrato l'esatta natura della patologia psichiatrica eventualmente presentata dal soggetto sottoposto a perizia, le effettive possibilità di terapia e le modalità migliori con le quali tale terapia può essere attuata" ⁶; e: "Se la conseguenza di un giudizio di pericolosità sociale non fosse l'esclusiva applicazione della misura di sicurezza ma potesse essere l'attuazione di un programma individualizzato di trattamento terapeutico, probabilmente i periti psichiatri sarebbero più sereni e meno restii a formularlo" ⁷.

Il che da un lato ci rassicura circa la bontà della decisione della Corte Costituzionale, che consente una soluzione in più rispetto al solo internamento, e che ci s'immagina possa aprire la strada ad un quesito peritale che chieda anche indicazioni sul trattamento; dall'altro lato speriamo però non vi sia l'effetto paradossale da parte dei periti di pronunciarsi più *volentieri*, o perlomeno più di frequente, per la pericolosità sapendo di non determinare necessariamente l'internamento.

Al proposito si ricorda anche che l'ultimo Progetto di riforma del Codice Penale pubblicato ⁸, il così detto *Progetto Grosso* ⁹, indicava di sostituire al concetto di pericolosità quello del "bisogno di trattamento": "È diffusa in dottrina l'istanza di sostituire al criterio della pericolosità (ritenuto di dubbio fondamento empirico) quello del 'bisogno di trattamento'. Tale proposta merita accoglimento, sia sul piano terminologico (evitando così il messaggio stigmatizzante in termini di *pericolosità*), sia su quello sostanziale della determinazione dei presupposti e del contenuto delle misure: ciascuna costruita e da applicare come risposta ad un particolare e comprovato bisogno di trattamento (terapeutico, educativo, disintossicante, e simili)" ¹⁰.

Una tale soluzione avrebbe permesso di armonizzare le sorti del malato di mente autore di reato con il trattamento previsto dalla riforma psichiatrica del 1978, e sarebbe venuta incontro alle istanze degli psichiatri, che si sentono sempre più insofferenti nei confronti di una funzione di controllo sociale, o, almeno di solo controllo sociale neppure affiancato da quella loro più congeniale della terapia.

Che gli psicopatologi, e non solo loro, siano favorevoli alla proposta di sostituzione del concetto di pericolosità con quello di bisogno di cure (o di terapia, o di trattamento, se ne può discutere) emerge proprio dai loro scritti, in cui si indicano in tal senso vie percorribili, benché faticosamente, anche *de jure condito*: "Questa apertura sulla terapia, prima ancora che sulla valutazione dello stato di mente al momento del fatto e sulla prognosi, è possibile se tutti i magi-

⁶ Pariente F., Verucci M., Marchetti M., LA PERICOLOSITÀ SOCIALE DERIVANTE DA VIZIO DI MENTE, in: Giusti G. (a cura), Trattato di medicina legale e scienze affini, Cedam, Padova 1999, p. 686.

⁷ Greco O., Catanesi R., MALATTIA MENTALE E GIUSTIZIA PENALE, Giuffrè, Milano 1988, p. 84.

⁸ Non ci risultano lavori della "Commissione Nordio" pubblicati sul tema.

⁹ Grosso C. F., PER UN NUOVO CODICE PENALE II, Relazione della Commissione Grosso (1999), Cedam, Padova 2000; si veda in particolare: Documento N. 9, L'IMPUTABILITÀ, Sotto-Commissione: Pisa-Corbi-Pulitanò-Randazzo-Seminara-Zancan-Zagrebelsky, in: Grosso, cit., pp. 233-234.

¹⁰ Relazione della Commissione ministeriale per la riforma del codice penale, cit., p. 640.

strati, come già molti di loro stanno facendo, formuleranno i quesiti peritali facendo precedere l'accertamento urgente sulle condizioni psichiche attuali dell'autore di reato, sulla loro compatibilità o meno con il regime della custodia cautelare (se in atto), sulla necessità di disporre il ricovero provvisorio presso idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero gli arresti domiciliari (anche eventualmente presso casa di cura, ovvero comunità specializzate), secondo quanto disposto dagli artt. 284 e 286 c.p.p." ¹¹.

Il *bisogno di trattamento*, sempre qualora contestualmente alla sua introduzione fossero state istituite e/o potenziate le strutture terapeutiche, non avrebbe lasciato d'altro canto sguarnita l'esigenza di difesa sociale, poiché non erano escluse forme di coercizione, e comunque si prevedevano, nel Progetto o in sede di commento dottrinario ¹², strutture - case alloggio, comunità terapeutiche -, magari anche di *sicurezza*, fra le quali ultime gli istituti di terapia sociale che la Dottrina ha indicato, sul modello tedesco, anche per il nostro Paese.

Infine, sostituire al termine *pericolosità* quello di *bisogno di trattamento* non sarebbe stato un semplice *maquillage*: avrebbe significato abbandonare una volta per tutte e completamente i vecchi pregiudizi di stampo positivistico rispetto alla malattia mentale, e promuovere una cultura che consideri il malato sempre meno *alienato*, e se non uguale al sano, però portatore di uguali diritti. Non si tratta neppure di una questione nominalistica o, peggio, di truffa delle etichette: si tratta all'opposto di un'operazione consapevole, scientemente messa in atto per indicare la volontà di diversamente intendere il malato di mente, e di diversamente poter intervenire sulla sua malattia, e dunque sulla sua possibile violenza. Non sappiamo se la nuova Commissione Nordio seguirà in questa proposta le indicazioni della Commissione che l'ha preceduta, perché non sappiamo come vanno queste cose; ma siamo pessimisti, anche perché le iniziative di questo legislatore in materia di giustizia non ci sono fin'ora parse informate a particolare preoccupazione nei confronti dei meno garantiti e a particolare raffinatezza giuridica.

L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO

Cesare Lombroso. *Funerali di un uomo e di una dottrina*, intitolava Agostino Gemelli la raccolta delle conferenze da lui tenute dopo la morte del Positivista ¹³, ma, almeno relativamente al tratta-

¹¹ Fornari U., Coda S., DAL SOCIALMENTE PERICOLOSO AL BISOGNOSO DI CURE, *Interazioni*, n. 1, 1999, pp. 3-24.

¹² Manna A., L'IMPUTABILITÀ E I NUOVI MODELLI DI SANZIONE, *Giappichelli*, Torino 1997.

¹³ Gemelli A., CESARE LOMBROSO. I FUNERALI DI UN UOMO E DI UNA DOTTRINA, *Libreria Editrice Fiorentina*, Firenze 1911.

to dei rei - folli, sbagliava. Il *manicomio criminale*, oggi *ospedale psichiatrico giudiziario*, nasceva nella seconda metà dell'Ottocento per ospitare coloro che fossero *impazziti in carcere*, e trovava in Lombroso il suo più noto patrocinatore. Le idee del padre dell'Antropologia Criminale, e non solo sue, sono chiarissime: "Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi e sottoposti a vari processi, non potranno essere dimessi mai" ¹⁴.

Non si è certo qui a dileggiare Lombroso, che anzi per la sua epoca conduce una battaglia di umanizzazione della pena e in ogni caso scrive in anni in cui la scienza della *alienazione mentale*, soprattutto nelle sue possibilità terapeutiche, non è paragonabile all'oggi.

Ma da allora, sono intervenute concezioni, *scoperte*, rivoluzioni vere e proprie a mutare il concetto che si ha di malattia e di malato.

Per limitarci a pochi esempi: la psicoanalisi smentisce una differenza sostanziale tra i dinamismi psicologici del nevrotico e quelli dell'individuo normale; la psicologia sociale parla di *patologia della normalità*, al punto che ritiene legittimo intitolare: "Possiamo ritenerci sani di mente?" ¹⁵; l'antropofenomenologia esistenzialista disconosce l'alterità del malato di mente rispetto al sano, disconferma l'incomprensibilità della follia e pretende quindi non solo di capire, ma addirittura di comprendere ¹⁶.

Il malato di mente, insomma, non è più l'alienato, il reso diverso e avverso; o, a voler proprio essere pessimisti, il sano, non è poi così sicuramente tale: in ogni caso, le distanze si accorciano.

Tutto ciò è correlato alle scoperte farmacologiche, in particolare dei *tranquillanti maggiori*, introdotti negli anni Cinquanta del Novecento, che agendo sui sintomi psicotici ne contengono le manifestazioni comportamentali che davano esca all'idea della pericolosità della follia: "Il volto violento della follia si è rasserenato e l'associazione follia - violenza - pericolosità è entrata in crisi. I mezzi di contenzione hanno perso di importanza" ¹⁷.

Da ciò, e da altro ancora, la possibilità anche per il *matto* di partecipare alla vita sociale e civile, di essere inserito nel mondo del lavoro; da ciò anche la chiusura dei manicomi.

Ma su tutto ciò non è il caso di insistere, sono più di venticinque anni che lo si ripete (salvo ricorrenti voci controriformistiche, che prendono a pretesto quanto - forse artatamente - non s'è fatto, gabellandolo con quanto non si può fare), e da venticinque anni appunto dura il paradosso italiano di avere forse la leg-



¹⁴ Citato da: Fornari U., TRATTATO DI PSICHIATRIA FORENSE, UTET, Torino 1997, p. 89.

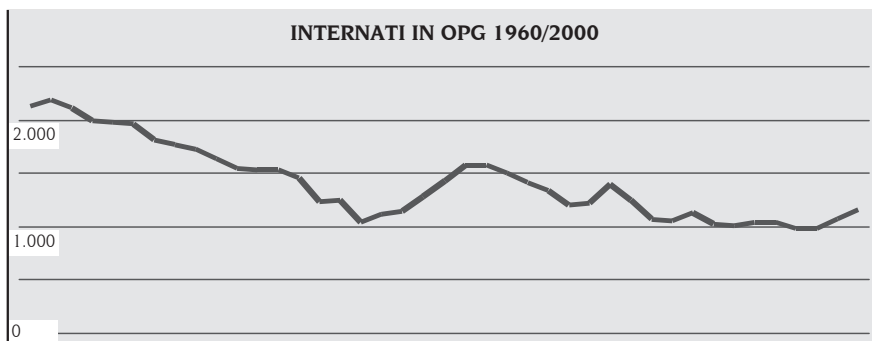
¹⁵ Fromm E., PSICOANALISI DELLA SOCIETÀ CONTEMPORANEA, Edizioni di Comunità, Milano 1970, ed. orig. 1955.

¹⁶ Ponti G., Merzagora I., PSICHIATRIA E GIUSTIZIA, Cortina, Milano 1993.

¹⁷ Andreoli V., UN SECOLO DI FOLLIA, Rizzoli, Milano 1991.

ge più avanzata del mondo in materia di cura del malato psichico, e di mantenere un sistema risalente all'Ottocento per ciò che concerne il trattamento del malato che sia autore di reato.

E infatti, proprio per il mutamento scientifico e culturale intervenuto, e benché l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario sia sopravvissuto, di fatto periti e giudici sembrano sempre più riluttanti a mandarci qualcuno, sicché l'insieme degli internati passa dai **2.127** del 1960 ai **1.156** del 2000.



Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La diminuzione, che è quasi un dimezzarsi, appare ancor più netta se la si paragona al contemporaneo aumento della popolazione reclusa, che nel medesimo arco di tempo passa dalle 33.564 alle 54.039 unità. Non a caso, proprio dopo i primi anni Ottanta si assiste ad un pronunciato calo degli internamenti; la cultura psichiatrica che reputa il sofferente psichico sempre meno incapace, sempre meno inaffidabile, sempre meno temibile fa sì che alla chiusura dei manicomi civili non segua una supplenza dell'OPG, ma anzi che essa vada di pari passo con la contrazione pure degli internamenti.

Semmai, la supplenza finisce ad essere quella del carcere nei confronti dell'OPG, poiché se periti e giudici recalcitrano nell'inviare alla *pena manicomiale* ¹⁸ i condannati, e poiché *tertium non datur*, finiranno in prigione anche persone affette da disturbo psichico.

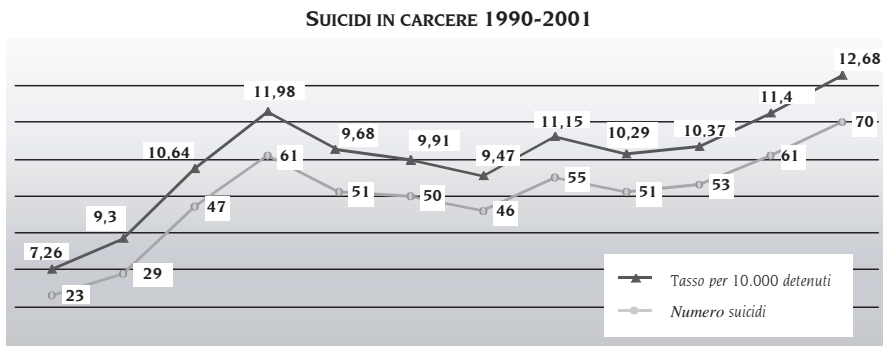
Difficile stimare la quota di malati mentali presenti nelle patrie galere, a parte, s'intende, quelli affetti da sofferenza intrinseca alla condizione detentiva. Secondo alcune ricerche si sarebbe notato un aumento dell'incidenza, nel tempo, dei detenuti in condizione di disagio psichico ¹⁹; una ricerca effettuata pres-

¹⁸ Così: Manacorda A., INTRODUZIONE, SOPRA ALCUNI USI DELLA PSICHIATRIA E DELLA GIUSTIZIA, in: Manacorda A. (a cura), FOLLI E RECLUSI. UNA RICERCA SUGLI INTERNATI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI ITALIANI, La Casa Usher, Perugia 1988.

¹⁹ Russo G., Salomone L., IL MALATO DI MENTE NEL SISTEMA GIUDIZIARIO, Rassegna Penitenziaria e Criminologia, n. 2-3, 1999, pp. 127 e sgg.

so la Casa Circondariale di Sollicciano evidenzia che i disturbi del campo psicotico sono ampiamente rappresentati in carcere (14,7% delle diagnosi) ²⁰.

Vi è comunque un dato indiretto che può darci una misura della situazione della sofferenza psichica in detenzione, anche a livello nazionale, ed è quello relativo ai suicidi in carcere. L'argomento merita di soffermarsi, e vale persino un grafico.



Fonte: www.abuondiritto.it

Non solo è evidente l'aumento, in numeri assoluti e in tassi, dei suicidi in carcere nei dodici anni considerati, ma il confronto con i tassi x 10.000 abitanti della popolazione nazionale c'informa che i suicidi in carcere arrivano ad essere anche diciassette/diciotto volte più frequenti che fuori ²¹.

C'è da chiedersi se davvero nel nostro Paese non ci sia la pena capitale, e per di più una pena di morte del tutto casuale, dato che i suicidi in questione non risultano sempre condannati per reati gravissimi, anzi talora non risultano condannati proprio. Nel 2001, infatti, risultavano *definitivi* circa la metà dei suicidi, gli altri essendo invece giudicabili, ricorrenti, appellanti.

²⁰ Donati D., Salvatori S., Miccinesi G., Brandi G., DAL CONVERGERE DI CLINICA E TEORIA: UNA IPOTESI DI RICERCA EPIDEMIOLOGICA IN CARCERE, *Il reo e il folle*, n. 1, 1996 pp. 159-165.

²¹ Più precisamente, per gli ultimi anni in cui l'ISTAT pubblica i tassi di suicidio per l'Italia:

Elaborazione dati ISTAT e www.abuondiritto.it

Anno	Tasso x 10.000 detenuti	Tasso x 10.000 abitanti
96	9,47	0,80
97	11,15	0,77
98	10,29	0,59
99	10,37	0,69
00	11,40	0,65

Si veda anche: www.associazioneantigone.it, ed in particolare l'articolo di Luigi Manconi secondo cui negli anni a noi più vicini si sarebbe raggiunto un rapporto 1:19 fra i tassi di suicidio della popolazione generale e quelli dei detenuti.

Nello stesso anno, tra i 70 suicidi, i condannati (o imputati) per omicidio anche tentato sono 17, e però troviamo anche 10 autori (o presunti) per furto e simili, e persino uno per guida senza patente ²² e uno per evasione fiscale ²³.

Dunque, i malati mentali anche gravi stanno in carcere, in compenso- si fa per dire- la popolazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è a dir poco eterogenea, sia quanto a malattie, sia quanto a pericolosità.

Per esempio, fra 169 soggetti provenienti dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, Russo segnala il 46,54% di schizofrenici; il 12,58% di paranoici; l'8,81 di oligofrenici; ma poi anche tutta una miscellanea, dai *caratteropatici* ai nevrotici, ed anche *non affetti da patologia di sorta* ²⁴. Come mai questi ultimi fossero finiti lì, non è dato sapere: le spiegazioni potrebbero essere varie, per esempio che il soggetto è in attesa di valutazione peritale; ma il fatto che l'Autrice denunci che in un ampio campione di perizie psichiatriche disposte dal Tribunale di Messina non risulti alcun appartenente alla criminalità organizzata pienamente imputabile ci fa venire un cattivo pensiero. In ogni modo, l'Autrice conclude che: "È ragionevole dedurre che da ciò possa essere derivata una utilizzazione eccessiva e impropria del manicomio giudiziario, che può essere stato previsto non come intervento estremo nei casi in cui le alterazioni comportamentali del paziente avessero giustificato un intervento di massima sicurezza, ma piuttosto come soluzione assistenziale per i pazienti cronici, soprattutto ove questi fossero risultati privi di assistenza, sicché questi ultimi possono essere stati penalizzati in quanto tali, a prescindere da una loro eventuale *pericolosità*" ²⁵.

In senso parzialmente analogo, secondo la ricerca effettuata dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria nei sei OPG italiani, al marzo 2001 risultavano internati 8 soggetti senza patologia psichiatrica ²⁶, e 14 diagnosticati come affetti da disturbi d'ansia ²⁷. Anche questi c'è da chiedersi cosa ci facciano in una situazione segregante; comunque - forse per tranquillizzarci, o forse perché dotato di fine umorismo - l'estensore del volume chiarisce in un caso trattasi di *Disturbo di panico senza agorafobia*.

Ma l'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario dipende, oltre che dall'accertamento di una patologia, anche da una valutazione di pericolosità sociale, che se, come s'è detto, l'art. 203 C.P. definisce come probabilità di commettere nuovi fatti preveduti dalla legge come reati, e dunque qualsiasi reato, il buon senso obbligherebbe a riservare a chi non si sia reso responsabile di soli reati bagatellari. Invece la già menzionata ricerca ci informa che sono internati anche accusati di atti osceni, di calunnia, di ingiuria, e persino uno per mendicizia! La pronuncia della Corte Costituzionale che consente di evitare l'internamento per soggetti dotati di *scarsa pericolosità* dovrebbe permettere - speriamo -

22 Poggioreale, 7 giugno 2001, definitivo, anni 28. I dati sono tutti ricavati da: www.abuondiritto.it.

23 Lecce, 9 ottobre 2001, definitivo, anni 68.

24 Russo G., SULLA VALUTAZIONE DI PERICOLOSITÀ SOCIALE DEL MALATO DI MENTE AUTORE DI REATO, Rassegna Italiana di Criminologia, 1/4 1990, pp. 439-461.

25 Russo, cit., p. 451.

26 Non senza diagnosi riferita in cartella, proprio senza patologia.

27 DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA, Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani, a cura di Andreoli V., Roma, 2002.

di evitare queste situazioni, e impedirà- è sempre una speranza- talune menzogne dei periti che negavano la pericolosità anche quando il bisogno di cura permaneva, per evitare un internamento reputato sproporzionato e antiterapeutico.

Rimane però il fatto che se la pronuncia di illegittimità costituzionale fa sì che sia scongiurato l'automatico internamento, non vi è viceversa previsione legislativa che possa imporre la cura a chi si ritenga di essa bisognoso, sicché per prescriverla può solo dichiararsi la pericolosità. Il che semplicemente significa che solo un'organica e complessiva riforma del sistema del trattamento del malato di mente autore di reato potrà eludere abbandoni terapeutici ovvero indebite segregazioni, soluzioni complacenti o severità fuori luogo, e, insomma, menzogne ancorché per nobili intenti.

Con questi chiari di luna, non sembra però che una simile riforma sia fra le più urgenti preoccupazioni del legislatore, impegnato com'è in ben altri provvedimenti: dalla depenalizzazione del falso in bilancio, allo stravolgimento dei compiti istituzionali della Corte di Cassazione, all'ampliamento dei poteri di avocazione, alla disciplina dei magistrati riottosi ²⁸, magari al tentativo di abolizione del Tribunale per i Minorenni.

NOTE CRITICHE SULLA NUOVA PROPOSTA DI LEGGE IN MATERIA DI DROGHE

Nell'anno terzo dell'era berlusconiana il vicepresidente del consiglio Gianfranco Fini pare voglia rivendicare ruolo e identità più significativi, facendo approvare una nuova legge sulla *droga* che dovrebbe rappresentare una svolta di 180 gradi rispetto alla situazione attuale. Dobbiamo pensare che non gli sia bastata la promulgazione della legge sull'immigrazione che porta il suo nome, seppure abbinato a quello del ministro Umberto Bossi, e voglia caratterizzare la



**Dignità
e
Decenza***

Franco
Corleone

28 Ci si riferisce evidentemente alla minacciata riforma- *rectius*: controriforma- dell'ordinamento giudiziario, di cui al Ddl n. 1296 del 10 aprile 2002.

* Il complesso dei fenomeni connessi alla diffusione delle sostanze e le soluzioni legislative per le quali si è optato, hanno prodotto negli USA, a partire dal 1980, una crescita del tasso di incarcerazione per droga del 1000 % (Alfred Blumstein); su questo terreno, l'Italia registra 200.000 anni di carcere scontati dal 1990. Una realtà drammatica per costi umani e sociali, alla cui analisi la rivista intende continuare a contribuire. Ringraziamo Franco Corleone per le pagine taglienti e chiare in cui ha sintetizzato le tesi antiproibizioniste. **Dignitas**