



**UNIVERSITÀ
DI TRENTO**

**Facoltà di
Giurisprudenza**

STUPEFACENTI E TOSSICODIPENDENZA

**TRATTAMENTO SANZIONATORIO, CARCERE
E MISURE ALTERNATIVE**

a cura di

**GABRIELE FORNASARI
ANTONIA MENGHINI**

2024



UNIVERSITÀ
DI TRENTO

Facoltà di
Giurisprudenza

QUADERNI DELLA FACOLTÀ DI GIURISPRUDENZA

89

2024

Al fine di garantire la qualità scientifica della Collana di cui fa parte, il presente volume è stato valutato e approvato da un *Referee* interno alla Facoltà a seguito di una procedura che ha garantito trasparenza di criteri valutativi, autonomia dei giudizi, anonimato reciproco del *Referee* nei confronti di Autori e Curatori.

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

© *Copyright 2024*

by Università degli Studi di Trento

Via Calepina 14 - 38122 Trento

ISBN 978-88-5541-086-1

ISSN 2284-2810

Libro in Open Access scaricabile gratuitamente dall'archivio IRIS - Anagrafe della ricerca (<https://iris.unitn.it/>) con Creative Commons Attribuzione-Non commerciale-Non opere derivate 3.0 Italia License.

Maggiori informazioni circa la licenza all'URL:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/legalcode>

Il presente volume è pubblicato anche in versione cartacea grazie al contributo del Dipartimento Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trento per i tipi di Editoriale Scientifica - Napoli con ISBN 979-12-235-0124-5.

Dicembre 2024

STUPEFACENTI E TOSSICODIPENDENZA

**TRATTAMENTO SANZIONATORIO, CARCERE
E MISURE ALTERNATIVE**

a cura di
GABRIELE FORNASARI
ANTONIA MENGHINI

Università degli Studi di Trento 2024

INDICE

	Pag.
Antonia Menghini	
<i>Prefazione</i>	VII
Silvio Riondato	
<i>Profili di politica penale e criminale nella lotta contro gli stupefacenti</i>	1
Isabella Merzagora	
<i>Le droghe e lo spirito del tempo</i>	19
Fabio Gianfilippi	
<i>Dipendenze e alternative alla detenzione</i>	43
Elena Mattevi	
<i>Il lavoro di pubblica utilità per i casi contemplati dal Testo Unico in materia di sostanze stupefacenti (d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309). Una sanzione sostitutiva in ascesa</i>	63
Christoph Simon Thun Hohenstein Welsperg	
<i>Riflessioni sull'affidamento in prova in casi particolari</i>	89
Andrea Di Nicola, Giulia Perrone	
<i>Rieducazione e tossicodipendenza: il punto di vista del criminologo</i>	129
Antonia Menghini	
<i>Carcere, droga e tossicodipendenza. La realtà dei circuiti a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti</i>	141
Sandro Libianchi	
<i>Patologie da dipendenza e trattamento sanitario in carcere e nelle misure alternative. L'esigenza di integrazione dei saperi professionali è prioritaria per consentire l'esercizio dei diritti dell'adulto autore di reato</i>	171

INDICE

	Pag.
Francesca Pesce	
<i>Analisi economica del diritto penale e misure alternative per tossicodipendenti</i>	205
Maurizio Sgrò	
<i>Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive</i>	217

PREFAZIONE

Questo convegno rappresenta il secondo momento di incontro e confronto all'interno di un progetto più ampio dal titolo "Carcere, misure alternative e tutela della salute". L'idea è quella di offrire un percorso articolato in cui approfondire diversi aspetti e problematiche afferenti alla piena realizzazione del diritto alla salute in carcere e al contributo che, sotto taluni aspetti, possono fornire le misure alternative alla detenzione, soprattutto allorché a venire in oggetto siano necessità di tipo curativo specifico, quali ad esempio quelle legate alle gravi patologie psichiatriche o allo stato di tossicodipendenza.

Questo secondo Convegno si prefiggeva proprio lo scopo di approfondire quest'ultimo aspetto attraverso un dialogo fruttuoso tra autorevoli studiosi della materia e professionisti, tra cui professori di diritto penale e di criminologia, magistrati, medici e avvocati.

Il titolo stesso "Stupefacenti e tossicodipendenza. Trattamento sanzionatorio, carcere e misure alternative" restituisce l'idea di un incontro in cui si è voluta approfondire la disciplina della criminalità legata agli stupefacenti per poi aprire alla riflessione sul trattamento sanzionatorio relativo ai reati c.d. droga-correlati, all'esecuzione penale *intra moenia* e all'accesso alle misure alternative espressamente dedicate ai soggetti tossicodipendenti.

Nel fare ciò non si è mancato di mettere bene in evidenza come l'attuale situazione di sovraffollamento carcerario e la composizione della popolazione detenuta sia il frutto delle scelte di politica criminale che si sono succedute nel tempo (per un affresco completo, cfr. la relazione di Silvio Riondato).

Allo stesso modo si è anche voluto restituire un punto di vista più squisitamente criminologico del fenomeno che ben raccontasse il rapporto mutevole, ed effettivamente evolutosi nel tempo, tra assunzione di stupefacenti e percezione sociale del fenomeno (cfr. il saggio di Isabella Merzagora) e il diverso e controverso aspetto della declinazione della rieducazione con riferimento specifico ai condannati tossicodi-

pendenti autori di reati droga-correlati (cfr. la relazione di Andrea Di Nicola).

Con specifico riferimento al composito novero di misure alternative dedicate agli autori di reato tossicodipendenti, nella relazione di Fabio Gianfilippi si può apprezzare lo sguardo dello studioso attento ma anche quello del Magistrato di Sorveglianza di lunga esperienza che, nel delineare i tratti definitivi dell'affidamento in prova in casi particolari e della sospensione di cui all'art. 90 T.U. stupefacenti, non dimentica di mettere in luce i profili di criticità dell'attuale disciplina e gli spazi di rilevanza che, nella riforma Cartabia, sono stati riconosciuti agli stati di tossicofilia e tossicodipendenza rispetto alla disciplina delle nuove pene sostitutive. Si rammenta infatti che nel novellato art. 58 comma 4 della l. 24 novembre 1981, n. 689, si prevede che il giudice debba tenere conto, nella decisione sull'*an* della sostituzione e nella scelta della pena sostitutiva da applicare, delle condizioni della persona, anche legate alla salute fisica o psichica, ma anche, più specificamente, delle «condizioni di disturbo da uso di sostanze stupefacenti, psicotrope, o alcoliche ovvero da gioco d'azzardo, certificate dai servizi pubblici».

Nel tentativo di argomentare sulla necessità di implementare il ricorso all'esecuzione *extra moenia* per questa tipologia di delinquenza si è anche valorizzato lo strumento dell'analisi economica del diritto che, alla prova nello specifico settore, sembra fornire dati confortanti a suffragio di una politica criminale che guardi fiduciosa ad alternative al carcere anche rispetto al ritorno in termini di recidiva (cfr. il saggio di Francesca Pesce).

In questa direzione sembra muoversi anche il recente d.l. n. 92 del 4 luglio scorso, già conv. in legge n. 112/2024, che all'art. 8 prevede, seppure non nell'immediato, la creazione di un elenco di strutture accreditate presso le quali possano essere concesse misure alternative a chi non dispone di un idoneo domicilio e che dovranno garantire accoglienza, assistenza, riqualificazione professionale, reinserimento socio-lavorativo e riabilitazione anche ai soggetti tossicodipendenti o affetti da disagio psichico.

Nell'eterna alternanza tra il “fuori” – ancora poco valorizzato numeri alla mano – e il “dentro”, si è poi approfondito un tema ancora poco conosciuto e studiato, quello del circuito a custodia attenuata per tossi-

codipendenti, nel tentativo di metterne in luce punti di forza e criticità: si tratta infatti di una soluzione ancora poco sfruttata e che comunque rappresenta una goccia nel mare, ove si ponga mente al fatto che, a fronte di circa 20.000 tossicodipendenti detenuti in carcere, solo una parte dei 785 posti disponibili negli ICATT risulta al momento occupata (cfr. il nostro contributo).

Per fornire un quadro quanto più possibile completo sul fenomeno, si sono voluti poi coinvolgere un medico specialista in medicina interna di lunga esperienza, il dott. Libianchi, già responsabile Ser.T. del carcere di Rebibbia e oggi Presidente dell'Associazione Co.N.O.S.C.I., che ha approfondito il tema delle patologie da dipendenza declinandolo ancora una volta con riferimento sia all'esecuzione *intra moenia* sia a quella *extra moenia*, e il dott. Sgrò, specialista in tossicologia medica e attualmente Dirigente medico dell'Apss trentina Medicina Penitenzia, che ha messo bene in evidenza quali siano le principali problematiche nel trattamento penitenziario del soggetto tossicodipendente.

Ad impreziosire il quadro anche numerosi interventi che hanno contribuito ad approfondire aspetti specifici di particolare rilevanza, tra cui quello di Elena Mattevi sul lavoro di pubblica utilità e quello di Christoph Simon Thun Hohenstein Welsperg sull'affidamento in casi particolari.

A conclusione, non resta che accomiatarci con un arrivederci al prossimo Convegno, conclusivo del progetto, che sarà dedicato, sempre con puntuale riferimento al diritto alla salute del condannato, al tema più generale delle alternative al carcere, nell'ottica della migliore realizzazione di un sistema che valorizzi, meglio di quanto non accada oggi, il principio di *extrema ratio* del ricorso al carcere.

Trento, 10 settembre 2024
Antonia Menghini

PROFILI DI POLITICA PENALE E CRIMINALE NELLA LOTTA CONTRO GLI STUPEFACENTI

Silvio Riondato

SOMMARIO: *1. Premessa: l'universo "droga" come realtà complessa. 2. La tenuta dei tradizionali modelli di politica-criminale a fronte di un nuovo mercato della droga. 3. Un ulteriore elemento di complessità: carcere e tossicodipendenza. 4. Il problema della lotta alla droga nel panorama internazionale. 5. La prevenzione come criterio orientativo delle future scelte di politica-criminale.*

1. Premessa: l'universo "droga" come realtà complessa

Ringrazio Antonia Menghini e Gabriele Fornasari per avermi voluto qui in piacevolissima compagnia e ringrazio l'Università degli Studi di Trento che ci ospita, e tutti Voi per la partecipazione.

Nella preparazione di questi miei appunti sul tema assegnatomi, concernente la politica penale e quella criminale nella lotta contro gli stupefacenti – s'intende nell'ambito della relativa politica pubblica – ho riflettuto anche più del solito su quale fosse davvero la mia idea.

In via preliminare devo ammettere subito che non propriamente sono riuscito a uscire da una dimensione altamente problematica qual è quella che oggi si presenta in materia. La questione droga è davvero, e da decenni, terreno di sperimentazione di un contingente governo della complessità¹, sperimentazione permanente e alquanto insoddisfacente. Il prodotto legislativo difficilmente si lascia imbrigliare in plausibili schemi esplicativi dell'esperienza giuridica (soprattutto penale), anche perché – penso io – siamo di fronte a una gravissima "patologia di massa", per così dire, un fenomeno di massa le cui radici stanno in gravi

¹ A. GAMBERINI, *La repressione della produzione e del traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope*, in F. BRICOLA, G. INSOLERA (a cura di), *La riforma della legislazione penale in materia di stupefacenti*, Padova, 1991, 69.

imperfezioni dei modelli di sviluppo individuale, familiare, sociale e soprattutto culturale, che abbiamo adottato. Non mi meraviglia che da una recente ottima disamina di Orietta Di Giovine sui punti critici della legislazione penale antidroga emerga una sorta di quasi rassegnazione all'esistente, stante, a giudizio dell'autrice, l'irriducibile varietà del macrocosmo 'sostanze stupefacenti'². Orietta Di Giovine avverte che l'arsenale penale è inevitabilmente rozzo, quindi può soltanto "tagliare a fette grosse e imprecise" la realtà dell'universo-droga. Ella afferma, inoltre, che, a meno di immaginare un *Eden* popolato da sole persone adulte, responsabili e che vivono in contesti economico-socio-familiari ottimali – quindi in grado di autodeterminarsi in modo affatto libero da proibizioni –, una qualche forma di controllo e di repressione in tema di droghe sarà pur sempre necessaria, in tutti *i mondi possibili*. Aggiungo che è davvero difficile anche con riguardo agli strumenti giuridici extra-penalì combinare soluzioni efficienti nei settori di intervento che in linea di principio sono ben individuati anche nella strategia e nel piano di azione dell'Unione europea: riduzione dell'offerta di droga, quindi rafforzare la sicurezza; riduzione della domanda di droga, quindi servizi di prevenzione, trattamento e assistenza; affrontare i danni connessi alle droghe; e, poi, cooperazione internazionale, ricerca, innovazione e prevenzione, coordinamento, *governance* e attuazione³.

2. La tenuta dei tradizionali modelli di politica-criminale a fronte di un nuovo mercato della droga

Ciò premesso, inizio da una telegrafica introduzione al tema. Un legislatore può ispirare la disciplina concernente il consumo voluttuario di droga, la produzione e il traffico, optando tra le molte alternative

² O. DI GIOVINE, *Stupefacenti: meglio "di tutta l'erba un fascio" oppure "un fascio per ogni erba"?*, in *Legisl. pen.* (27 febbraio 2020), 38.

³ Cfr. *Strategia dell'UE in materia di droghe per il periodo 2021-2025* (2021/C 102 I/01), in <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3133/strategia-ue-2021-2025-ita> e *Piano d'azione dell'UE in materia di droghe per il periodo 2021-2025* (2021/C 272/02), in <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3131/piano-dazione-eu-in-materia-di-droghe-2021-2025.pdf>.

concepibili all'interno di una serie i cui estremi sono segnati dai modelli astratti del proibizionismo e del (l'anti- o) non-proibizionismo. Tali modelli, nella considerazione comune che è ancora in complesso di tipo ideologico, rispecchiano rispettivamente l'istanza «sociale» e l'istanza «libertaria», entrambe calate in valutazioni concernenti il bene-salute. Quanto ai contenuti, nelle strategie di contrasto penale, per restare all'ordinamento italiano, si sono alternate tendenze assistenzialiste e strette proibizioniste, avendo però in comune l'idea che la proibizione e la pena siano mezzo fruttuoso di lotta alla droga.

Alla base di tali politiche troviamo, soprattutto, taluni peculiari fattori: la forte spinta criminogena sul consumatore legata all'alto costo della droga indotto dall'illiceità del mercato (con conseguente trasformazione del consumatore in consumatore-spacciatore); l'ingentissimo numero di consumatori, in aumento irreversibile anche a causa dell'intenso proselitismo svolto dagli stessi consumatori al fine di profitto da reinvestire anche in acquisti di droga; la correlata immane massa di capitali di provenienza illecita che o inquinano il mercato lecito immettendosi, o incrementano i mercati illeciti (per esempio, lo scambio droga-armi) e, comunque, la forza ormai eversiva di molteplici coagenti come la criminalità organizzata, il superaffollamento delle carceri causato dall'afflusso di tossicodipendenti, l'inadeguatezza congenita, o comunque l'insufficienza delle strutture pubbliche o private socio-riabilitative nel complesso – sappiamo che ci sono lodevoli eccezioni –, l'intreccio infruttuoso tra criminalizzazione e c.d. medicalizzazione, nonché la c.d. «globalizzazione» delle scelte su scala internazionale con i conseguenti vincoli.

Si tratta di dati e valutazioni che possono variamente influire sulle concrete soluzioni normative riguardo ai vari oggetti di disciplina legati al tema del consumo di droga, tra i quali, oltre al consumo voluttuario, vi è la produzione e in genere il traffico illecito di droga, che causano il consumo e quindi producono il danno. L'impiego della sanzione punitiva si collega storicamente soprattutto al modello proibizionista che il mondo giuridico «occidentale» moderno e contemporaneo tende ad assumere quale base ispiratrice, temperandola, peraltro, secondo la distinzione tra consumo, da un lato, e produzione-traffico, dall'altro lato, sullo sfondo della quale rimane una contrapposizione tra i tipi criminolo-

gici produttore-spacciatore, dal primo lato, e la triade consumatore-tossicofilo-tossicodipendente, dal secondo lato. Queste ultime figure si distinguono da quella dell'intossicato cronico che da noi gravita solitario nell'area della non-imputabilità.

Nella legislazione italiana vigente, al consumo si riallaccia un trattamento più o meno moderatamente punitivo e orientato alla special-prevenzione di segno riabilitativo-neutralizzante. L'idea di fondo del legislatore originario era che l'intervento repressivo dovesse rivolgersi principalmente nei confronti dei narcotrafficcanti, mentre di regola la figura del tossicodipendente-consumatore rispecchiava una manifestazione di disadattamento sociale, cui far fronte con interventi di tipo terapeutico e riabilitativo. Alla produzione e al traffico illeciti era – ed è – collegata una serie di fattispecie incriminatrici e livelli di pena relativamente alti. Le dinamiche che nel tempo hanno interessato il settore degli stupefacenti mostrano l'usura cui è esposto il sistema eretto con il d.P.R. n. 309 del 1990. Istanze sociali ricorrenti (per esempio, la proposta di *referendum* abrogativo in materia di stupefacenti del 2021) premono per un intervento riformatore del legislatore. Ferme ormai da tempo il dibattito sul tema della legalizzazione del consumo e della coltivazione delle c.d. droghe leggere⁴. Tuttavia, l'opzione di una disciplina normativa più permissiva, oltre a risultare conveniente in termini politico-criminali, deve anche poter apparire legittima alla stregua dei beni giuridici che richiedono una tutela penalistica. La forte istanza di tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza che si inverte nel contrasto alla criminalità organizzata coinvolta nel traffico rappresenta sicuramente uno dei molteplici interessi in gioco⁵. Altrettanto prioritario rimane il fine di protezione della salute collettiva, come anche della vita e della salute degli individui, singolarmente considerati⁶. Al momento mi pare che prevalga una linea che favorisce la penalizzazione e comunque percorsi anche riabilitativi interni al sistema repressivo-giudiziale, come

⁴ M.T. COLLICA, *Droghe leggere e uso personale: aporie e limiti di una problematica criminalizzazione*, in *Arch. pen.*, 2020, 3.

⁵ L. SIRACUSA, *Droghe leggere e criminalità organizzata: una relazione problematica*, in *Riv. trim. dir. pen. ec.*, 2022, 1-2, 280.

⁶ M. GAMBARDELLA, *Illeciti in materia di stupefacenti e riforma dei reati contro la persona: un antidoto contro le sostanze velenose*, in *Dir. pen. cont.* (19 giugno 2019).

nel recente decreto-legge c.d. Caivano (15 settembre 2023, n. 123)⁷. È una linea che non ha mai pagato. Rilevo soltanto che il Ministro Nordio avrebbe detto, a proposito dell'inasprimento di regime per i genitori che non fanno andare i figli a scuola o li ritirano anzitempo, che questo reato di dispersione assoluta – elevato ora a rango di delitto con la pena della reclusione fino a due anni – indirettamente aiuti il minore nel suo percorso di educazione. Questa opinione è davvero... *stupefacente*, poiché a tacer d'altro il Ministro pare ritenere che l'ambito umano praticamente riguardato dalla norma, ambito ovviamente degradato, sia idoneo a farsi motivare da essa.

Detto tutto questo, ricordo che più di trent'anni fa, occupandomene sotto l'angolo visuale della punizione e rieducazione del consumatore di droga⁸, cui pure fin d'ora rinvio per molti profili ancora attuali che per economia espositiva devo trascurare, mi trovavo di fronte a una chiara ammissione da parte delle Forze dell'Ordine – pur non conclamata ed emergente quasi solo nei colloqui di corridoio – che la lotta al traffico di droga fosse fallita e il fenomeno, vieppiù crescente, fosse inarrestabile. Sul piano normativo mi sembrava che pure l'ampio apparato di prevenzione-punizione-riabilitazione del drogato, configurato nella allora nuova l. 26 giugno 1990, n. 162, trasfusa nel testo unico stupefacenti (d.P.R. n. 309 del 1990), che tentava anche di migliorare e incrementare le misure positive (*i.e.* non limitative di diritti, anzi vantaggiose) destinate alla riabilitazione del consumatore, a tutto concedere fosse apprezzabile soltanto nel mondo delle norme. L'ingranaggio della macchina statale non sarebbe stato in grado di sopportare l'urto di centinaia di migliaia di consumatori da trattare e avrebbe complessivamente fallito. Osservavo che perfino l'effetto promozionale informativo e formativo circa l'illiceità/dannosità del consumo risultava pregiudicato dall'esistenza di una capillarmente diffusa tolleranza di fatto. Di conseguenza, il messaggio davvero trasmesso alle giovani generazioni, che

⁷ Il testo del decreto-legge è consultabile all'indirizzo <https://www.gazzettadinapoli.it/notizie-in-evidenza/dl-caivano-convertito-in-legge-tutte-le-novita/>.

⁸ S. RIONDATO, *Punizione e rieducazione del consumatore di droga secondo la recente riforma legislativa. Problemi attuali*, in *Sì. Rivista di studi sociali del Veneto*, 1991, 23 (testo reperibile all'indirizzo http://www.riondato.com/Riondato-PunizioneERI_educazioneDelConsumatoreDiDroga.pdf).

sono poi quelle pressoché esclusivamente interessate, era connotato da una sorta di ipocrisia o, volendo, schizofrenia proibizionista di facciata e non proibizionista in buona sostanza. Pensavo che il pronosticato fallimento della punizione del consumo avrebbe fatto maturare il tempo per affrontare senza pregiudizi un'indagine sulle eventuali migliori opportunità offerte da un regime non proibizionistico. In particolare ero allora convinto, anche per esperienza personale di contatto con tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti in ambiti di riabilitazione, che il regime proibizionista favorisse la vastissima attività di proselitismo da parte dei consumatori a fine soprattutto di profitto, attività che mi sembrava una delle principali cause del diffondersi del consumo e che in regime non proibizionista sarebbe stata a mio avviso ridotta a misura minima, riducendosi anche il costo della droga in un mercato legalizzato per tutte le sostanze. Comunque, mi pareva imprescindibile che le enormi risorse economiche destinate alla prevenzione di polizia e giudiziaria contro il traffico e il consumo di droga fossero invece indirizzate più utilmente verso misure positive, a informazione ed educazione, a servizi socio-sanitari, comunità, scuole, ecc. insomma, alla prevenzione generale e speciale soltanto positiva. Come ha sempre insegnato il troppo inascoltato Giuseppe Bettiol, la lotta preventiva alla delinquenza, anche alla più grave, non è il compito specifico del diritto penale, ed è invero un grave errore porre il problema della prevenzione-educazione soltanto al momento dell'avvenuto crimine⁹. Occorre, invece, una seria e profonda politica criminale e di polizia sociale che intrida di sé tutta l'attività dello Stato. Lo Stato stesso è criminogeno con la sua opera sconnessa, se è male ordinato. L'opera preventiva deve essere quindi integralmente legata a una efficiente realtà pedagogica, assistenziale, di polizia agile, pronta e aperta che non irrida al diritto ma sia frutto di un diritto orientato sulla personalità dell'uomo. Tutto ciò dovrebbe lasciare la repressione agli strumenti propri del diritto penale che dello Stato di diritto deve continuare a essere la massima espressione, senza che la dogmatica penale finisca per essere asservita alla politica criminale. Invece, negli esperti di valutazioni sulla *res pubblica* non affiora una

⁹ G. BETTIOL, *Verso un nuovo romanticismo giuridico*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1979, 369 (ora in *Scritti Giuridici 1966-1980*, Padova, 1980, 245).

piena padronanza delle implicazioni che la scelta di introdurre norme incriminatrici, o comunque punitive o negative, produce sia a carico degli autori dei comportamenti considerati, sia in ordine alla tutela dell'interesse protetto, sia sul più esteso pianeta giustizia e in tutti gli altri ambiti¹⁰. Oggi, mi chiedo, è cambiato qualcosa?

Anzitutto, il mondo-droga ha assunto proporzioni titaniche in incesante incremento progressivo, e con mutamenti che vieppiù ostacolano il controllo, mentre la tenuta della proibizione e conseguenti si affievolisce con l'affievolimento del sistema di valori che la esprime, e comunque l'apparato repressivo incide sulla quantità offerta, nonché sul prezzo, piuttosto che su quella domandata, e mi parrebbe che non intacchi affatto la quantità consumata in atto e *in fieri*. Da una scorsa ai vari documenti ufficiali – rapporti di istituzioni e altre statistiche in cui l'Italia sta sempre verso i valori alti¹¹ – emergerebbe anzitutto che 87,4 milioni di adulti nell'Unione europea hanno fatto uso di droghe illecite almeno una volta nella vita, vale a dire il 31% della popolazione euro-unitaria (60% uomini e 40% donne). Il numero di adulti che hanno fatto uso di droghe nel 2021 è: *cannabis* 22,6 milioni; cocaina: 3,7 milioni; MDMA (3,4-metilenediossimetanfetamina, cioè *ecstasy*): 2,3 milioni; amfetamine: 2 milioni. L'incremento nel periodo 2016-2021 appare, è il caso di dirlo, “stupefacente”: *cannabis* +9,6%; cocaina +42,3%; *ecstasy* +12,6%; amfetamine +37,9%. Nel 2021 ammontava a un milione la stima dei consumatori ad alto rischio di oppiacei; la *cannabis* è stata la droga più frequentemente citata dai nuovi pazienti trattati (pari al 45% del totale dei primi accessi alla terapia in Europa e al 35% di tutte le richieste di trattamento); almeno 6.166 persone sono morte per *overdose*; 41 nuove sostanze psicoattive sono state individuate per la prima volta (2022). Tutto ciò, nonostante ammontino a un milione i sequestri di droghe illecite: *cannabis* in foglie e infiorescenze (816) e resina di

¹⁰ Cfr. A. CAPUTO, *Reati in materia di immigrazione e di stupefacenti*, Torino, 2011, 7.

¹¹ Cfr. *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2023*, consultabile all'indirizzo <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>, in cui v. già nell'Introduzione di A. MANTOVANO, IX ed *European drugs Report 2023*, consultabile all'indirizzo https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en.

cannabis (256); foglie e infiorescenze con resina: 1072 tonnellate; cocaina: 303 tonnellate; eroina: 9,5 tonnellate; amfetamine: 6,8 tonnellate; metamfetamina: 1,2 tonnellate; MDMA/*ecstasy*: 3,5 milioni di pasticche e 1,6 tonnellate di polvere/cristalli.

Quanto più precisamente ai consumatori in Italia, secondo i dati del Dipartimento antidroga della Presidenza del Consiglio, sempre nella relazione inviata ai presidenti delle Camere nel 2022, quattro milioni e novecento mila persone hanno fatto uso di almeno una sostanza stupefacente, quindi il 10% della popolazione italiana idonea, per così dire. E nel 2022 vi è stato un aumento di consumo tra gli studenti: quasi un milione di giovani tra i 15 e i 19 anni (il 40% del totale per la loro fascia di età) riferisce di aver consumato droga almeno una volta nella propria vita e 120.000 (quasi il 5%) dicono di aver usato venti o più volte la *cannabis* nel mese precedente alla domanda che è stata loro rivolta.

Inoltre, c'è uno sviluppo preoccupante dei cannabinoidi sintetici, i quali imitano gli effetti del THC, la sostanza principalmente responsabile degli effetti psicoattivi della *cannabis*, ma possono essere sia estremamente potenti che tossici, e sono crescenti dal 2020 le segnalazioni in Europa di *cannabis* adulterata con cannabinoidi sintetici, circostanza spesso non nota ai consumatori, in particolare foglie e infiorescenze e resina a basso tenore di THC – è probabile che i criminali stiano adulterando i prodotti a base di *cannabis* per massimizzare i profitti, in quanto la canapa industriale a basso tenore di THC è economica ed è di aspetto simile alla *cannabis* in foglie e infiorescenze illecita, il che rende facile ingannare i rivenditori e i consumatori, mentre solo una piccola quantità di cannabinoidi sintetici in polvere è necessaria per provocare forti effetti simili a quelli della *cannabis*.

L'Istat riferisce, nel recente Report sull'economia non osservata concernente il 2021¹², che, dopo la pandemia Covid, la ripresa delle attività illegali nel 2021 – ricordo che a partire dal 2014 le attività illegali sono considerate ai fini del Prodotto Interno Lordo – è stata determinata per larga parte dalla dinamica del traffico di stupefacenti: il va-

¹² Il Report è reperibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/files/2023/10/Report-ECONOMIA-NON-OSSERVATA-2021.pdf>.

lore aggiunto è salito a 13,7 miliardi di euro (+0,4 miliardi rispetto al 2020), mentre la spesa per consumi si è attestata a 15,5 miliardi di euro (+0,7 miliardi). Tale crescita è in linea con l'andamento del quadriennio precedente al 2020, in cui, per il traffico di stupefacenti, si era registrato un incremento medio annuo del 2,1% per il valore aggiunto e del 2,6% per i consumi finali, sostenuti soprattutto dalla dinamica dei prezzi.

Riguardo al dettaglio dei sequestri italiani, mi limito a riportare, dalla Relazione 2023 della Direzione centrale dei servizi antidroga del Ministero dell'interno¹³, che il 2022 segna un ulteriore *record* negli incrementi; dopo gli *exploit* del 2020 e del 2021, nei quali i volumi intercettati erano, rispettivamente, di 13,6 e 21,39 tonnellate, la cocaina intercettata nel 2022 è arrivata a 26,10 tonnellate, traguardo assoluto mai raggiunto in precedenza. L'incremento percentuale rispetto all'anno precedente, che già aveva segnato un considerevole aumento rispetto al 2020 (+57,29%), al 2019 (+64,26%) e al 2018 (+127,76%), è del 22,03%. L'andamento dei sequestri sembra in linea con questo *trend* in continua crescita. In termini di volumi sottratti al mercato illecito, si tratta di una crescita continua, che evidenzia una progressione esponenziale: dalle 3,63 tonnellate del 2018, si è passati alle 8,28 del 2019, alle 13,60 del 2020, alle 21,39 del 2021 e alle 26,10 del 2022. Si tratta, in sintesi, di cinque anni consecutivi di incrementi, che rappresentano un *trend* consolidato, indicativo di un fenomeno ormai ben delineato. Non sono però riportati *deficit* di approvvigionamento nei vari mercati.

Un altro dato meritevole di attenzione è quello riguardante i minori incriminati per reati in materia di sostanze stupefacenti. In controtendenza con il dato generale delle denunce all'Autorità Giudiziaria, che ha evidenziato una flessione rispetto all'anno precedente (-12,12%), il numero dei minori denunciati sale del 14,78% rispetto al 2021 e conferma un andamento che, in termini assoluti, registra una costante crescita negli ultimi tre anni: erano 926 nel 2020, 981 nel 2021 e sono 1.126 nel 2022. Tale incremento è più significativo tra i quattordicenni (+55,26%), anche se in tutte le fasce di età si annotano, senza eccezioni, aumenti percentuali apprezzabili. Cresce anche il numero dei mi-

¹³ La Relazione è reperibile all'indirizzo: <https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2023/10/Relazione-Annuale-2023-dati-2022.pdf>.

norì tratti in arresto, che rappresentano il 33,39% del totale dei denunciati (376 su 1.126). Il dato in esame, nella maggior parte dei casi, riguarda adolescenti maschi e di nazionalità italiana (77,26%), anche se i minori stranieri quasi raddoppiano nel numero rispetto a quelli dell'anno precedente (+46,29%): sono 256 rispetto ai 175 del 2021.

Secondo la citata Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia (2023), i dati relativi al 2022 evidenziano ancora una volta un aumento della percentuale dei giovani dai 15 ai 19 anni che consuma droghe – almeno una sostanza nell'ultimo anno –, percentuale che passa in un anno, e in modo preoccupante, dal 18,7% al 27,9%. Questo incremento si ritrova anche nella fascia di popolazione giovanile che dichiara di aver consumato sostanze illecite negli ultimi 30 giorni, che passa dal 10,9% al 18,3%. Osserva Alfredo Mantovano nella citata *Introduzione* che la spesa stimata dall'Istat da parte di tutti i consumatori per l'acquisto di sostanze stupefacenti è di 15,5 miliardi di euro, cioè una ricchezza enorme dilapidata, che si somma – in negativo – ai danni, spesso irreversibili, derivanti alle persone dall'uso delle sostanze, e ai rilevanti costi sociali e sanitari della cura e del recupero, oltre che della sottrazione all'adempimento di doveri elementari. Nota Mantovano che l'impatto complessivo sulla Nazione rischia di oltrepassare l'entità media di una legge di bilancio ed egli aggiunge, fra le voci che concorrono a integrare il costo sociale delle dipendenze, l'incremento dei sinistri stradali legati alla alterazione alla guida di un veicolo a causa dell'assunzione di droga. Non trovo però nella Relazione, e purtroppo per mia carenza non sono riuscito a trovare estesamente nemmeno altrove, quale sia la spesa per l'apparato di polizia preventiva, repressiva, e giudiziario e penitenziario, di cui qualcosa dirò poco più avanti. A un mio specifico quesito in merito, la Direzione per le politiche antidroga ha sollecitamente e cortesemente risposto, ma in modo inesaustivo.

3. Un ulteriore elemento di complessità: carcere e tossicodipendenza

Per economia espositiva tralascio molti altri dati significativi quanto al successo delle droghe, e passo a certe risultanze che in questo Con-

vegno possono interessare peculiarmente, concernenti la situazione carceraria – brevemente, poiché rinvio alle altre relazioni e interventi di questo Convegno. Dal Libro bianco sulle droghe 2023 e da quello del 2022 emergerebbe che¹⁴: oltre il 40% di chi entra in carcere usa sostanze illecite (*record* negli ultimi 17 anni); oltre un quarto dei detenuti entra in carcere per detenzione di stupefacenti illeciti; il 34% dei detenuti è ristretto in forza della legge sugli stupefacenti, quasi il doppio della media europea (che si attesta al 18%). Ovviamente, se per ipotesi pur irrealista non vi fossero detenuti condannati *ex art.* 73 del d.P.R. n. 309 del 1990, né detenuti tossicodipendenti, non vi sarebbe l'enorme, obiettivamente inaccettabile, sovraffollamento delle carceri italiane¹⁵. Ricordo che la menzionata strategia europea assegna priorità al problema-detenuti, considera che tutti gli Stati membri utilizzano almeno una delle alternative alle sanzioni coercitive, indica che per i criminali che fanno uso di droghe e per le persone arrestate, accusate di aver commesso reati connessi alla droga o condannate per tali reati o per le persone trovate in possesso di droga per uso personale si dovrebbero portare avanti l'intensificazione degli sforzi e la razionalizzazione dell'attuazione di misure efficaci, misure alternative alle misure coercitive. Essa prevede che si risponda alle esigenze sanitarie e sociali delle persone che fanno uso di droghe in ambito carcerario e, dopo la scarcerazione, si garantisca l'equivalenza e la continuità delle prestazioni di assistenza sanitaria nell'ambito carcerario e dei servizi di messa alla prova, si attuino misure basate su dati probanti in ambito carcerario per prevenire e ridurre il consumo di stupefacenti e le sue conseguenze sulla salute, comprese misure per affrontare il rischio dei decessi connessi alla droga e il contagio di *virus* trasmissibili per via ematica, si forniscano servizi per la prevenzione di *overdose* e l'orientamento per garantire la continuità dell'assistenza dopo la scarcerazione, e si limiti la disponibilità di stupefacenti nelle carceri.

¹⁴ I due testi sono reperibili rispettivamente agli indirizzi <https://aliautonomie.it/wp-content/uploads/2023/07/librobiancodroghe-2023.pdf> e <https://www.fuoriluogo.it/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=36206>.

¹⁵ V. anche *Prison and drugs in Europe*, 2021, pubblicato dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* e consultabile all'indirizzo: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3064/tdxd21001enn.pdf>.

Secondo il rapporto OISED (*Osservatorio sull'impatto socio-economico delle dipendenze*) sull'impatto socio-sanitario ed economico delle dipendenze in Italia¹⁶, il costo complessivo per l'assistenza dei soggetti con dipendenze patologiche, nel 2021, rinveniente dalla voce del modello LA (Livelli di Assistenza) elaborati dal Ministero della Salute (Assistenza alle persone con dipendenze patologiche), è pari a € 2.261.000.082, di cui € 1.512.430.926 (ossia il 66,9%) per la presa in carico da parte dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.), costo quest'ultimo in aumento del +6,0% rispetto al 2019, anno in cui ammontava a € 1.427.264.844. Un tossicodipendente ha un costo (diretto) per il sistema Paese pari a circa tre volte quello di un soggetto con dipendenza da alcol. Commisurando il dato alla popolazione, il rapporto tra i due fenomeni sale a oltre cinque: si passa da € 21,6 pro-capite per la dipendenza da alcol a € 118,4 per quella da stupefacenti. Il modello stima che si possano mettere in atto azioni finalizzate a contenere gli esiti del fenomeno, che comporterebbero ingenti risparmi per il Paese: per ogni euro investito in termini di presa in carico socio-sanitaria (farmaci, incremento visite, ecc.) si stima potrebbero esserne risparmiati quattro. Analogamente si stimano risparmi molto rilevanti ottenibili con gli effetti di una riduzione delle tempistiche dei processi penali e/o l'inserimento in strutture riabilitative (alternative alla detenzione): potrebbero consentire un risparmio pari a € 59 milioni per ogni punto percentuale di riduzione dei casi ritenuti a rischio. Il modello predisposto dall'OISED porta a stimare che, in Italia, con riferimento al 2022, il costo attribuibile alle dipendenze da stupefacenti sarebbe pari a € 7,0 miliardi. Considerando che il valore economico degli stupefacenti consumati è stimato in € 15,5 miliardi, l'impatto economico del fenomeno raggiunge € 22,5 miliardi. In particolare, sarebbero attribuibili agli esiti delle dipendenze (patologie droga-correlate, decessi e assistenza ospedaliera) € 4,03 miliardi (58%); i costi della componente detta sociale (ordine pubblico, illeciti amministrativi e/o reati, e detenzione), ammonterebbero a € 1,54 miliardi (22%) e quelli relativi alla presa in carico da parte dei Ser.D. e del privato sociale ai restanti € 1,41 miliardi (20%). Nello specifico, i costi

¹⁶ Il rapporto è liberamente consultabile all'indirizzo: https://oised.it/wp-content/uploads/2023/10/Rapporto_OISED_2023-1.pdf.

relativi a detti esiti sono quasi per la totalità attribuibili alla gestione delle patologie droga-correlate (HIV, HCV, ecc.), con un minimo residuo relativo ai decessi e agli accessi alle strutture ospedaliere (pronto soccorso e ricoveri), pari a € 53,8 milioni (+10,1% rispetto al 2019). Tra i costi sociali, la voce maggiore è rappresentata dalla detenzione, che rappresenta il 67,9% del costo (€ 1,04 miliardi), seguita da quella associata alla gestione degli illeciti amministrativi e/o reati. Dei costi di presa in carico di tale tipologia di utenti, € 1,4 miliardi (57,0% del totale dei costi dei servizi pubblici e del privato sociale per le dipendenze), il 34,6% è per il trattamento presso i servizi del privato sociale (comunità terapeutiche, ecc.), il restante 65,4% per il trattamento presso i Ser.D.; di quest'ultimo costo, il 67,0% è relativo al personale, il 5,2% ai farmaci, e il 7,8% agli esami per l'accertamento sostanze di abuso. Le risorse e l'offerta di assistenza parrebbero in diminuzione. Diminuiscono i Ser.D., c'è minor ricorso alle strutture e diminuisce il personale impiegato.

4. Il problema della lotta alla droga nel panorama internazionale

Conclusa così anche l'esposizione di dati, noto che oggi il fallimento della lotta alla droga è opinione comune. Ma non perciò è dimostrato, né altrimenti, che la droga causi molte più vittime quando è illegale, mentre non mi pare ancora emergere che complessivamente le sperimentazioni della legalizzazione parziale vantino sicuri e grandi successi. Le tendenze antiproibizioniste si scontrano inoltre con le convenzioni internazionali e la normativa europea che prevedono obblighi di penalizzazione, in un quadro in cui da parte dell'Occidente si manifestano pur caute aperture – quantomeno, appunto, a sperimentazioni di depenalizzazione e legalizzazione, nonché a moderare le pene, a ridurre il danno, a favorire un approccio al problema di carattere socio-sanitario più che securitario.

Forti richieste di cambiamento vengono anche dalla recente Conferenza latino-americana e caraibica¹⁷. In un messaggio del 19 ottobre 2023 il Commissario delle Nazioni per i Diritti Umani Volker Türk, riprendendo il Rapporto del 2023 sulle sfide in materia di diritti umani poste dalla lotta alla droga¹⁸, ha ribadito, oltre che il fallimento della lotta proibizionista alla droga, l'inaccettabilità delle gravissime violazioni dei diritti umani che estesamente nel modo sono comportate da tale lotta, nonché l'idea che trattare le persone che usano droga come criminali non è una soluzione del problema¹⁹. Ha ricordato la necessità di combattere, invece, i fattori socioeconomici che incrementano il rischio dell'uso di droghe, e il commercio di droghe, eliminando le disuguaglianze sociali, promuovendo la giustizia sociale e il rispetto dei diritti umani.

Ma da parte orientale – ci si riferisce alla Cina, alla Russia e ad altri Paesi asiatici e africani – vi è una piuttosto ferrea rigidità proibizionista. Sarebbe da capire quanto meno, in base ai risultati, se certi Stati dotati di forti regimi di polizia possano vantare successi della loro opzione proibizionista. Leggo però che in Cina, grazie alle campagne di sensibilizzazione sull'uso delle droghe, in particolare a quella denominata *Care for Drug Users*, il numero dei tossicodipendenti sarebbe in continua diminuzione da cinque anni, il che risulterebbe dall'analisi delle acque reflue di grandi città²⁰. In Cina, quindi, le misure positive funzionerebbero.

Giuridicamente, peraltro, allo stato siamo quasi prigionieri del proibizionismo, legati da catene forti e corte a partire dal diritto internazionale²¹. Ai fini di una dinamica politica non-proibizionista, bisognerebbe

¹⁷ Sugli esiti della Conferenza, v. https://www.aduc.it/articolo/ripensare+guerra+alla+droga+conferenza_36591.php.

¹⁸ Il Report è consultabile all'indirizzo: <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc5453-human-rights-challenges-addressing-and-counteracting-all-aspects>.

¹⁹ Il discorso del commissario Türk è riportato all'indirizzo: <https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/drugs-turk-calls-human-rights-based-policy-not-repression>.

²⁰ Cfr. *Relazione Annuale D.C.S.A.*, 190, consultabile all'indirizzo: <https://antidroga.interno.gov.it/temi/report/relazioni-annuali-dcsa/>.

²¹ M.I. BIANCO, *La normativa italiana in tema di stupefacenti al banco di prova del modello proibizionista sovranazionale. Tra necessaria dissuasività delle pene, rispetto*

uscire dai trattati, e semmai rientrarvi con riserve. Nondimeno sarebbe utile una politica che in fatto destinasse meno risorse alla prevenzione repressiva, spostandole sulla prevenzione positiva.

Tuttavia, a fronte del fallimento della politica strettamente penale, resta molto più critica la situazione della politica non penale, della prevenzione non penale, in tutto il mondo²². Nel corso degli anni le risorse italiane destinate al sistema di prevenzione, cura e riabilitazione si sono progressivamente ridotte, rispetto agli ampi interventi inizialmente previsti dalla l. 18 febbraio 1999, n. 45.

5. La prevenzione come criterio orientativo delle future scelte di politica-criminale

Nei documenti ufficiali i buoni orientamenti e i buoni propositi si sprecano. Nel “Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025” del Ministero della salute si legge che l’impegno istituzionale deve essere orientato a promuovere programmi di intervento in grado di ridurre i fattori di rischio e di potenziare i fattori protettivi e che il compito non può essere delegato esclusivamente al sistema socio-sanitario (Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti Dipendenze)²³. È fondamentale il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale per garantire un sistema di intervento complessivo che metta in sinergia tutte le risorse (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) necessarie, affidando ai Dipartimenti di Prevenzione, in collaborazione con quelli delle Dipendenze, un ruolo importante nel governo delle di-

del principio di proporzionalità e recupero del tossicodipendente, in *Quest. Giust.* (26 maggio 2023).

²² In argomento, v. il Rapporto *Aid for the War on Drugs – 2023* del *Harm Reduction International*, consultabile all’indirizzo: https://hri.global/wp-content/uploads/2023/09/HRI_Aid-for-the-War-on-Drugs_Final-1.pdf.

²³ Cfr. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, 47, consultabile all’indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf; v. anche il *Piano di Azione Nazionale Dipendenze* del Dipartimento per le politiche antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, reperibile all’indirizzo: https://www.pand-dpa.it/wp-content/uploads/2022/11/PAND___booklet_A4_digital.pdf.

verse strategie e attività preventive, valorizzando il patrimonio di esperienze maturate negli anni e il ruolo di tutti i soggetti in campo. Sono, a questo fine, necessari momenti di formazione sia a livello nazionale sia a livello locale, rivolti sia ai referenti istituzionali sia ai professionisti che lavorano sul campo, per adottare strategie di prevenzione comuni e condividerne modelli e linguaggi. All'interno di una strategia intersettoriale è necessario realizzare interventi basati su evidenze di efficacia, adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore. Considerando l'eterogeneità dei fattori di rischio, è essenziale definire strategie integrate, che possano da una parte potenziare le abilità di vita (*life-skills*) dell'individuo, dall'altra intervenire sull'ambiente di vita. La partecipazione delle risorse presenti nella popolazione di riferimento può favorire una maggiore responsabilizzazione di giovani e adulti per la tutela della propria salute. La Famiglia e la Comunità rappresentano in questo senso gli interlocutori privilegiati per azioni che consentano di valorizzare le funzioni educative e relazionali cruciali per lo sviluppo di adeguate competenze di salute. La Scuola e i luoghi dell'aggregazione giovanile rappresentano contesti fondamentali nei percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, anche attraverso il confronto fra pari e l'interazione con adulti di riferimento. In particolare, la Scuola, per il suo ruolo istituzionale e formativo, per la sua funzione educativa universale e per la presenza capillare sul territorio, è centrale dell'azione preventiva e un contesto di relazione in grado di individuare e prendersi cura di situazioni di rischio specifico. È inoltre necessario allargare l'intervento ad altri contesti di vita (luoghi di lavoro, di aggregazione informale e divertimento, ecc.), dove è possibile intercettare gruppi vulnerabili di popolazione. Occorre affiancare agli interventi di prevenzione la presa in carico multidisciplinare, nonché gli interventi di riduzione del danno che, pur adottati da oltre vent'anni, presentano forti disomogeneità tra le Regioni, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso a servizi e prestazioni. Ciò impone di definire e mettere a sistema – in accordo con le evidenze e con le linee guida elaborate a livello UE – un programma organico di interventi che consenta di superare frammentazione e discontinuità territoriale.

Fin qui i progetti sulla carta. Del resto, ormai si fanno piani a lungo termine, fino al 2030, sul mero monitoraggio del “pianeta-droga” in Europa²⁴. Ma, quanta informazione di prevenzione in tema di stupefacenti vi è capitato di vedere negli ultimi sei mesi per la strada e sui vari media che avete frequentato? Eppure, nella Relazione annuale al Parlamento 2020²⁵, di particolare interesse è la notizia che gli studenti che hanno avuto la possibilità di utilizzare *cannabis* e hanno deciso di non assumerla sono in quota maggiore tra coloro che hanno svolto attività di prevenzione specifica all’uso di sostanze rispetto a chi non vi ha partecipato (46,7% vs 37,5%). Inoltre, tra gli studenti che non hanno partecipato ad attività di prevenzione specifiche sul consumo di sostanze psicoattive, le percentuali di chi non sa esprimere un’opinione relativamente al grado di rischio associato all’uso delle sostanze risultano mediamente doppie rispetto a chi ha riferito di avervi partecipato. Il dato è significativo sull’utilità dell’informazione, anche se potrebbe risultare sconcertante qualora presupponesse che la quota degli studenti attinti dall’opera di prevenzione e quella degli studenti non attinti siano paragonabili. Comunque, dimostra che sul fronte delle misure positive i risultati si possono ottenere e possono essercene di più.

Perciò, riassumendo conclusivamente in breve, ribadisco che mi parrebbe provatamente utile privilegiare le campagne di prevenzione positiva contro l’uso di droga, piuttosto che intestardirsi con le campagne di lotta repressiva.

²⁴ V. la relazione su *Il futuro del monitoraggio delle droghe in Europa fino al 2030*, dell’Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, reperibile all’indirizzo: https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/future-drug-monitoring-europe-until-2030_en.

²⁵ Cfr. *Relazione annuale al Parlamento 2020*, parte V, cap. 9, 318 ss., consultabile all’indirizzo: <https://www.iss.it/documents/20126/0/relazione-annuale-al-parlamento-2020-dati-2019.pdf/c5dd54ae-5e24-381d-7367-4ac427c2fc4b?t=1611903571308>.

LE DROGHE E LO SPIRITO DEL TEMPO

Isabella Merzagora

SOMMARIO: 1. *La designazione culturale*. 2. *Il pharmakos*. 3. *Il pharmakon*. 4. *Cuius regio eius substantia*. 5. *Ammansire le droghe*. 6. *Tempora mutantur et nos mutamur in illis*. 7. *Le magnifiche sorti e progressive*.

1. La designazione culturale

La demonizzazione o l'assoluzione delle droghe dipendono in massima parte dalla definizione sociale. Già il termine "droga", nella sua vaghezza e versatilità semantica lo dimostra. Il vocabolo, che è ricusato dalla maggior parte degli studiosi, è entrato nell'uso comune per indicare una sostanza capace di provocare modificazioni dannose sull'equilibrio psico-fisico di chi le assume, ma anche per rinviare all'idea di una sostanza proibita o almeno sottoposta a particolare controllo, e in più relativamente estranea alla nostra cultura. Insomma, anche il problema terminologico è pressoché irrisolvibile perché il punto non è quello degli effetti farmacologici, che possiamo ritrovare nel cacao come nel veleno per topi, e nemmeno degli effetti comportamentali che – come si vedrà – caratterizzano sostanze che pure sono state permesse e, viceversa, sono assenti in altre che sono state talora vietate; il punto è, piuttosto, quello della designazione culturale o, se volete, simbolica dell'una o dell'altra sostanza.

Se si parla di droga si pensa a eroina, cocaina, *cannabis*, metamfetamine, e non ad alcool, caffè, psicofarmaci, benché sicuramente tutte le sostanze citate abbiano effetti sulla psiche e, talora, effetti comportamentali e persino ricadute criminali.

Vi sono sostanze che inducono una modificazione dello stato psichico e un particolare legame, tale per cui il consumatore tende a ripeterne l'assunzione, ma il cui uso non è proibito anzi talvolta favorito dalla cultura stessa: il pensiero corre subito all'alcool e all'abitudine di as-

sumerlo come necessario complemento alle occasioni di incontro e di festeggiamento. Si pensi agli stereotipi che lo collegano con la “virilità” (o, meglio, con il *machismo*), si pensi addirittura che il vino ha una parte nel rito più importante della religione cattolica. Eppure, anche l’uso, o meglio l’abuso, di sostanze psicoattive lecite – alcool e tabacco – comporta costi sociali molto alti, e a esso non sono estranei i rapporti con la criminalità, come nel caso della nota e documentata connessione fra alcool e delinquenza colposa da sinistro automobilistico, o fra alcool e violenza intrafamiliare, e persino in quello del rapporto fra abuso di psicofarmaci e criminalità, di cui pure vi sono esempi¹.

Non solo, ma la distinzione fra “droghe buone”, non solo lecite ma anche con impiego terapeutico, e “droghe cattive”, illecite e che si presume consumate solo per motivi edonistici, è in gran parte dovuta a ragioni politiche, economiche, culturali: così per l’uso terapeutico fatto per lungo tempo – e, appunto, prima della stigmatizzazione come “droghe cattive” – dell’oppio, della morfina, dell’eroina; quest’ultima al suo esordio pubblicizzata addirittura come l’alternativa alla morfina che non avrebbe creato dipendenza.

Insomma, culture diverse hanno fatto sì che si differenziasse di fatto anche l’uso di sostanze con caratteristiche non sempre del tutto diverse e, per converso, che si assimilassero nella comune riprovazione sostanze con effetti non puntualmente sovrapponibili.

L’uso di sostanze a vario titolo psicoattive viene fatto risalire dagli antropologi al Neolitico, ma già occorre l’avvertenza che riguarda il rifiuto di un atteggiamento pessimistico e rinunciatario. La dimostrazione che “tanto le droghe ci sono sempre state” non comporta necessariamente la resa nel combatterne l’uso. Gli omicidi, le guerre, le ingiustizie ci sono sempre stati, e questo non ci esime dal combatterli, sicché non si farà leva sull’argomento “fatalistico”, che solitamente comporta il non volersi impegnare.

Ciò premesso, gli indizi (dimostrazioni?) di una dipendenza *anche* culturale nella decisione se censurare o magari proibire o viceversa promuovere una sostanza sono molti.

¹ In argomento, v. F. MAROZZI, I. MEZAGORA, *Due casi di sovradosaggio di triazolam seguiti da amnesia e discontrollo comportamentale*, in *Riv. it. med. leg.*, 1991.

2. *Il pharmakos*

Molte, forse tutte, le sostanze che oggi consideriamo e definiamo “voluttuarie” al loro esordio nella storia dell’uomo sono state usate piuttosto a scopo rituale o magico, facendo leva sui particolari effetti non solo sul cervello bensì anche sulla mente:

È evidente che l’alterazione del sistema sensoriale determinato da molte piante psicoattive, con le allucinazioni che ne derivano, consentiva una migliore comunicazione o un atteggiamento particolarmente efficace sul piano religioso, nel rapporto fra l’uomo ed il soprannaturale².

E allora non solo l’uso non era interdetto, anzi. Insomma: il fine giustifica i mezzi.

Quest’uso era, peraltro, regolamentato, anche minutamente, e riservato ai sacerdoti, agli sciamani, o, se praticato dall’intera tribù, lo era solo in occasioni particolari.

L’impiego rituale è quello più anticamente documentato, l’uso sacro del “soma” è attestato presso gli Ari dal 2500 a.C. al 1000 circa. Negli scritti religiosi, conservati, di quei popoli si contano centoventi inni dedicati alla pianta-dio “soma”, e che fosse una sostanza psicoattiva non possono esserci dubbi:

La bevanda mi trascina come un vento di tempesta.
Ho dunque
Bevuto del soma?
[...]
Ho superato in grandezza il cielo e la terra.
Ho dunque
Bevuto del soma?
[...]
Io, immenso, mi innalzo fino alle nubi.
Ho dunque
Bevuto del soma?³

² F. MAROZZI, F. MARI, E. BERTOL, *Le piante magiche – Viaggio nel fantastico mondo delle droghe vegetali*, Firenze, 1996.

³ U. LEONAZIO, *Il volo magico – Storia generale delle droghe*, Torino, 1997.

Peccato che non si sappia esattamente cosa fosse questo “soma”, che alcuni autori identificano nell’*amanita muscaria* (il che ci fa immaginare un uso non privo di rischi)⁴, fino a tempi recenti assunto dagli sciamani delle tribù siberiane⁵. Come accadrà per quasi tutte le sostanze nate per scopi di culto, l’utilizzo si svilirà poi in quello voluttuario, e ancor oggi si riporta l’uso di funghi allucinogeni da parte di studenti nel Nord Europa.

Anche per il *peyote* vi fu il passaggio dall’impiego rituale a quello voluttuario, attraverso il termine medio della ricerca scientifica che lo fece conoscere in Occidente. Ma proprio Wasson, lo studioso che ne divulgò le proprietà, mette in guardia:

Io ho spesso preso i sacri funghi, ma mai per lo ‘sballo’ o per motivi ricreativi. Sapendo, come ho saputo fin dall’inizio, dell’alta stima in cui sono tenuti da chi ci crede, non vorrei – non potrei – profanarli. In seguito al mio articolo su *Life*, una folla di gente alla ricerca di sballi discese su Huautla de Jiménez: *hippies*, cosiddetti psichiatri, sballati, perfino guide turistiche con docili greggi...⁶.

Ancora per ciò che riguarda il continente americano, anche del tabacco si riporta un uso rituale, con l’avvertenza che la nicotina è contenuta nelle specie indigene in una concentrazione molto più elevata di quel che non sia nel normale tabacco da sigaretta. Anzi, l’indebolimento della nicotina fu cercato dalle compagnie del tabacco per promuoverne l’attuale uso voluttuario e ripetuto: è interessante rilevare che, viceversa, più di recente, le compagnie americane del tabacco, chiamate in causa –letteralmente – per risarcire alcune delle tante vittime del fumo, hanno confessato di aver progressivamente aumentato il contenuto di nicotina delle sigarette per meglio ‘uncinare’ i consumatori.

Sempre a partire dall’America, e sempre per dimostrare il passaggio da un tradizionale uso sacro o comunque riservato a un impiego voluttuario, può farsi l’esempio della coca: tra gli Incas ebbe sempre funzio-

⁴ R.G. WASSON, *Soma: Divine Mushroom of Immortality*, New York, 1971.

⁵ F. MAROZZI, F. MARI, E. BERTOL, *op. cit.*

⁶ R.G. WASSON, *The Wondrous Mushroom: Mycolatry in Mesoamerica*, New York, 1980.

ni mediche e religiose, l'uso era disciplinato da regole precise, coloro che ne abusavano erano strangolati o scotennati⁷.

Con la coca ci stiamo avvicinando a sostanze a noi più note, fra le quali sicuramente sta la *cannabis*, di cui il buddismo celebra le virtù per la meditazione ed Erodoto descrive l'uso rituale che ne facevano gli Sciti. L'impiego rituale dell'oppio a Creta – e siamo nel XV secolo a.C. – ci è documentato dalle ricerche di Kerényi, che ne sottolinea le connessioni con lo “spirito” di questa civiltà⁸, e dagli scavi dell'archeologo greco Marinatos, che portò alla luce una deliziosa statua della *Dea del sonno*, incoronata da capsule di papavero, ritrovata in un locale sotterraneo a pianta circolare, senza aperture, con resti di una piccola stufa a carbone e con residui semi combusti di strumenti che gli hanno fatto ipotizzare che i sacerdoti cretesi consumassero ivi oppio a fini sacrali⁹.

Fra i riti più importanti della nostra progenitrice civiltà greca vi furono i Misteri Eleusini: per duemila anni, dal 1500 a.C. al 500 d.C., ogni settembre, nella pianura eleusina, vicino ad Atene, folle immense si riunivano per celebrare Demetra, con una serie di rituali definiti “misteri”, cioè riti di iniziazione, cerimoniali che mettono in comunicazione diretta con il sacro. Il fine era quello di raggiungere uno stato di *trance*, e ciò avveniva attraverso una bevanda, il *kykeon*, fatta di acqua, menta e farina forse infettata dalla segale cornuta o forse addizionata con un fungo allucinogeno. Effettivamente, con tutta la buona volontà di autosuggestione, acqua e menta da sole non procurano stati di *trance*, men che meno collettivi – provare per credere –, e piuttosto c'è da chiedersi come è stato possibile che, per un così ampio arco di tempo, queste vaste “Woodstock *ante litteram*” non abbiano dato luogo a crimini, disordini, incidenti di vaste proporzioni; forse

ad Eleusi, come presso gli Indiani del Messico meridionale, la preparazione e le cerimonie preliminari sono ottimizzate dalla guida rispettivamente dei sacerdoti e degli sciamani che provvedevano e provvedono

⁷ I. MERZAGORA BETSOS, *Cocaina – La sostanza, i consumatori, gli effetti*, Milano, 1997.

⁸ T. MCKENNA, *Il nutrimento degli Dei – Piante psicoattive ed evoluzione umana*, Milano, 1995.

⁹ M. SEEFELDER, *Oppio – Storia di una droga dagli Egizi a oggi*, Milano, 1990.

tutt'oggi a regolare e controllare l'uso della bevanda sacra in modo tale che essa abbia un effetto sensato, saggio e ricco di benefici¹⁰.

Ma la sostanza per noi più importante è certamente il vino, di cui un riferimento del 2350 a. C. ne testimonia l'uso riservato alle classi elevate in Mesopotamia; anche in Egitto e poi a Roma, inizialmente, era bevanda pressoché esclusiva delle classi agiate e assolutamente interdetto alle donne¹¹. Al vino non mancano numerosi riferimenti biblici ed evangelici, positivi o negativi solitamente in dipendenza della quantità assunta: così se ne celebrano lodi nel *Cantico dei Cantici*, ma si riportano anche le disavventure a cui andarono incontro Noè e Lot; ed è a tutt'oggi consumato (anche) per ragioni di culto, come ben si sa nel rito della Messa.

Questi sono solo alcuni degli esempi possibili, e finora non si è parlato di crimini indotti dall'uso di sostanze, né si ritrovano testimonianze di essi, in parte forse anche perché chissà quanti sono i documenti perduti relativi all'antichità, ma soprattutto perché la destinazione particolare e la regolamentazione comportavano che la droga non costituisse un problema, «meno che mai sociale»¹².

3. *Il pharmakon*

Un altro impiego delle sostanze psicoattive tipico soprattutto delle epoche più antiche, ma già successivo e in parte sopravvissuto fino all'oggi è quello terapeutico.

In realtà, anche l'uso terapeutico è 'uso sacro', almeno fintanto che le distinzioni fra religione, magia e medicina rimangono piuttosto vaghe. Da Ippocrate, però, le cose cambiano, e si abbandona la concezione del male come qualcosa che può essere trasferito su di una persona o su di un animale che poi viene sacrificato e distrutto, il capro espiato-

¹⁰ F. MAROZZI, F. MARI, E. BERTOL, *op. cit.*

¹¹ P.M. FURLAN, R.L. PICCI, *Alcol Alcolici Alcolismo*, Torino, 1990.

¹² L. DE CATALDO NEUBURGER (a cura di), *Il sistema droga. La costruzione sociale della tossicodipendenza*, Padova, 1993.

rio (*pharmakos*), e la cura sarà invece ricercata in una sostanza: il *pharmakon*.

Come è accaduto per l'impiego rituale, anche per quello terapeutico sono in gioco pressoché tutte le droghe di cui poi si vedrà fare un uso voluttuario, forse perché non è sempre facile distinguere, e anche quando l'uso può a prima vista apparire ricreativo serve magari per curare la "malattia del vivere".

Un'altra costante della storia è ritrovare, in un primo momento, grandi entusiasmi terapeutici affidati a una sostanza e, poi, altrettante demonizzazioni: da panacee a panpatogeni, direbbe Szasz.

Per esempio, «enumerare le malattie in cui la coca e la cocaina hanno arrecato giovamento sarebbe come formulare l'elenco di quasi tutte le piaghe cui soggiace la carne», leggiamo in un opuscolo del 1885 della Parke, Davis & Company, una delle case farmaceutiche che commerciavano la cocaina (la fonte, lo si ammette, non risulta al di sopra di ogni sospetto), ma, più tardi, si assiste a un completo viraggio: dalla letteratura scientifica odierna, infatti, si apprende che la cocaina sembra essere casomai responsabile di tutte le piaghe cui soggiace la carne¹³.

Il vino fu usato per scopi medicinali già da Ippocrate, per curare ferite, come ricostituente, antifebbrile, purgante, diuretico; Plinio scrive che «nelle malattie cardiache giova applicare sulla mammella sinistra una spugna imbevuta di vino puro»¹⁴; Arnaldo di Villanova, nel Trecento, vantava le doti dell'acquavite, *acqua di vita*, appunto, «perché è veramente un'acqua d'immortalità. Essa prolunga i giorni, dissipa gli umori dannosi, ravviva il cuore e mantiene la giovinezza»¹⁵.

Ma la sostanza che certamente e meritatamente si guadagnò la più chiara fama terapeutica fu l'oppio, tanto che sarebbe lungo e tedioso ripercorrerne in questa chiave la storia, che va dal papiro di Ebers, databile al 1700 a.C., all'Odissea, nell'episodio dei Lotofagi, al *Corpus Hippocraticum*, a Galeno, Dioscoride, Plinio, Avicenna (che ne morì). L'oppio superò la primitiva opposizione del Cristianesimo e venne citato da Origene, Basilio, Ambrogio, dalla Scuola di Salerno, e poi da Pa-

¹³ I. MERZAGORA BETSOS, *op. cit.*

¹⁴ P.M. FURLAN, R.L. PICCI, *op. cit.*

¹⁵ P.M. FURLAN, R.L. PICCI, *op. cit.*

racelso, che chiama l'oppio 'pietra dell'immortalità'¹⁶. Nel "Dizionario popolare di medicina usuale" del 1891 si afferma senza mezzi termini che «in effetti, è utilizzato da solo, o associato ad altri farmaci, in quasi tutte le malattie che possono colpire l'uomo»¹⁷.

Quel che è degno di riflessione è che, nel corso dei secoli, le diverse droghe, da elementi in grado di offrire cura, siano divenute qualcosa da cui essere curate, e il medico si sia trasformato in colui il quale deve semmai impedire la (auto)somministrazione. Ancora una volta, non per una radicale differenza delle proprietà farmacologiche, o non solo per quella, benché certo oppio ed eroina non possano essere parificati, ma, argomentano alcuni, perché lo stesso concetto di 'dipendenza' (*addiction*) non sarebbe qualcosa di esistente in sé, bensì una costruzione sociale¹⁸.

In ogni caso, anche per l'antico impiego terapeutico, come per quello rituale, e probabilmente per gli stessi motivi, non si conoscono riflessi criminali di significativa portata, né proibizioni legali nel senso che impiegheremmo oggi.

4. Cuius regio eius substantia

Per il vero, ci sarebbe un argomento decisivo a dimostrazione del valore culturale, prima che farmacologico, del ricorso alle diverse sostanze psicoattive: il fatto che ogni differente cultura "sceglie" la propria droga, e ciò indipendentemente da ragioni geografiche e botaniche. La vite cresce anche in molti Paesi di religione musulmana, anzi, origina proprio in Paesi in cui ora il consumo di vino è interdetto; viceversa, non sono certo motivi botanici che hanno ostacolato, almeno fino ad alcuni decenni fa, la diffusione della *marijuana* in Occidente, tant'è che ora si coltiva con successo economico anche in California. Insomma, 'cuius regio eius substantia', per parafrasare, ma una storia culturale

¹⁶ M. SEEFELDER, *op. cit.*

¹⁷ H. MARGARON, *Le stagioni degli dei – Storia medica e sociale delle droghe*, Milano, 2001.

¹⁸ S. COHEN, *Causes of cocaine outbreak*, in A.M. WASHOTON (a cura di), *Cocaine – A clinician's handbook*, New York-London, 1985.

delle droghe sarebbe un po' lunghetta e allora ci si limiterà a qualche esempio relativo invece a una sorta di derivato di questa legge, quello per cui, nella storia delle sostanze psicoattive, di volta in volta tutte sono state permesse e tutte sono state vietate. E già questo fornisce un motivo di sconcerto e un indizio dell'importanza simbolica e culturale, indizio che si irrobustisce considerando i due corollari: si proibisce pur non potendo dimostrare i danni, e non si ignorano i danni pur non proibendo.

Naturalmente non si vuol negare che vi siano sostanze farmacologicamente più attive di altre, e anche più dannose; il punto è che le proibizioni o il permissivismo non paiono affatto aver seguito questi criteri.

Pure il tabacco, che entusiasmò Caterina de' Medici quando nel 1560 Jean Nicot glielo portò per curarle l'emicrania, ebbe poi inizi stentati (anche prima dell'attuale crociata): tra i primi Spagnoli ad arrivare in America, Rodrigo de Jerez e Luis de la Torre subirono un processo inquisitoriale per l'abitudine al fumo perché «solo Satana può conferire all'uomo la facoltà di espellere il fumo dalla bocca»¹⁹; nel XVII secolo in Russia lo zar stabilì addirittura di far giustiziare, previa tortura «finché non riveli il nome del suo fornitore», chi veniva trovato in possesso di tabacco; nello stesso secolo il tabacco veniva proibito in Bavaria, Sassonia e a Zurigo, benché con scarsi successi²⁰.

Anche l'*hashish* ha avuto alterne vicende: fu proibito da Napoleone nel 1800 con motivazioni 'criminologiche' e con l'unico risultato di arricchire i contrabbandieri; un secolo più tardi, nel 1920, il Ministero dell'Agricoltura statunitense pubblicava un opuscolo che ne esortava la coltivazione perché redditizia²¹, e dal diario di George Washington si apprende che egli coltivava *cannabis* personalmente (non si dice però se la assumesse anche personalmente)²².

Più di recente, non si vuol dire che la *cannabis* sia proprio salutare ma certamente non si riesce a riconoscerla nel *dossier* di Anslinger che preparò il *Marijuana Tax Act*, il documento che proibì la sostanza in

¹⁹ A. ECOHOTADO, *Piccola storia delle droghe dall'antichità ai giorni nostri*, Roma, 1997.

²⁰ A. ECOHOTADO, *op. cit.*

²¹ L. DE CATALDO NEUBURGER, *op. cit.*

²² U. LEONZIO, *op. cit.*

USA, del 1937. «A malapena si riesce a immaginare il numero di assassini, suicidi, furti, rapine estorsioni e malefatte di demenza maniacale provocati ogni anno dalla *marijuana*»²³.

In generale, si stigmatizzano le sostanze lontane dalle proprie abitudini, il che ha motivazioni culturali, psicologiche (si teme ciò che non si conosce), ma qualche malizioso sostiene abbia anche causali “di bottega”. Secondo il *Comité Consultatif National d'Etique*, nominato dal governo francese nel 1994,

l'uso tradizionale di oppio da fumo, di cannabis, o di foglie di coca in alcune zone del mondo non era probabilmente più pericoloso di quanto lo fosse stato il consumo di alcool e tabacco in altre zone, ma sono principalmente i Paesi produttori di tabacco e di alcool che hanno organizzato il controllo internazionale delle droghe, così come esiste attualmente²⁴.

Altre epoche si sono mostrate più liberali e altre sostanze sono state più fortunate, come dimostra l'altro corollario, quello per cui talora non si ignorano i danni di una droga eppure non si proibisce.

Qui l'esempio è quello dell'oppio, di cui già dall'antichità si conosceva l'attitudine a procurare assuefazione. Nell'antica Roma un censimento del 312 d.C. accertava vi fossero quasi ottocento botteghe che vendevano oppio, eppure, i Romani conoscevano i rischi dell'assunzione e Galeno scriveva di Marco Aurelio che

sappiamo noi stessi che lo prendeva tutti i giorni per la sua immunizzazione nella quantità di un fagiolo egiziano, inghiottendolo senza aggiunta d'acqua o mescolandolo al vino o simili. Quando si rese conto che non era più all'altezza di seguire gli affari della sua giornata, decise di sospendere l'uso del succo di papavero. Questo fatto, a sua volta, ebbe come conseguenza che, a causa dell'abitudine precedente, per la maggior parte della notte rimaneva insonne (...). Per questa ragione si vide costretto a prendere di nuovo delle dosi di oppio²⁵.

²³ A. ECOHOTADO, *op. cit.*

²⁴ H. MARGARON, *op. cit.*

²⁵ M. SEEFELDER, *op. cit.*

Anche quella della ‘droga pallida’ è una storia spesso curiosa, fatta di equivoci e ritardi nella conoscenza, forse di pregiudizi, e rimane misterioso il perché tanti ostacoli si siano frapposti per anni alla morfina nella terapia del dolore dei malati terminali e in compenso si sia consentito che milioni di persone divenissero dipendenti dai barbiturici, con i ben noti problemi di forte astinenza e di rischi di sovradosaggi accidentali (o meno), oppure che si sia negata per decenni l’esistenza di una sindrome d’astinenza dalle benzodiazepine che pure alcuni studi avevano già descritto nel 1961²⁶.

Di nuovo la storia dei farmaci, di certi farmaci, e della droga si confondono, anche nell’alternanza fra compiacenze malriposte e proibizioni superflue, e ci si chiede che cosa esattamente li distingua, se non appunto l’etichetta. Anzi, la confezione.

5. *Ammansire le droghe*

Potrebbe essere sensato fare dei distinguo fra le droghe per antonomasia – quelle illecite, per intenderci – e le sostanze psicoattive lecite perché, almeno nelle culture simili alla nostra, di queste ultime, e dell’alcool in particolare, nei millenni si è appreso a fare anche un uso controllato e accorto, lo si è “addomesticato” come droga²⁷.

La storia del vino ha molti paralleli con quella delle altre droghe, a cominciare dall’alternanza di tolleranza e intolleranza. La cultura romana, persino quella dei più scomposti costumi imperiali, non apprezzava troppo che i cittadini “perdessero la trebisonda”, ma non poteva evitare qualche valvola di sfogo; da qui la celebrazione dei rituali baccici e la successiva decisione del console Postumio di proibirli appunto per la sfrenatezza e licenziosità, con episodi di repressione che, se dobbiamo credere allo storico, comportarono la morte, anche per crocefissione, di settemila persone²⁸.

²⁶ A. ECOHOTADO, *op. cit.*

²⁷ E. CALVANESE, I. MERZAGORA, *Alcool e sottostima della pericolosità, L’alcolologia verso il 2000*, Bari, 1993.

²⁸ PLINIO, *Historia naturalis*, XIV.

L'America settentrionale è stata ambivalente e talora incline alle esagerazioni: i coloni, nel XVII secolo, sostenevano i benefici della sostanza reputata "a good creature of God", al punto che gli astemi erano tenuti a versare una sorta di gabella, ma, com'è noto, proprio gli Stati Uniti sono stati teatro dell'esperimento proibizionista più improvvido e fallimentare, anche e soprattutto dal punto di vista criminogenetico, della nostra storia recente, il cosiddetto Proibizionismo statunitense, che neppure il suo promotore poté difendere. Il senatore Volstead, infatti, ispiratore della legge denominata *Volstead Act*, proclamava il giorno in cui fu promulgata la legge:

i quartieri umili presto apparterranno al passato. Le prigioni e i riformatori resteranno vuoti. Tutti gli uomini cammineranno di nuovo eretti, tutte le donne sorrideranno e tutti i bambini rideranno. Le porte dell'inferno si sono chiuse per sempre²⁹.

Tuttavia, poco più di dieci anni più tardi, nel 1933, la legge viene revocata e lo stesso Volstead ammette che essa aveva causato «ingiustizia, ipocrisia, criminalizzazione»³⁰.

Anche grazie al proibizionismo vi fu l'irrobustimento della criminalità, in particolare di alcune "famiglie" – l'italiana di Luciano e l'ebrea di Lansky –, e pure questo è un argomento che è stato usato come parallelo fra *quel* proibizionismo e il nostro attuale in materia di droga. È però da riportare una legge in certo qual modo uguale e contraria a quella precedentemente detta sul fatto che una proibizione genera di solito un consumo diverso, e magari più pericoloso: questa nuova legge criminologica è quella secondo cui, quando si liberalizza una sostanza, la criminalità si riconverte verso un nuovo traffico e infatti Luciano e Lansky, alla fine del proibizionismo dell'alcool che li aveva arricchiti, non si persero d'animo e decisero di dedicarsi alla morfina e alla cocaina.

Vengono definite 'culture permissive' quelle che hanno elaborato

precise norme relative al consumo di alcol e che nello stesso tempo ne regolano l'uso e ne censurano l'abuso. Si beve durante il pasto, le feste, le cerimonie, all'interno di certi rituali con norme alimentari e abitudini

²⁹ A. ECOHOTADO, *op. cit.*

³⁰ H. MARGARON, *op. cit.*

sociali che limitano le occasioni, gli orari, la quantità. All'atteggiamento favorevole verso l'uso regolarizzato e ritualizzato, fanno riscontro intolleranza e riprovazione sociale verso l'ubriachezza e i comportamenti devianti correlati al bere³¹.

Quest'ultimo modello è quello italiano, anzi «il modello di consumo mediterraneo»³², e da molte parti si sostiene che tale modello, fortemente ritualizzato e quindi regolamentato, riparerrebbe da non pochi guai. Il modello socioculturale italiano considera le bevande alcoliche come parte integrante della vita quotidiana, e non come qualcosa di proibito e da occultare: infatti,

secondo il 'modello socioculturale' è salutare bere in associazione al mangiare [...], piuttosto che lontano dai pasti. Esso favorisce pure un atteggiamento verso il bere che mette in rilievo le qualità positive, oltre che gli aspetti psicoattivi³³.

Si distingue anche un "bere non tossicomano" da un "bere tossicomano", il primo caratterizzato da una frequenza occasionale, o anche abituale ma con modalità proprie del contesto socio-culturale di appartenenza, e comunque con la capacità di moderarsi e astenersi; il secondo, invece, di chi usa l'alcool come "sucedaneo esistenziale o psicologico", non riesce a sottrarsi, che non controlla ma è controllato dal bere³⁴.

Come già si è potuto intuire dall'alternanza non sempre razionalmente motivata di divieti, delle sostanze voluttuarie si è sempre fatto un uso mediamente o immediatamente politico, il che significa pure un uso funzionale al sistema culturale e sociale in vigore.

Si può capire il motivo per cui si sia deciso di stigmatizzare maggiormente l'uso dell'eroina rispetto a quello, per esempio, del cacao, perché le proprietà farmacologiche e quindi gli effetti psichici e, poi,

³¹ P.M. FURLAN, R.L. PICCI, *op. cit.*

³² A.R. FAVERETTO, C. SARZOTTI, *Complessità e trasformazione nella costruzione sociale dell'immagine dell'alcool*, in A. ROLLI, A. COTTINO (a cura di), *Le culture dell'alcool*, Milano, 1992.

³³ A.M. COOPER, *Modelli del bere in Italia: un contributo per teorie e politiche*, in A. ROLLI, A. COTTINO (a cura di), *op. cit.*, 1992.

³⁴ P.M. FURLAN, R.L. PICCI, *op. cit.*, 1990.

comportamentali sono ben diversi. Ma questo non vale completamente e non vale per tutte le sostanze. L'esempio più eclatante è quello già ampiamente trattato dell'alcool *versus* le droghe, ma possiamo fare anche quello del tabacco, per il quale lo 'addomesticamento' ha seguito una via diversa, che mette ben in luce il ruolo che giocano gli interessi economici: quello di scegliere una varietà meno efficace affinché esso potesse essere consumato quotidianamente, in modo edonistico e non rituale. A parere di Schivelbusch, il tabacco così ammansito ha poi una funzione nella cultura borghese, in cui è il lavoro intellettuale ad avere importanza e questa funzionalità alla cultura – e in particolare ai ritmi di vita imposti dal mutamento produttivo – si coglierebbe anche nella progressiva “accelerazione” del consumo di tabacco, dalla pensosa e prolungata ritualità della pipa, al sigaro, alla più consumistica sigaretta.

Qualcosa di analogo accadde per la (parziale) sostituzione delle bevande alcoliche (birra, nel Nord Europa) con the, cacao, caffè. Ci è difficile immaginare una prima colazione senza caffè, eppure questo rito non conta più di due o tre secoli³⁵. Nelle proprietà del caffè risiede la sua maggior fortuna rispetto al cacao, che possiede bensì un alto valore nutritivo che lo poteva candidare come sostituto della mattutina zuppa di birra nel Nord Europa, ma non era altrettanto competitivo in termini di effetti stimolanti³⁶.

Sono naturalmente gli stimolanti a essere funzionali alla produzione, e analogie le troviamo anche nelle sorti della coca: il legame fra il consumo di coca e la cultura incaica – riti religiosi e sistema di potere – in un primo tempo mise in sospetto i *Conquistadores* nei confronti di questa pianta e il consumo fu proibito. In un secondo tempo, però, considerazioni di natura economica prevalsero sui primitivi 'preconcetti' di carattere ideale: gli Spagnoli si resero infatti conto che la masticazione delle foglie di coca consentiva agli indigeni, oramai resi manodopera schiavizzata, di resistere alla fame e alla fatica, e il consumo della sostanza fu così non solo permesso, ma addirittura incoraggiato, la mano d'opera indigena cominciò a essere pagata in foglie di coca e la coca

³⁵ W. SCHIVELBUSCH, *Storia dei generi voluttuari – Spezie, caffè, cioccolato, alcol e altre droghe*, Milano, 1999.

³⁶ W. SCHIVELBUSCH, *op. cit.*

stessa sottoposta a tassazione a beneficio degli Spagnoli, che ne assunsero il monopolio.

6. Tempora mutantur et nos mutamur in illis

Tempi diversi hanno prediletto droghe diverse e ciò accade anche nell'oggi, solo che ora l'accelerazione e il consumismo usa e getta persino delle ideologie e delle culture e i progressi della ricerca farmacologica hanno fatto sì che anche le "mode" in materia di droghe si consumino rapidamente, nell'arco di un decennio, o che all'esplosione di una 'tendenza' si sostituisca ben presto (ma parzialmente) un'altra e che più sostanze convivano, magari nelle abitudini di un solo soggetto, rendendo frequente il fenomeno della *poli-tossicodipendenza*, cioè dell'assunzione anche di diverse sostanze, comprese quelle 'legali', da parte di uno stesso individuo. Comunque, con qualche approssimazione, può farsi una cronologia della diffusione delle droghe negli ultimi decenni, e un collegamento fra la 'scelta' di una sostanza piuttosto che un'altra in dipendenza dello spirito del tempo.

Gli anni Sessanta furono gli anni degli *hippies*, della contestazione al "sistema" e alle sue regole, della trasgressione che si espresse anche con la scoperta di sostanze 'alternative' al tradizionale alcool, sostanze che, per quel decennio, furono soprattutto *marijuana* e *hashish* (e con quel che è successo poi, quei tempi suscitano quasi nostalgia), ma anche dei meno indulgenti allucinogeni di sintesi, come l'LSD.

Forse la droga da sola non basta a stroncare le rivoluzioni, ma certo non le promuove perché non promuove la dignità e la consapevolezza: «La droga è sempre un surrogato. E precisamente un surrogato della cultura», ebbe a dire Pasolini, così l'equivoco degli anni Sessanta naufragò nella reazione del decennio successivo.

Gli anni Settanta furono un periodo di "anni di Piombo" anche per quanto concerne la droga: il primo morto per eroina in Italia è, appunto, del 1972, a Milano. Naturalmente in ciò ebbe parte – rappresentandone causa ed effetto al tempo stesso – il mutamento delle organizzazioni criminali; sta di fatto che l'eroina fu anche la droga che contribuì al

‘riflusso’ politico di schiere di giovani che, un decennio prima, forse avrebbero potuto fare scelte di impegno.

Con l’apparizione delle droghe pesanti – essenzialmente oppiacei – si assiste ad un mutamento radicale della situazione: sparisce il progetto politico; predomina la dimensione utilitaria; la droga diventa fine a se stessa; lo scenario si parcellizza nel senso che la comunità viene sostituita da una moltitudine di piccoli gruppi e di individui isolati la cui principale attività è quella della ricerca della droga³⁷.

Dal punto di vista della criminalità è l’apoteosi: le organizzazioni criminali ingrassano grazie al pingue mercato (e i loro metodi incrudeliscono); i dati relativi a denunce e denunciati per reati di droga e, forse ancora di più, per reati suggeriti od obbligati dalla condizione di tossicodipendente lievitano, le patrie galere traboccano; il legislatore si muove incerto fra la soluzione terapeutica e quella repressiva.

La cocaina, come fenomeno sociale, ‘esplode’ in Italia negli anni Ottanta, gli anni degli *yuppies*, e tale sostanza ha molto in comune con la mentalità dell’ambizione, del successo sociale, dell’attivismo competitivo.

Le motivazioni alla base della scelta dell’eroina o della cocaina sono profondamente diverse, e la cocaina è compatibile con l’integrazione sociale:

non vi è dubbio, inoltre, che il quadro psicologico dell’assuntore di cocaina sia, di norma, diverso da quello dell’eroinomane: il primo si sente, infatti, un ‘vincente’ anche se ha bisogno di sostenere la propria sicurezza con la droga, il secondo è un ‘perdente’³⁸.

Si è parlato di «società cocainica»³⁹, volendo indicare la «altissima compatibilità sociale» della cocaina, e cioè come questa droga bene si inserisca in una società all’insegna della competitività ‘costi quel che costi’, dei ritmi frenetici, del successo a qualsiasi prezzo. È una droga

³⁷ L. DE CATALDO NEUBURGER, *op. cit.*

³⁸ A. VIESTI, *Organizzazione e sviluppo dell’attività investigativa relativa al traffico di cocaina*, in *Cocaina Oggi: Effetti sull’Uomo e sulla Società*, Roma, 1991.

³⁹ G. FLESCA, V. RIVA, *Polvere: Una storia di cocaina*, Milano, 1988.

che si può assumere sul posto di lavoro e mentre si lavora, senza dare particolarmente nell'occhio, e grazie alla quale non so se si produce meglio ma certamente di più. Non a caso è piuttosto comune l'assunzione di cocaina nel luogo di lavoro: secondo Cohen nel 74% dei consumatori. Viene alla mente l'antica schiavitù degli Indios, costretti a un lavoro massacrante e pagati in cocaina perché resistessero alla fatica nelle miniere d'argento andine.

I decenni compresi tra la fine degli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila sono stati quelli delle metamfetamine o comunque degli stimolanti sintetici e anche per questo consumo non mancano motivazioni culturali.

Che l'*ecstasy* abbia a che spartire con la cultura dell'apparire invece che dell'essere e con il disimpegno emerge proprio dalle parole dei consumatori. L'apparire, per cominciare, che però rimane un distinguersi nella massificazione (e non paia paradossale): «devi taroccarti, acconciarti, essere perfetto per andare alle feste in discoteca o agli *after*, il *look* è importantissimo»⁴⁰. «L'esibizionismo è fondamentale» dice Giorgia, ventidue anni,

più ti esponi e più attiri l'attenzione degli altri. Ovviamente per poterlo fare devi essere impeccabile. Ma, sta' attenta, impeccabile non vuol mica dire elegante, vuol dire che devi essere esattamente come prescrive il cliché del locale, magari anche con uno stile tuo, ma rimanendo entro i canoni⁴¹.

Quanto al disimpegno, le testimonianze sono veramente molte: «i giovani non credono più nei preti, né nella politica» afferma un *disk jockey* e in una sorta di parodia padana del Magnifico “Non pensare al domani, pensa al momento!”⁴².

Fabrizia Bagozzi riferisce, con l'opera intitolata *Giugiole e postfordismo*, di una ricerca svolta fra il 1992 e il 1993 da Primo Moroni su un campione di circa duecentocinquanta frequentatori delle discoteche di Como, Verona, Mantova e Vicenza, comprese, dunque, le zone del

⁴⁰ F. BAGOZZI, *Generazione in Ecstasy*, Torino, 1996.

⁴¹ F. BAGOZZI, *op. cit.*

⁴² F. BAGOZZI, *op. cit.*

“miracolo economico” del Nord-est italiano. Quasi tutti gli intervistati dichiaravano di far uso di *ecstasy*, anche a dosi cospicue, e con una spesa media per fine settimana, fra ingresso in discoteca e acquisto di MDMA, di 800.000-1.000.000 di lire al mese, quando non di più:

io ho bisogno di tre milioni [di vecchie lire evidentemente – nda] al mese, il padrone ha bisogno di lavoro a tempo super-pieno e me lo fa fare. Io vivo per produrre e per il week-end⁴³.

D'altra parte, si tratta di giovani che lavorano e, appunto,

l'uso di questa sostanza appare qui, in tutta evidenza, intrecciato con la necessità di un divertimento da ritagliare in uno spazio brevissimo e nella maniera più intensa possibile: con l'*ecstasy* puoi vivere il breve tempo del non lavoro in condizioni di intensità talmente elevate da recuperare in due giorni soli, il sabato e la domenica, tutto il tuo tempo libero⁴⁴.

La differenza con le culture dei decenni precedenti è radicale:

non gliene può fregare di meno della rivoluzione (...). Oggi il ragionamento è: farsi per star bene. Lavorare si deve in certe forme e seguendo certe regole: l'assorbimento dell'assetto sociale è totale. E per star bene si cala [si assume – nda] l'*ecstasy*, un prodotto che la società dei consumi la indossa come un guanto. (...) E poi, alla faccia di Decoubertin, l'importante è vincere, mica partecipare⁴⁵.

Ma qualcosa di positivo, evidentemente, c'è anche in queste sostanze – MDMA, MDEA, MDA, MBDB – che sono dette “antactogeni” o “empatogeni”, faciliterebbero cioè empatia, comunicazione, senso di comunione con gli altri, effetti importanti, questi, soprattutto per dei giovani.

Fra gli altri vantaggi vi è poi il ridotto, o assente, rischio di contagio da AIDS e, anzi, almeno un risultato positivo la propaganda di prevenzione in materia di droga l'ha raggiunto, anche se forse l'equivalenza

⁴³ F. BAGOZZI, *op. cit.*

⁴⁴ F. BAGOZZI, *op. cit.*

⁴⁵ F. BAGOZZI, *op. cit.*

tra ‘non sangue’ e ‘minore pericolosità’ andrebbe un po’ rivista o, almeno, non dovrebbe giungere all’ottimistica conclusione secondo cui l’*ecstasy* non faccia male⁴⁶ – “sale, sale e non fa male” è lo slogan scandito⁴⁷ –, che sia una droga *safe*, addirittura una ‘non-droga’. Naturalmente non è così e di danni, anche solo in termini di salute, l’*ecstasy* ne fa, forse non tanto nelle così reclamizzate “stragi del sabato sera”, dovute a un insieme di fattori in cui la droga spartisce la responsabilità con alcool, stanchezza, ed elementi psicologici vari⁴⁸, e per le quali ricerche effettuate a Milano, per esempio, non hanno evidenziato significatività statistica della positività per stupefacenti in soggetti deceduti durante il fine settimana, sia per *acute narcotism* che per incidenti automobilistici⁴⁹, ma, piuttosto, è tale da comportare danni neurologici – e in particolare un effetto sulla struttura cellulare sinaptica e sul sistema serotoninergico, chiamato *pruning*, che secondo alcuni consiste in una modificazione strutturale delle terminazioni nervose sinaptiche di tipo irreversibile⁵⁰. Tra gli effetti collaterali, secondo Schifano di carattere permanente, si annoverano: perdita della memoria, crisi di panico, alterazioni del tono dell’umore, insonnia cronica⁵¹. In Inghilterra sono stati

⁴⁶ Cfr. R.C. GATTI (a cura di), *Ecstasy e nuove droghe – Rischiare la giovinezza alla fine del millennio*, Milano, 1998.

⁴⁷ M. LACASELLA, *Ecstasy: come ne parlano i ragazzi nei Centri Giovani*, in R.C. GATTI (a cura di), *op. cit.* Come si dirà oltre, negli USA – e a New York in particolare – il timore per la trasmissione delle infezioni avrà invece come risultato il ritorno della *marijuana*.

⁴⁸ U. AVICO, A. DELL’UTRI, *Epidemiologia delle tossicodipendenze e dell’alcolismo*, in G. GIUSTI (a cura di), *Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini*, IV, 1999; I. MERZAGORA BETSOS, *Lezioni di criminologia – Soma, Psiche, Polis*, Padova, 2001; R. HAMMERSLEY, J. DITTON, I. SMITH, E. SHORT, *Patterns of Ecstasy Use by Drug Users*, in *The British Journal of Criminology*, 39, 4, 1999.

⁴⁹ L.O. MOLENDINI, M. CALIGARA, F. MAROZZI, *Studio epidemiologico sulla mortalità da droga nel week-end a Milano*, Comunicazione presentata alla XICX Seduta della Società Lombarda di Medicina Legale: *Le droghe del sabato sera*, Ispra, 19 Giugno 1997; L.O. MOLENDINI, L. SIRONI, F. MAROZZI, *Rilievi tossicologici nei “single-vehicle crashes” del fine settimana*, in *Archivio di Medicina Legale*, gennaio-dicembre 1998.

⁵⁰ R. GINOSA, *Nuove droghe a Milano. Una ricerca sociale*, in R.C. GATTI (a cura di), *op. cit.*

⁵¹ Intervista a Fabrizio Schifano, psichiatra e farmacologo al Ser.D. di Padova, riportata in F. BAGOZZI, *op. cit.*

segnalati casi di decessi per ipertermia⁵², in Italia il primo decesso si è verificato nel 1991⁵³. E poi, ancora, non sempre nelle pastiglie c'è davvero *ecstasy* e pazienza se la truffa fa sì che siano spacciate aspirine, ma nelle compresse sequestrate s'è trovato vermifugo per cani dagli effetti tossici sul sistema nervoso, piombo, e varie sostanze dannose⁵⁴.

7. *Le magnifiche sorti e progressive*

E per l'oggi? Il progresso ha consentito anche innovazioni relativamente alle dipendenze. Quanto alla chimica possiamo contare su farmaci "adattati", per dir così, in modo da transitare dall'uso medico a quello tossicomaniaco (come un tempo, d'altronde) sia su derivati dalla morfina (*Fentanyl*), sia in simil-cocaina (Catinoni). C'è solo l'imbarazzo della scelta circa gli effetti che si vogliono ottenere. Forse perché siamo così carenti di valori che non sapremmo neppure quale 'spirito del tempo' sia quello odierno. Anche per queste sostanze non mancano i decessi.

Unhappy end, dunque? A New York il *Fentanyl* avrebbe causato tremila morti per *acute narcotism* nel solo 2023 e la sostanza costituirebbe l'81% dei decessi per questa causa. Il Ministero della Salute ha lanciato l'allarme anche nel nostro Paese.

Ma il progresso riguarda anche forme di 'dipendenza senza sostanze'.

La dipendenza da gioco d'azzardo non è certo cosa nuova – Dostoevskij sta a dimostrarlo – e le ricadute criminali rilevate oggi sono bancarotta, frode, contraffazione, appropriazione indebita, riciclaggio, furti, rapine ai danni dei portavalori che trasportano il denaro dei casinò, rapine ai giocatori che hanno vinto ingenti somme di denaro, criminalità

⁵² F. BAGOZZI, *op. cit.*

⁵³ R. MAYER, P. ZUCCARO, R. PACIFICI, *3,4-metilendioossimetamfetamina (MDMA, "ecstasy")*: le recenti acquisizioni scientifiche, in *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, 3, 1999.

⁵⁴ F. BAGOZZI, *op. cit.*

organizzata⁵⁵, e in più oggi il *web* ha consentito forme particolari e particolarmente dannose per la maggiore “praticità” del gioco in rete.

E al proposito, dati i tempi, non poteva mancare la dipendenza da internet, o *Internet Addiction Disorder* (IAD), che è definita la ‘dipendenza del terzo millennio’.

A differenza di altre dipendenze che riguardano sostanze o comportamenti già di per sé disapprovati (le droghe o il gioco d’azzardo) qui siamo di fronte a un ‘uso’ – quello del *computer* – che non solo è lecito, ma è anche ineliminabile dalle nostre vite, il che potrebbe comportare difficoltà nella ‘disintossicazione’. Impossibile, per esempio, l’astinenza completa, pena l’autoemarginazione sociale; impossibile tenersi lontani dai luoghi in cui ci si può collegare in rete, tranne che si decida di farsi anacoreti. In questo caso, poi, la “droga” è regalata dai genitori o fornita dal datore di lavoro.

Accanto alla IAD si citano le *Internet Related Psychopathologies* (IRP), una costellazione di disturbi psicopatologici, anche molto diversi fra loro, che causano grave disagio e disfunzionamento sociale, pur senza giungere a questi estremi, si descrivono casi di coinvolgimento eccessivo e problematico nell’uso del *computer*.

Vi è unanime accordo sul fatto che la popolazione maggiormente a rischio sia quella dei ragazzini e degli adolescenti⁵⁶, soprattutto se introversi, insicuri, con bassa autostima, limitata vita sociale, problemi relazionali, emarginazione, problemi familiari⁵⁷.

⁵⁵ C.A. COLOMBO, I. MERZAGORA BETSOS, *Tentare nuoce: il gioco d’azzardo in criminologia e psicopatologia forense*, in *Riv. it. med. leg.*, XXIV, 6, 2002; I. MERZAGORA BETSOS, M.C. COLOMBO, *Il gioco d’azzardo: profili psichiatrici, sociologici, criminologici*, in P. CENDON (a cura di), *Trattato della responsabilità civile e penale in famiglia*, Padova, 2004.

⁵⁶ M.D. GRIFFITH, R. WOOD, *Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame paying, and the internet*, in *Journal of Gambling Studies*, 2000; L. LEUNG, *Stressful life events, motives for Internet use, and social support among digital kids*, in *CyberPsychology and Behavior*, 2007; K. YOUNG, *Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents*, in *American Journal of Family Therapy*, 2009.

⁵⁷ D.J. KUSS, M.D. GRIFFITH, *Internet Gaming addiction: A Systematic Review of Empirical Research*, in *Int J Ment Health Addiction*, 2012.

Per gli adolescenti si sottolineano, in particolare, le difficoltà nell'adattamento scolastico, l'isolamento relazionale e il conseguente distacco sia dai pari sia dalla famiglia (fino alla cosiddetta *Sindrome Hikikomori*)⁵⁸, i comportamenti devianti (per esempio nel caso del *sexting*, cioè della condivisione di messaggi e immagini dal contenuto sessuale), lo sconvolgimento del regolare ciclo sonno-veglia con disturbi del sonno, conseguente indebolimento del sistema immunitario, irregolarità nei pasti, scarsa cura del corpo.

Si è trovato che l'abuso di *Internet* e l'*Internet Addiction* incoraggiano ostilità, sentimenti di intolleranza alle frustrazioni e favoriscono comportamenti aggressivi⁵⁹. Gli autori di una delle ricerche in materia spiegano i loro risultati nel senso che la navigazione in rete, con la possibilità di anonimato e la de-individualizzazione, favorirebbe la mancata responsabilizzazione e indebolirebbe i controlli basati su senso di colpa, vergogna, paura⁶⁰.

Si sottolinea che questo tipo di dipendenza risulta particolarmente insidioso e di più difficile individuazione perché, a differenza per esempio delle dipendenze da droghe, l'uso del *computer* in sé non è disapprovato né considerato illegale. La differenza fra 'uso' e 'abuso' sarebbe, cioè, meno netta.

Per concludere, da molto tempo a questa parte, l'uomo ha fatto ricorso a sostanze in grado di alterare lo stato di coscienza, e da un tempo quasi altrettanto lungo ne ha fatto ricorso per motivi non rituali e non strettamente terapeutici: è il 'disagio della civiltà', esprimendoci come Freud? La fatica di affrontare la 'condizione umana', per dirla con Mal-

⁵⁸ Termine di origine giapponese che indica quei giovani che si ritirano completamente da qualsiasi interazione sociale, al massimo appunto 'comunicando' via *Internet*, benché la volontaria segregazione di questi soggetti non sia necessariamente connessa alla frequentazione della rete. In argomento, v. T.A. KATO, N. SHINFUKU, N. SARTORIUS, N. KANBA, *Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad?*, in *The Lancet*, 2011; C. RICCI, *Hikikomori. Adolescenti in volontaria reclusione*, Milano, 2008.

⁵⁹ J.S. LEMMENS, P.M. VALKENBURG, J. PETER, *The effects of pathological gaming on aggressive behavior*, in *Journal of Youth and Adolescence*, 2011.

⁶⁰ C.H. KO, J.Y. YEN, S.C. LIU, C.F. HUANG, C.F. YEN, *The associations between aggressive behaviors and Internet addiction and online activities in adolescents*, in *Journal of Adolescent Health*, 2009.

raux? La ‘nostalgia dell’Eden’ (non a caso Baudelaire parlava di “paradisi artificiali”)? O è ‘il male oscuro’ di Gadda e di Berto? Non ricorriamo agli psicofarmaci, magari confondendo la disperazione o il semplice disagio della civiltà con la depressione?

I migliori di noi in tutte queste difficoltà trovano magari sprone per poetare, riflettere, proporre. Altri, che, al contrario di Gadda, non sanno scrivere *La cognizione del dolore*, ricorrono a una benzodiazepina, a un bicchiere, a uno spinello, e la differenza nella scelta la fanno le proprietà farmacologiche delle diverse sostanze, la psiche del soggetto, ma anche – e forse soprattutto – l’epoca, l’ambiente che si frequenta, persino l’età. Insomma, la cultura e il significato che si dà a una o all’altra sostanza, che *in-sé* fa sempre (un po’) male o sempre (un po’) bene, ma che è la cultura a decidere se è da demonizzarsi o angelicarsi, se è da reputare farmaco o veleno, se è da consentirsi o da vietarsi. Ed è dunque, forse, la cultura che alla sostanza attribuisce o meno valore criminogenetico.

DIPENDENZE E ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE

Fabio Gianfilippi

SOMMARIO: 1. *Tossicodipendenza e reato*. 2. *Quel che succede in carcere*. 3. *L'affidamento in prova in casi particolari*. 4. *La sospensione dell'art. 90*. 5. *Gli spazi per la cura delle dipendenze in altre misure alternative*. 6. *Cenni sugli spazi per i programmi terapeutici nel contesto delle sanzioni sostitutive, in particolare dopo la legge Cartabia*.

1. Tossicodipendenza e reato

La collocazione del mio intervento già nella prima giornata di lavori mi pone nella posizione, per certi versi scomoda, ma per altri specialmente interessante, di costituire un ponte verso le riflessioni che più ampiamente, nella giornata di domani, si rivolgeranno al rapporto tra tossicodipendenza, carcere e misure alternative alla detenzione.

È, d'altra parte, il carcere, ancora oggi, a costituire la risposta sanzionatoria principale immaginata dal legislatore, e ciò anche a fronte di ripetuti interventi che, specialmente negli ultimi decenni, hanno arricchito il panorama di alternative, tuttavia mai in grado di scardinare il paradigma carcerocentrico ancora predominante. E lo è, in definitiva, anche nei confronti degli autori di reato affetti da problematiche di dipendenza, in particolare da sostanze stupefacenti che, per le caratteristiche personologiche sulle quali si avrà modo di tornare, sono spesso recidivi, seppur in reati non sempre particolarmente gravi, e hanno variamente già sfruttato, senza successo, le alternative meno gravose del carcere, offerte dall'ordinamento.

In effetti, anche a valle della Riforma Cartabia, l'irrobustirsi delle sanzioni sostitutive, delle quali ancora deve validarsi l'efficacia, comunque non sembra in grado di spostare il baricentro del sistema dal 'dentro le mura' che, non a caso, riguarda di nuovo oltre sessantamila persone, in attesa di giudizio o in esecuzione di pena, a un 'fuori le mu-

ra', del quale in tante occasioni si è posta in luce la miglior capacità di far fruttificare semi di cambiamento in vista del reinserimento sociale.

Dunque, si affaccia un nuovo, drammatico, sovraffollamento carcerario. Non è certo la prima volta in cui il problema torna a proporsi, quale caratteristica strutturale del sistema che, non a caso, già ci ha condotto alla triste condanna dell'Italia nel caso Torreggiani dell'anno 2013.

Nella dolente umanità che affolla le nostre carceri, la condizione di dipendenza è, come noto, diffusissima. Tossicodipendenza e alcoldipendenza sono considerati importanti fattori di rischio rispetto alla commissione di reati. Ciò può leggersi innanzitutto come diretta conseguenza della necessità del consumatore di procacciarsi la sostanza di abuso e perciò declinarsi nella commissione di illeciti volti al reperimento di dosi sempre crescenti della sostanza.

In tale contesto la penalizzazione del mercato degli stupefacenti determina un inevitabile effetto di marginalizzazione supplementare (è indubbio, infatti, che già all'origine eventuali disagi sociali ed emarginazione possano condurre facilmente all'evasione donata dalla sostanza), che rende scontato il venire in contatto del dipendente con ambienti criminali che possono nel tempo coinvolgerlo, a vario livello, nel loro stesso giro di affari.

In altri casi è la perdita dei freni inibitori connessa al consumo di alcune sostanze a favorire la commissione di fatti illeciti, che finiscono per altro per attingere non infrequentemente, come vittime privilegiate, i componenti più stretti dei nuclei familiari conviventi con il consumatore.

E ancora: l'appartenenza a contesti criminali e la necessità di porre in essere comportamenti pericolosi, avventati e che comunque richiedono una certa dose di incoscienza, può talvolta costituire una ragione per raggiungere l'uso degli stupefacenti, almeno come motivazione iniziale, anche in maniera strumentale al crimine.

In tutti i casi la risposta del sistema penale conduce spesso il tossicodipendente o l'alcoldipendente verso la carcerazione, pur con alcune significative eccezioni, come quelle previste in fase cautelare dall'art. 89 del d.P.R. n. 309 del 1990, o mediante il meccanismo dell'art. 656 c.p.p. per la fase esecutiva, o ancora con gli strumenti, via via un po'

meno timidi, dei lavori di pubblica utilità del Codice della Strada o del T.U. stupefacenti e della messa alla prova, sin forse alle nuove sanzioni sostitutive della legge Cartabia.

E qui, a chi già era propriamente tossicodipendente, si aggiunge chi scopre, nel degrado di una quotidianità priva di effettive prospettive risocializzanti, che le sostanze, o l'abuso di psicofarmaci, o la frutta macerata per produrre un qualche composto alcolico, sono le uniche opzioni percorribili per obnubilarsi. Povertà e degrado di alcune sezioni detentive appaiono terreno di coltura ideale per vecchie e nuove dipendenze. E c'è anche chi, fuori e dentro il carcere, ha imparato a curarsi, rispetto a disturbi mentali non fino in fondo compresi, con una automedicazione tossica.

Circa l'efficacia della risposta carceraria ai reati commessi dal tossicodipendente o dall'alcolodipendente può esserci di grande aiuto già tornare con la mente a quel criterio individuato nel DSM-IV, e ora di per sé non più espressamente leggibile nel DSM-V, per il quale la condizione di dipendenza priva chi ne sia vittima della capacità di astenersi dall'uso, anche a fronte delle conseguenze penali reiterate dei propri comportamenti.

Qualunque sia dunque l'origine della dipendenza, se cioè essa preesista al crimine o ne derivi strumentalmente, la sua sussistenza attuale impone qualcosa di più e di diverso dalla mera detenzione, e finisce per canalizzare naturalmente la funzione da attribuirsi a una pena, che pretenda di tendere effettivamente alla rieducazione del reo, secondo il dettato dell'art. 27 co. 3 Cost., in direzione della cura.

I limitati fini dell'odierna relazione non ci consentono che un accenno a questo profilo. Deve prendersi atto che le nozioni di tossicodipendenza e alcolodipendenza non derivano da un chiaro riferimento normativo, ma sono di fatto mutate da definizioni mediche, che sono particolarmente ricche e che, nel corso del tempo, hanno anche visto evoluzioni e chiarimenti (si pensi per esempio agli slittamenti sussistenti tra le definizioni presenti nel DSM-IV e, successivamente, nel DSM-V). Il loro approfondimento evidenzia la complessità degli elementi in gioco e la superficialità definitoria che è largamente diffusa nel dibattito pubblico più lontano dai profili tecnici della materia.

Appare inoltre un dato estremamente utile per chiarire l'importanza della più pronta presa in carico dei disturbi da uso di sostanze, poiché un mero consumo può transitare in tempi rapidi in comportamento rientrante poi nelle categorie in cui è maggiormente evidente la compromissione, anche totale, con la sostanza. Deve però rimarcarsi la necessità di interventi mirati e differenziati in relazione ai diversi stadi di tale compromissione.

Ragionando dal punto di vista dell'operatore del diritto, poi, non può non rilevarsi come questa non autonomia, dal punto di vista normativo, delle nozioni di tossicodipendenza e alcoldipendenza, e più in generale dei diversi stadi di compromissione della persona con la sostanza, entri in frizione con un uso che, delle diverse terminologie, il legislatore ha nel tempo fatto e che soltanto parzialmente sembrano sovrapponibili a quelle mediche. Penso al concetto di 'uso abituale' di sostanze (per esempio negli artt. 94 e 123 del d.P.R. n. 309 del 1990)¹, 'assuntore' di stupefacenti (art. 73 c. 5-*bis* T.U. stupefacenti) e ancora 'alterazione psicofisica' per uso di sostanze stupefacenti (art. 187 cod. strada), sino al 'disturbo da uso di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche (...)', di cui all'art. 58, all'esito della legge Cartabia.

2. *Quel che succede in carcere*

Ove le porte del carcere si schiudano, impercorribili tutte le strade alternative immaginate, al gravemente indiziato oppure, nelle fasi su cui si focalizzerà più ampiamente la nostra attenzione, al condannato, affetti da tossicodipendenza o da alcoldipendenza, della problematica prioritaria della cura deve farsi carico la struttura penitenziaria.

Il d.P.R. n. 309 del 1990 prevede all'art. 95 che la pena detentiva nei confronti del condannato per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza dovesse essere scontata in istituti idonei allo svolgimento di programmi terapeutici e socioriabilitativi.

¹ Cfr., per esempio, alcuni contrasti in giurisprudenza sul concetto di 'uso abituale', uno più aperto alle novità emerse con il DSM-V (*ex aliis*, Cass. pen., Sent., 13 febbraio 2018, n. 24990), e uno che ne rimarca l'appartenenza a categoria normativa distinta dalla tossicodipendenza (Cass. pen., Sent., 24 ottobre 2018, n. 54068).

Affido a diversi approfondimenti un esame più dettagliato delle strutture a custodia attenuata, i cosiddetti ICATT, specificamente immaginati, ancora prima della novella del 1990, con una netta prevalenza delle finalità di cura rispetto alle esigenze di sicurezza, cui assegnare i detenuti che al loro ingresso o nel corso del trattamento, si fossero dimostrati particolarmente motivati rispetto a un percorso di riabilitazione dalle sostanze e quindi di recupero sociale. Si tratta di realtà preziose, che per altro trovarono importanti conferme anche nel regolamento di esecuzione dell'ordinamento, varato con il d.P.R. 30 giugno 2000, n. 230, nell'art. 115 che prevede la realizzazione in ciascuna Regione di un sistema integrato di istituti penitenziari, differenziato per tipologie detentive, in grado di soddisfare il principio di territorialità dell'esecuzione penale (e dunque di prossimità del ristretto al proprio mondo socio-familiare) e che stabiliva inoltre che per i detenuti e internati che presentino problematiche di tossicodipendenza o di alcoldipendenza, oltre che per altre categorie di soggetti affetti da patologie fisiche e psichiche, sia prevista l'assegnazione a istituti che assicurino un regime di trattamento intensificato.

Ad ogni modo, il numero assolutamente non elevato di istituti di questo tipo sul territorio nazionale e il progressivo drammatico sovrappollamento di cui negli ultimi decenni il sistema penitenziario ha sofferto, con conseguenti difficoltà anche solo di azionare un'osservazione in grado di selezionare i detenuti cui far intraprendere tali percorsi, hanno di fatto condizionato un vasto uso dello strumento, che ha lasciato l'amministrazione di fronte a una necessità di gestione del fenomeno tossicodipendenza non solo presso strutture specializzate, ma all'interno di tutte le sezioni ordinarie dei propri istituti penitenziari.

A tal proposito, comunque, l'art. 96 d.P.R. n. 309 del 1990 stabilisce che chi sia in stato di custodia cautelare in carcere o in espiazione di pena per reati commessi in relazione alla condizione di dipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di stupefacenti o sostanze psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza, ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione, anche nell'ipotesi in cui si tratti di persona che, per divieto di legge o per valutazione di merito compiuta dalla competente Autorità Giudiziaria,

non abbia avuto accesso alle misure alternative previste per i tossicodipendenti.

Le A.s.l. ancora, devono provvedere alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcolisti, in coordinamento, dice la norma, con i servizi sanitari interni agli istituti penitenziari.

Il legislatore immagina, dunque, con buone ragioni, che la presa in carico di questa peculiare categoria di detenuti debba avvenire sempre con un approccio interdisciplinare e con il massimo sforzo di coordinamento tra le istituzioni coinvolte.

In tal senso diventa un elemento decisivo la tempestività dell'intervento, innanzitutto al momento del primo ingresso presso l'istituto penitenziario, anche al fine della più pronta diagnosi, e poi per impostare un celere supporto farmacologico, ove necessario, e psicologico, anche mediante i gruppi per tossicodipendenti o alcolodipendenti che le amministrazioni siano in grado di realizzare a livello intramurario.

Da ultimo la Commissione Ruotolo per l'innovazione del sistema penitenziario propose – non a caso nella sua prima azione amministrativa immaginata – l'adozione di protocolli per l'anticipazione della formulazione di programmi terapeutici alternativi, anche tenendo conto dell'esperienza maturata in alcuni contesti territoriali².

² Cfr. *Relazione finale*, in <https://www.sistemapenale.it/it/documenti/innovazione-sistema-penitenziario-relazione-finale-commissione-ruotolo>, 200, Azione 1: “Si propone di valutare l'estensione della buona pratica seguita dal Ser.D. Tribunale di Milano, Sezione direttissime, nell'interpretare l'art. 89 del d.P.R. 309/90 (“Provvedimenti restrittivi nei confronti dei tossicodipendenti o alcolodipendenti che abbiano in corso programmi terapeutici”). In base a un protocollo con il Tribunale ordinario di Milano, si prevede l'intervento di operatori del Ser.D., presenti in un presidio interno al Tribunale, che, in tempo immediato, valutano la persona che si dichiara dipendente patologica, formulano un programma in accordo con le strutture del territorio, lo presentano immediatamente al giudice del rito direttissimo che valuta l'applicabilità del programma alternativo alla carcerazione. Grazie a questo servizio circa 1.000 persone ogni anno evitano l'ingresso in carcere. Si è cercato di esportare questa esperienza in altri Tribunali (Roma, Catania, Reggio Calabria e Padova), con il progetto “DAP PRIMA”, ma senza successo; o per mancato avvio o per interruzioni della sperimentazione al termine dei finanziamenti progettuali. Seguendo il modello milanese, si potrebbe anticipare la formulazione di programmi terapeutici alternativi a una fase che precede e non segue la carcerazione. Si tratterebbe di un intervento di tipo “organizzativo”, che richiede l'assegnazione di risorse per la creazione della struttura servente, cui potrebbe forse accom-

Assai rilevante è stato in questo campo l'impatto del passaggio della sanità penitenziaria dalla competenza del Ministero della Giustizia a quello della Sanità, con la finalità di migliorare il livello di cure mediche apprestate in favore delle persone detenute, equiparandole a quelle poste a disposizione dei liberi, mediante lo strumento dei cosiddetti *livelli essenziali di assistenza*, che vengono garantiti a tutti gli utenti di ciascun servizio sanitario su base regionale, in ossequio a quel principio di equivalenza delle cure che l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva da decenni segnalato come obiettivo prioritario.

In realtà, la territorializzazione delle competenze si è appalesata non scevra di problemi di difficile risoluzione, sia per la presa in carico di persone detenute non residenti o soltanto formalmente residenti nell'ambito della Regione, sia per una equiparazione tra liberi e detenuti che, nelle diverse prassi sviluppatesi, non tiene a volte in sufficiente conto l'urgenza degli interventi da svolgersi nei confronti di malati ristretti negli istituti penitenziari e sottoposti per ciò solo a condizioni definibili almeno come psicopatogene.

Cito a questo proposito una situazione particolare che si è posta all'attenzione del magistrato di sorveglianza di Spoleto, nelle forme del reclamo *ex artt. 35-bis e 69 co. 6, lett. b)*, ord. penit.³. In quell'occasione è risultato accolto il reclamo di un cittadino straniero privo di permesso di soggiorno, che si era visto negare la possibilità di essere valutato per l'eventuale strutturazione di un programma terapeutico, disponendo che la A.s.l. di riferimento, e in particolare il relativo Dipartimento delle dipendenze, disapplicasse le disposizioni amministrative confliggenti, predisponesse, ove ritenuto necessario, e anche a seguito di colloqui, incontri ed eventuali approfondimenti diagnostici, un programma terapeutico che il reclamante potesse svolgere in contesto co-

pagnarsi una specificazione normativa (probabilmente nel corpo dell'art. 449 c.p.p., che disciplina il giudizio direttissimo) la quale, in caso di avvenuta convalida dell'arresto, valorizzi il dato dell'accertata condizione di dipendenza e della eventuale formulazione di un programma di recupero nel contesto della decisione sul trattamento cautelare".

³ Ci si riferisce all'ordinanza magistrato di sorveglianza di Spoleto del 23 febbraio 2021, leggibile in <https://osep.jus.unipi.it/2021/09/18/detenuto-extracomunitario-privodi-permesso-di-soggiorno-riconosciuto-il-diritto-allelaborazione-di-un-programma-terapeutico-di-recupero/>.

munitario o territoriale, per il tempo dell'esecuzione penale e in relazione all'istanza presentata di affidamento in prova di tipo terapeutico *ex art. 94 d.P.R. n. 309 del 1990*⁴.

L'opzione carceraria stessa, dunque, laddove inevitabile, per quanto sin qui detto deve essere plasmata di opportunità di cura offerte al condannato tossicodipendente, mediante la previsione di percorsi che già a livello intramurario lo supportino nelle fasi, per altro tra le più drammatiche, dell'iniziale indotto distacco dalle sostanze con una presa in carico multidisciplinare che coinvolga educatori, operatori sanitari e servizio sociale.

Le esigenze di contenimento negli istituti penitenziari non possono per altro orientare le scelte terapeutiche dei sanitari, che devono avere esclusivo riguardo alla idoneità degli strumenti adoperati alla miglior risoluzione delle condizioni patologiche dei pazienti, con conseguente ricorso soltanto residuale alle terapie farmacologiche "a mantenimento" e più opportuna impostazione di adeguati "scalaggi", che consentano nel tempo il superamento almeno della dipendenza fisica dalla sostanza, profittando delle restrizioni imposte dal carcere all'interessato.

Si tratta, per come agevolmente si intuisce, di un impegno gravoso a carico del sistema penitenziario, chiamato all'elaborazione di percorsi il più possibile individualizzati a fronte di risorse ormai allo stremo e di un sovraffollamento a livelli sempre più elevati.

Il trattamento intramurario delle persone tossicodipendenti diviene poi ancora più difficile quando alla patologia si sommi l'inserimento in circuiti penitenziari diversi da quello dei detenuti comuni, poiché in quei contesti le opportunità offerte dagli istituti penitenziari si riducono

⁴ Nel provvedimento citato si sottolinea (anche sulla scorta di S.U., 28 marzo 2006, n. 14500 e Corte cost., 16 marzo 2007, n. 78) come debba essere posto particolarmente in rilievo "non soltanto il diritto ad una esecuzione penale orientata al reinserimento sociale, secondo l'indefettibile predicato dell'art. 27 co. 3 Cost., che verrebbe meno ove al reclamante fosse impedito di accedere alla misura alternativa cui aspira sulla base non di una sua non meritevolezza, valutata all'esito di un giudizio individualizzato operato dall'a.g., ma soltanto in relazione alla propria condizione di cittadino extracomunitario privo di permesso di soggiorno, ma anche il proprio diritto alla salute, poiché è qui in primo piano innanzitutto la cura di una allegata condizione di dipendenza patologica da sostanze stupefacenti, come tale pacificamente considerata una prestazione sanitaria, per quanto di complessa e continuativa erogazione".

grandemente. La necessità di elaborare percorsi che continuino a mantenere la separazione degli stessi dai detenuti cosiddetti *comuni* determina evidenti effetti di marginalizzazione e spesso si traduce nella mancata programmazione di gruppi di aiuto e sostegno e più in generale di adeguate opportunità trattamentali in loro favore (si pensi, in particolare, alle sezioni cosiddette *protette*).

In questo quadro diviene dunque ancora più urgente il ricorso alle alternative al carcere.

3. L'affidamento in prova in casi particolari

Il terreno dell'esecuzione penale esterna è quello più adatto a monitorare i plurimi fattori che hanno condotto alla dipendenza e al crimine e a supportare chi accetti di intraprendere la strada della cura mediante un accompagnamento progressivo verso il contesto di appartenenza.

Il legislatore, che si era dotato di strumenti di intervento significativi già dai primi anni Ottanta, ha progressivamente potenziato le alternative al carcere, che non sono per altro oggi esenti da difficoltà realizzative esse stesse connesse con i gravi *deficit* di risorse dell'intero comparto giustizia.

La misura più ampiamente utilizzata nel contesto dell'esecuzione penale per la cura delle problematiche di tossico/alcoldipendenza è certamente l'affidamento in prova in casi particolari di cui all'art. 94 d.P.R. n. 309 del 1990.

Si tratta anche di una misura che, a fronte dell'elevata volatilità delle disposizioni connesse alle misure alternative nel nostro sistema, ha goduto nel più recente periodo di una significativa stabilità.

I requisiti di accesso sono ampi e, mediante il meccanismo di cui all'art. 656 c.p.p., consentono anche dalla libertà un ampio accesso a percorsi di cura extramurari.

Schematicamente:

- pena non superiore a sei anni, anche residui, o quattro anni, ove nel titolo esecutivo sia compresa anche una condanna per reato compreso nel disposto dell'art. 4-*bis* ord. penit.;
- intenzione di sottoporsi a un programma di recupero, o sussistenza in atto di un percorso di recupero dalla dipendenza;
- documentazione attestante lo stato di tossico/alcoldipendenza rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, o privata accreditata e completa di riferimento alla procedura con cui è accertato l'uso abituale di sostanze e l'andamento del programma in corso;
- programma terapeutico individualizzato;
- idoneità del programma ai fini del recupero.

Il successo della misura è certamente legato alla ampiezza della platea dei potenziali destinatari e al peso soltanto relativo che, almeno sotto il profilo dell'ammissibilità, si collega alla tipologia di reato commesso. Anche i condannati per delitti di 4-*bis* co. 1 ord. penit. possono infatti accedere alla misura, che ha una primaria vocazione di tutela della salute e di emancipazione della persona dalla dipendenza patologica. La formulazione dell'art. 94 d.P.R. n. 309 del 1990 sul punto inibisce comunque l'accesso ai condannati per reati di 4-*bis* ord. penit. con pena eccedente i quattro anni residui e neppure è possibile, in questa particolare materia, accedere al meccanismo del cosiddetto scioglimento del cumulo in favore dell'interessato⁵.

Nel tempo, poi, sono stati opportunamente eliminati i riferimenti a un numero massimo di possibili accessi alla misura, mentre sono pure caduti tutti i limiti alla riproposizione della domanda di accesso, dopo che una misura alternativa sia terminata negativamente, con una revoca anche colpevole.

In questo senso il *favor* del legislatore, e in conseguenza della giurisprudenza, si legge nella benevola esclusione dell'operatività del meccanismo ostativo dell'art. 58-*quater* ord. penit. in caso di revoca di altra misura alternativa. Inizialmente si sono scontrate interpretazioni non prive di fibrillazioni, ma ormai sembra pacifico che sia sempre possibile accedere a una misura terapeutica, anche dopo la revoca di altra misura

⁵ Cfr., tra le molte, da ultimo, Cass. pen., Sez. I, 24 marzo 2023, n. 29873.

non terapeutica, e che la revoca di misura terapeutica non precluda una valutazione di merito circa la richiesta di una misura non terapeutica⁶.

Particolarmente interessante, per quanto nella prassi non molto praticata, la possibilità, garantita dall'art. 94 co. 6-*bis* d.P.R. n. 309 del 1990, che l'affidamento in prova in casi particolari, se, a un certo punto, viene meno la necessità di proseguire in un programma di tipo terapeutico, possa trasformarsi in un affidamento in prova *ex art.* 47 ord. penit., anche in assenza dei requisiti relativi al limite di pena previsto in quest'ultima disposizione.

Ancora, un *favor* per il più rapido accesso ai tentativi di risoluzione della problematica tossicomantica, conduce il legislatore alla previsione (art. 94 co. 4 ult. parte) secondo la quale il programma comincia al momento della firma delle prescrizioni, ma in effetti anche prima ove il Tribunale di sorveglianza, valutata la portata delle prescrizioni cui l'interessato si è sottoposto, possa considerare positivamente quanto già fatto prima.

Sulla concreta concessione da parte della magistratura di sorveglianza incide grandemente la qualità della documentazione prodotta a sostegno dell'istanza, dalla quale deriva la possibilità di un sindacato efficace sulla sussistenza dei requisiti, già a partire dalla persistenza di una condizione tossicomantica, ma anche con riguardo alla non preordinazione della stessa, nonché alla verifica che il programma contribuisca in concreto al recupero del condannato ma anche alla prevenzione dal pericolo che l'interessato commetta altri reati, come dispone il testo normativo.

Si sono nel tempo riscontrate difficoltà nell'interlocuzione con i servizi preposti all'emissione delle certificazioni e al confezionamento dei programmi terapeutici. Questa consapevolezza ha condotto nel tempo all'adozione di vari protocolli, spesso, e correttamente, a livello regionale, o provinciale, ove necessario, vista la 'regionalizzazione' delle competenze del comparto sanitario.

Meritevole, a mio avviso, di una citazione più particolare è l'esperienza del "Protocollo FederSerd e Conams" siglato a gennaio 2018⁷,

⁶ Cfr., di recente, Cass. pen., Sez. I, 29 novembre 2019, n. 75 e Cass. pen., 4 marzo 2021, n. 24009.

che aveva un obiettivo ambizioso, volendo tentare di implementare una maggiore uniformità di redazione della documentazione a un livello più ampio. D'altra parte, è noto come spesso gli uffici e i Tribunali di sorveglianza siano chiamati a vagliare certificazioni e programmi che provengono da territori ben lontani da quelli sui quali ricade la propria giurisdizione.

Una sottolineatura importante è, in quel documento, che «i criteri procedurali non devono essere soltanto uniformi, appropriati e scientificamente attendibili, ma dovrebbero essere concepiti in funzione dei parametri normativi che guidano la decisione del giudice». In tal senso l'auspicio è di una valorizzazione della condizione di dipendenza psichica, di una interpretazione, in relazione alla non strumentalità, di una pur embrionale motivazione positiva, consci che la stessa si evolve e matura in corso di misura, eventualmente utilizzando strumenti psicodiagnostici standardizzati, di una adeguata considerazione della pluralità di percorsi immaginabili, senza pregiudizi positivi in materia di percorsi terapeutici residenziali, di un giusto peso della ricaduta nell'uso di sostanze, con valutazione che va rilasciata al giudice sulla base di una adeguata documentazione che chiarisca le circostanze che vi hanno concorso.

Accade, in effetti, per rimanere a quest'ultima considerazione, che la recidiva nel consumo costituisca ragione affrettata di una sospensione, e poi di una revoca della misura alternativa. Ciò è attribuibile a fattori diversi, che vanno da una comunicazione sbrigativa, che non fornisca all'Autorità Giudiziaria sufficienti elementi per decodificare il senso di quella particolare recidiva, come pure da un approccio che, da parte della magistratura di sorveglianza, richiede una sensibilità particolare, e non può non tener conto della estrema difficoltà di affrancarsi dal consumo di sostanze, come pure della forza di resistere al *craving*, che solo nel tempo si irrobustisce.

⁷ Cfr. *Protocollo operativo tra FederSerd (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze) e Conams (Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza) per l'applicazione dell'affidamento in prova in casi particolari ai sensi dell'art. 94 del d.P.R. 309/90*, del 19 gennaio 2018, leggibile in https://www.federserd.it/files/novita/Protocollo_FEDERSERD_CONAMS.pdf.

Un particolare favore è indubbiamente riscontrabile, nelle decisioni della magistratura di sorveglianza, per i percorsi di affidamento terapeutico da svolgersi in contesto comunitario, che appunto sembrano maggiormente garantire da questi rischi. E tuttavia l'individualizzazione nella realizzazione del programma è un obiettivo ben presente al legislatore e certamente premiante nella prassi.

Potrà in questo senso tenersi conto della peculiare vocazione delle diverse strutture e dalla loro aderenza alle concrete necessità del condannato, dovendo per esempio riconoscersi la sempre più alta frequenza di problematiche di cosiddetta *doppia diagnosi* (la coesistenza di un disturbo connesso all'abuso di sostanze e altro disturbo di natura psichiatrica), che richiedono professionalità specifiche e percorsi che devono essere modulati opportunamente.

In altri casi, invece, potranno essere considerati percorsi di tipo semiresidenziale, che impegnano l'utente in gruppi di supporto, controllo dei metaboliti e sostegni psicoterapeutici, durante molte ore per tutto l'arco della settimana, ma che lo reinseriscono nel contesto socio-familiare domiciliare almeno nelle ore notturne.

Anche in questo caso il Tribunale di sorveglianza potrà effettuare una ponderazione che da un lato tenga conto dei maggiori rischi derivanti dagli ampi spazi di libertà lasciati dal percorso e dall'altro consideri i vantaggi di un reinserimento (o di un mantenimento) in un contesto familiare nel quale inevitabilmente il condannato dovrà far rientro e che, ove mediato dall'esecuzione penale, potrà essere più adeguatamente monitorato.

Esiste infine la possibilità di ipotizzare un percorso di tipo anche solo 'territoriale' o 'ambulatoriale', che abitualmente consente all'istante di prestare anche una attività lavorativa o risocializzante e di mantenere contatti periodici con il Ser.D., sottoponendosi anche a controlli dei metaboliti urinari.

È la stessa Cassazione che, già in una risalente pronuncia, affermava come

(o)ccorre dunque rilasciare al prudente apprezzamento del giudice della misura la valutazione concernente l'idoneità in senso ampio del programma ipotizzato, che dunque non costituisce un presupposto di natura

meramente documentale ma introduce ampiamente nella valutazione di meritevolezza del beneficio⁸.

4. *La sospensione dell'art. 90*

L'istituto della sospensione quinquennale dell'esecuzione della pena nei confronti del condannato tossicodipendente (nessuna menzione vien fatta invece della condizione di alcoldipendenza, espressamente prevista dall'art. 94 d.P.R. n. 309 del 1990 sino a ora esaminato) venne introdotto nell'ordinamento con l'art. 24 della l. 26 giugno 1990, n. 162, ma ha trovato una importante rimodulazione con il d.l. 30 dicembre 2005, n. 272, poi convertito con modifiche nella l. 21 febbraio 2006, n. 49. All'esito di tale novella sono stati rimossi i profili di sovrapposizione che precedentemente sussistevano rispetto all'affidamento di tipo terapeutico, prevedendosi espressamente che la sospensione sia consentita soltanto a fronte di un programma terapeutico già concluso con esito positivo, a differenza dell'affidamento in casi particolari, che concerne un percorso di recupero dalla dipendenza in corso o da intraprendersi al più presto.

Anche in questo caso, avendo riguardo schematicamente ai presupposti, si deduce dalla normativa che la misura è proponibile:

- quando deve eseguirsi pena per reato commesso in relazione allo stato di tossicodipendenza;
- residua una pena di anni sei o anni quattro, con le precisazioni già viste con riferimento all'affidamento in prova di tipo terapeutico;
- è stato già completato un programma terapeutico, come attestato con relazione finale redatta ai sensi dell'art. 123 d.P.R. n. 309 del 1990;
- nel corso del programma non risulta la commissione di altri reati non colposi punibili con la reclusione;
- non si è già avuto accesso alla medesima misura.

Impossibile in questa sede una più ampia disamina dei profili problematici posti dalla norma, che ha indubbiamente una certa difficoltà applicativa, ma mi pare importante sottolineare almeno la difficoltà di

⁸ Cass. pen., Sez. I, 24 dicembre 2008, n. 48191.

riscontro circa il requisito della commissione del reato in relazione alla condizione di tossicodipendenza.

La rilevazione della sussistenza della tossicomania nel corpo della condanna, oppure l'ammissione dell'istante a misure cautelari che tenessero conto dell'esigenza di intraprendere un percorso di recupero dalla dipendenza, costituiscono indici certi per la pronuncia, ma sembra possibile anche una più ampia valutazione circa la natura dei reati commessi in un determinato periodo per il quale sia per esempio documentata la tossicodipendenza dell'istante, essendo improbabile che sentenze di condanna legate a reati cosiddetti *minori*, e tuttavia tipici di chi sia vittima della patologia tossicomantica, come la resistenza a pubblico ufficiale o i furti di più lieve entità, riportino una disamina, seppur minima, delle condizioni soggettive dell'agire del reo o della scaturigine della commissione di quei reati.

In tal senso può rivelarsi particolarmente complessa la riconduzione dei reati alla condizione di tossicodipendenza a fronte di provvedimenti di cumulo che comprendano svariate condanne, circa le quali la valutazione del Tribunale di sorveglianza non potrà che fornire una chiave di lettura complessiva che poggi su tutte le fonti informative, comprese le relazioni dell'UEPE e delle strutture terapeutiche che hanno nel tempo preso in carico l'interessato.

Allo stesso modo non sempre facile è ottenere dai servizi specialistici una certificazione relativa alla conclusione del percorso terapeutico, che integri i requisiti indicati dall'art. 123 d.P.R. n. 309 del 1990, richiamato dalla norma. Deve comunque emergere che il percorso abbia in sostanza prodotto un cambio di vita, e dunque una emancipazione dalla dipendenza, da parte del condannato.

5. Gli spazi per la cura delle dipendenze in altre misure alternative

Il fenomeno delle dipendenze da sostanze stupefacenti, per altro sempre nuove e sempre più complesse, da sostanze alcoliche, nonché le ipotesi di contemporanea sussistenza di entrambe le condizioni o di quella – c.d. doppia diagnosi – di comorbidità psichiatrica, costituisce,

per come già visto, un'emergenza che senza essere recente non accenna a trovare risposte in grado di debellarlo.

Nel contesto penitenziario, in particolare, si apprezza una speciale incidenza della condizione nell'anamnesi dei detenuti, con la conseguente necessità inderogabile di impegnare risorse, già a livello intramurario, per apprestare rimedi il più possibile differenziati volti al contenimento e alla cura della dipendenza.

Il legislatore sembra aver per altro, mediante gli interventi che nel tempo si sono succeduti, mostrato un particolare favore per la finalità di cura della persona affetta da una condizione di dipendenza dalle sostanze stupefacenti e anche, seppure con normativa meno comprensiva, dell'alcol dipendente, anche quando la patologia non abbia costituito la ragione del delinquere ma sia sussistita da quel tempo o semplicemente le sia sopravvenuta e sia però ancora attuale.

Si è anche già visto come alla nozione di dipendenza fisica si sia comprensibilmente affiancata quella, assai più sfuggente, di dipendenza psicologica, resistente alla conclusione delle terapie e assai vischiosa nei percorsi esistenziali di chi sia pur riuscito a superare quella fisica.

Può trarsi la convinzione che la legislazione consideri la cura delle condizioni di dipendenza dalle sostanze stupefacenti e, con alcuni distinguo, dall'alcol e persino da altre forme, recentemente emerse, di dipendenza (si pensi al gioco d'azzardo patologico) come uno strumento necessario all'attuazione del principio costituzionale della tensione della pena alla rieducazione del reo *ex art. 27 co. 3 Cost.* e, con essa, della tutela della salute della persona in esecuzione penale.

D'altra parte, anche a prescindere dalla scaturigine del reato, la risoluzione della condizione patologica appare strettamente collegata alla possibilità di emettere una prognosi significativamente credibile circa la recidiva del reo nel commettere il reato, poiché la stessa osta in concreto al più libero dispiegarsi della volontà del condannato, sia pur già volta alla rieducazione.

In tal senso, dunque, anche misure non precipuamente previste come destinate a soggetti tossicodipendenti sembra che possano essere riempite di più individualizzati contenuti risocializzanti mediante l'inserimento di prescrizioni che richiedano al condannato in misura di intraprendere o proseguire un percorso di cura, sia come ragione esclusiva, o

comunque principale, di concessione del beneficio, sia come profilo anche soltanto meramente accessorio.

Tra le altre ipotesi, un particolare rilievo deve darsi innanzitutto alla esecuzione domiciliare dell'ultima parte della pena detentiva, originariamente introdotta con l. 26 novembre 2010, n. 199, che contiene una esplicita precisazione normativa concernente i tossicodipendenti.

La stessa detenzione domiciliare, nella molteplicità delle sue accezioni, può prestarsi al contenimento di condannati affetti da problematiche tossicomane, ove siano opportunamente garantiti spazi quotidiani di uscita dal domicilio che non siano destinati unicamente alle esigenze personali del condannato, come normalmente avviene, ma anche a prendere e mantenere rapporti con i Ser.D. di riferimento, e a impostare con loro monitoraggi o veri e propri percorsi di colloqui e controlli periodici. Si tratta di soluzioni spesso percorse dalla giurisprudenza di merito, anche con risultati significativi, che debbono però poggiare sulla volontà dell'interessato di sottoporsi a un percorso che è comunque di tipo sanitario.

Meno certamente adoperabile appare invece lo strumento della semilibertà, perché utilizzarlo vorrebbe dire di fatto *bypassare* requisiti normativi sia di pena che di documentazione puntuale previsti dal legislatore con specifico riferimento alla condizione del tossico/alcoldipendente. Bisogna forse procedere senza schematismi, però, e se il programma terapeutico impostato è solo di tipo territoriale e l'interessato non dispone di una abitazione, allora forse potrebbe comunque costituire una soluzione efficace.

Lo stesso affidamento in prova al servizio sociale, di cui all'art. 47 ord. penit., potrebbe prevedere, tra le altre, anche una prescrizione di frequenza del Ser.D. Questa soluzione può essere particolarmente interessante non soltanto quando la condizione di dipendenza, a volte anche solo per le difficoltà burocratiche già cennate, non si riesca a reperire, ma anche quando, per esempio, ci si trovi in un campo che l'attuale normativa non contempla, come quello della ludopatia (non di rado congiunta, per altro, ad altre dipendenze).

Sotto questo profilo, nella giurisprudenza di merito si sono affacciate soluzioni "aperturiste", che hanno cercato di leggere estensivamente il testo dell'art. 94 d.P.R. n. 309 del 1990, che però non hanno trovato

riscontro nella lettura della disposizione fornita dalla Suprema Corte⁹. Sembra invece che possa considerarsi positivamente l'opzione pragmatica di un adattamento della misura dell'affidamento in prova al servizio sociale *ex art. 47 ord. penit.* a una prescrizione, pur non contenuta espressamente nell'elenco, non troppo ben delineato, contenuto in quella disposizione normativa, della possibilità di frequentare uno dei percorsi che, presso i servizi dipendenze, sono sempre più spesso impostati per il contenimento di questa nuova piaga sociale (dalla quale lo stesso carcere, con la sua quotidianità deprivata di opportunità, non mette al riparo).

6. Cenni sugli spazi per i programmi terapeutici nel contesto delle sanzioni sostitutive, in particolare dopo la legge Cartabia

Il legislatore ha, negli ultimi decenni, utilizzato in più occasioni e, come già accennato, con sempre minore timidezza, soluzioni alternative al carcere per sanzionare gli autori di reati connessi alla condizione tossicomana od anche più semplicemente nei confronti di persone affette da problematiche legate alle sostanze, anche non rientranti nella nozione di dipendenza. Con successo crescente, ciò è accaduto prima con il lavoro di pubblica utilità per tossicodipendenti e assuntori di sostanze stupefacenti previsto dagli artt. *73-bis e -ter* d.P.R. n. 309 del 1990, con la sostituzione della pena detentiva nelle fattispecie di guida sotto l'influenza dell'alcool o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope previste dal Codice della Strada (artt. 186 e 187), e ancora con la messa alla prova¹⁰.

Da ultimo il d.lgs. 10 ottobre 2022, n. 150 (legge Cartabia) ha, come noto, messo mano in modo specialmente significativo, tra l'altro, alle sanzioni sostitutive di cui alla l. 24 novembre 1981, n. 689. Si tratta di un intervento che esorbita decisamente dall'ambito del contributo odierno, ma mi sembra necessario farne cenno, se non altro perché, almeno per ciò che concerne detenzione domiciliare sostitutiva e semili-

⁹ Cfr. Cass. pen., Sez. I, 3 maggio 2016, n. 29331 e, più di recente, Cass. pen., Sez. I, 16 giugno 2021, n. 36709.

¹⁰ Cfr. l. 28 aprile 2014, n. 67.

bertà sostitutiva, la magistratura di sorveglianza è chiamata a svolgere un compito di verifica di attualità delle prescrizioni imposte dal giudice di cognizione e di controllo nel corso dell'esecuzione delle misure.

In questo contesto, nell'art. 58, nuovo conio, l. 24 novembre 1981, n. 689, in ordine al potere discrezionale del giudice nell'applicazione e nella scelta delle pene sostitutive, al comma quarto si dice come il giudice debba tener conto delle condizioni della persona, anche legate alla salute fisica o psichica, ma anche, più specificamente, delle «condizioni di disturbo da uso di sostanze stupefacenti, psicotrope, o alcoliche ovvero da gioco d'azzardo, certificate dai servizi pubblici».

Ciò significa dunque che il legislatore ritiene le sanzioni sostitutive un ambiente idoneo allo sviluppo di programmi di tal genere (e tra essi anche la semilibertà sostitutiva), che funzionalizza il rilievo dato a questa condizione alla sussistenza di una certificazione, ma anche che allarga lo sguardo dall'uso di sostanze stupefacenti, uscendo dalla nozione di dipendenza in senso stretto, per altro già non così marcatamente definita nel DSM-V, verso la ludopatia che, per come detto, resta invece esclusa dalla disciplina ordinaria delle misure alternative terapeutiche.

Anche l'art. 56 l. 24 novembre 1981, n. 689, come riscritto dalla legge Cartabia, relativo alla detenzione domiciliare sostitutiva, considera eseguibile la misura anche mediante il collocamento in comunità, con una espressione sufficientemente ampia da consentire di ricomprendervi anche le comunità terapeutiche per la risoluzione delle problematiche di dipendenza.

Nell'auspicio che le sanzioni sostitutive possano trovare uno spazio operativo significativo, può dirsi che le stesse saranno in grado di ridurre ulteriormente l'ingresso in carcere di persone con problematiche tossicomane, favorendo, si spera, una maggiore attenzione su quelle che faranno comunque ingresso negli istituti penitenziari. È su questi ultimi, però, che occorre davvero uno sforzo maggiore per creare le condizioni per lo sviluppo di percorsi che siano in grado di sollecitare diffusamente, e in modo concreto, le persone detenute a intraprendere la strada difficile dei tentativi di emancipazione dall'abuso delle sostanze stupefacenti.

IL LAVORO DI PUBBLICA UTILITÀ
PER I CASI CONTEMPLATI DAL TESTO UNICO
IN MATERIA DI SOSTANZE STUPEFACENTI
(D.P.R. 9 OTTOBRE 1990, N. 309)

UNA SANZIONE SOSTITUTIVA IN ASCESA

Elena Mattevi

SOMMARIO: 1. Il lavoro di pubblica utilità nelle sue varie declinazioni fino alle sue prime applicazioni come sanzione sostitutiva. 2. Il lavoro sostitutivo contemplato dal T.U. stupefacenti nella sua applicazione giurisprudenziale. 3. Il lavoro di pubblica utilità sostitutivo delle pene detentive brevi nella Riforma Cartabia. 4. Il lavoro di pubblica utilità per i casi contemplati dal T.U. in materia di sostanze stupefacenti: i confini della discrezionalità giudiziale in materia. 5. Lavori di pubblica utilità nella sospensione del procedimento con messa alla prova per reati di droga alla luce dei più recenti sviluppi normativi. Una scelta da ripensare.

1. Il lavoro di pubblica utilità nelle sue varie declinazioni fino alle sue prime applicazioni come sanzione sostitutiva

Il lavoro di pubblica utilità è un istituto che è presente nel nostro sistema sanzionatorio ormai da diversi decenni, ancorché variamente declinato nella sua natura giuridica¹.

Conosciuto come sanzione di conversione di una pena pecuniaria non eseguita per insolvibilità del condannato nella legge n. 689 del 1981, ma ben poco applicato in questo contesto, esso ha registrato una particolare effettività ed efficacia in ambito “settoriale” – quale pena “principale” nell’ordinamento penale del giudice di pace e soprattutto

¹ Per una panoramica ampia sul tema, anche con riferimento alle ipotesi in cui il lavoro di pubblica utilità assume la natura di sanzione amministrativa accessoria, cfr. T. TRAVAGLIA CICIRELLO, *La “nuova” frontiera del lavoro di pubblica utilità quale sanzione amministrativa accessoria*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2006, 1335 ss.

quale sanzione sostitutiva in fase commisurativa nell'ambito degli illeciti penali in materia di stupefacenti e di circolazione stradale – assumendo un ruolo cruciale nell'ambito della sospensione del procedimento con messa alla prova, prima della sua ulteriore recente implementazione come sanzione sostitutiva dovuta alla Riforma Cartabia.

La sanzione in questione si presenta come strumento di grande utilità nel combattere le pene detentive di breve durata, in quanto può permettere di rinunciare alla carcerazione senza perdere l'effetto di "correzione" tipico dell'obbligo di lavoro, attività di alto significato sociale². Il tema è rimasto tuttavia di scarso interesse pratico fino agli anni Settanta, quando si è cominciato a registrare una certa attenzione dei legislatori europei in questa direzione.

Si è assistito all'introduzione del *community service* in Gran Bretagna e alla significativa Risoluzione (76)10 del Consiglio d'Europa che il 9 marzo 1976 sollecitava gli Stati membri a eliminare gli ostacoli legati all'applicazione delle sanzioni sostitutive delle pene detentive, esaminando in particolare i vantaggi derivanti, in prospettiva sanzionatoria, dal servizio socialmente utile, che consente al condannato di scontare la sanzione rendendo un servizio alla comunità e alla stessa comunità di contribuire attivamente alla risocializzazione dell'autore del reato accogliendolo per l'esecuzione³.

Per quanto attiene all'ordinamento italiano, la spinta all'introduzione del lavoro di pubblica utilità nel sistema sanzionatorio veniva data dalla Corte costituzionale, la quale nel 1979 con la sentenza n. 131 dichiarava costituzionalmente illegittimo l'art. 136 c.p. che contemplava la conversione in pena detentiva della pena pecuniaria per insolvibilità

² Illuminanti sono sul punto le riflessioni di F. VON LISZT, *Kriminalpolitische Aufgaben* (1889-1892), in *Strafrechtliche Aufsätze und Vorträge*, I (1905), Berlin, 1970, 369 s., ricordate anche da T. TRAVAGLIA CICIRELLO, *La "nuova" frontiera del lavoro di pubblica utilità quale sanzione amministrativa accessoria*, cit., nt. 16, di cui si riporta la traduzione: «Lo *squalor carceris* [...] si può evitare quando si riesce a mantenere il carattere della pena senza mettere sotto chiave il condannato. Riteniamo fermamente che a conferire alla pena l'effetto di punizione e di correzione sia l'obbligo di lavoro, perciò si pone il problema di capire se sia possibile tenere fermo l'obbligo di lavoro, ma rinunciare alla carcerazione, mantenere cioè il nocciolo ma buttare via il guscio».

³ Il testo della Risoluzione (76)10 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa è consultabile all'indirizzo <https://rm.coe.int/0900001680500104>.

del condannato, per violazione dell'art. 3 Cost., in quanto dalla mera condizione economica del condannato – e solo da essa – si faceva derivare un aggravamento sostanziale della pena irrogata⁴.

Ben presto, così, la legge 24 novembre 1981, n. 689 introduceva l'opportunità per il soggetto condannato a una pena pecuniaria non eseguita per sua insolvibilità di chiedere l'ammissione al lavoro sostitutivo, in luogo della conversione della pena non eseguita in libertà controllata (art. 102).

Il lavoro sostitutivo consisteva in prestazione di attività non retribuita a favore della collettività da svolgere presso vari enti e istituzioni, previa stipula di speciali convenzioni da parte del Ministero di Grazia e Giustizia (art. 105), ma mancava una disciplina dettagliata del momento esecutivo della sanzione che riscosse uno scarso successo a causa di una generale diffidenza manifestata dalla giurisprudenza e della mancanza di queste convenzioni⁵.

Il quadro mutava parzialmente con l'introduzione della disciplina della competenza penale del giudice di pace, dove il lavoro di pubblica utilità – oltre a essere confermato nella sua natura di sanzione da “conversione” della pena pecuniaria non eseguita per insolvibilità del condannato – diventava altresì, finalmente, pena principale applicabile direttamente dal giudice della cognizione, ma solo su richiesta dell'imputato, senza dover attendere la fase esecutiva. Nel sistema sanzionatorio del giudice di pace, infatti, scomparivano le sanzioni detentive, reclusione e arresto, lasciando spazio alle sanzioni del lavoro di pubblica utilità e della permanenza domiciliare «che valorizzano la funzione rieducativa associata ad un modesto tasso di afflittività»⁶ oltre alla già conosciuta pena pecuniaria.

La disciplina di questa sanzione dai contenuti positivi merita di essere approfondita, visto che rimarrà un punto di riferimento per le riforme

⁴ Corte cost., 21 settembre 1979, n. 131, in <https://giurcost.org/decisioni/1979/0131-s-79.html>.

⁵ Cfr. C.E. PALIERO, *Il “lavoro libero” nella prassi sanzionatoria italiana: cronaca di un fallimento annunciato*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1986, 88 ss.

⁶ D. BRUNELLI, *Le sanzioni del diritto penale mite: funzioni e prospettive*, in G. CERQUETTI, C. FIORIO (a cura di), *Sanzioni e protagonisti del processo penale*, Padova, 2004, 3.

successive. A norma dell'art. 54 d.lgs. 28 agosto 2000 n. 274, il lavoro di pubblica utilità non può avere una durata inferiore a dieci giorni né superiore a sei mesi – tenendo conto del fatto che un giorno di lavoro consiste nella prestazione di due sole ore –, deve essere svolto nell'ambito della provincia in cui risiede il condannato e comporta la prestazione di non più di sei ore di lavoro a settimana, da svolgersi con tempi e modi che non pregiudichino le esigenze di lavoro, di studio, di famiglia e di salute del condannato. Il superamento delle sei ore settimanali può essere ammesso ma la durata giornaliera della prestazione non può comunque oltrepassare le otto ore. Sotto il profilo operativo, l'art. 54 c. 6 prevede che le concrete modalità di svolgimento del lavoro di pubblica utilità siano determinate con decreto del Ministero della giustizia che il Ministero ha effettivamente emanato il 26 marzo 2001. Il decreto in questione ha tuttavia definito, all'art. 1, l'attività propria del lavoro di pubblica utilità in maniera molto generica⁷, limitandosi a stabilire, all'art. 2, che il lavoro di pubblica utilità si svolge sulla base delle convenzioni stipulate con il Ministero della giustizia e, su delega di que-

⁷ Art. 1: Lavoro di pubblica utilità: «Il lavoro di pubblica utilità, consistente nell'attività non retribuita a favore della collettività da svolgere presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti od organizzazioni di assistenza sociale o di volontariato, a norma dell'art. 54, comma 6, del decreto legislativo 28 agosto 2000, n° 274, ha ad oggetto: a) prestazioni di lavoro a favore di organizzazioni di assistenza sociale o volontariato operanti, in particolare, nei confronti di tossicodipendenti, persone affette da infezione da HIV, portatori di handicap, malati, anziani, minori, ex-detenuiti o extracomunitari; b) prestazioni di lavoro per finalità di protezione civile, anche mediante soccorso alla popolazione in caso di calamità naturali, di tutela del patrimonio ambientale e culturale, ivi compresa la collaborazione ad opere di prevenzione incendi, di salvaguardia del patrimonio boschivo e forestale o di particolari produzioni agricole, di recupero del demanio marittimo e di custodia di musei, gallerie o pinacoteche; c) prestazioni di lavoro in opere di tutela della flora e della fauna e di prevenzione del randagismo degli animali; d) prestazioni di lavoro nella manutenzione e nel decoro di ospedali e case di cura o di beni del demanio e del patrimonio pubblico ivi compresi giardini, ville e parchi, con esclusione di immobili utilizzati dalle Forze armate o dalle Forze di polizia; e) altre prestazioni di lavoro di pubblica utilità pertinenti la specifica professionalità del condannato».

st'ultimo, con i Presidenti dei Tribunali⁸. Ancora una volta, però, il lavoro-pena non riesce a esprimere risultati incoraggianti⁹.

Il primo contesto in cui il lavoro di pubblica utilità ha assunto invece la natura che, forse anche solo per ragioni che potremmo definire “strumentali”, ne ha decretato il vero successo in termini di diffusione – quella di sanzione sostitutiva – è definito dalla disciplina in materia di sostanze stupefacenti e più precisamente dall'articolo 4-*bis* del d.l. 30 dicembre 2005 n. 272, che, unitamente alla parificazione del trattamento sanzionatorio per il reato avente ad oggetto le droghe pesanti e quelle leggere, ha introdotto nell'art. 73 T.U. sugli stupefacenti il comma 5-*bis*, a favore dei soggetti tossicodipendenti o comunque degli assuntori di sostanze stupefacenti o psicotrope. Il legislatore ha introdotto il lavoro di pubblica utilità qualificandolo come sanzione sostitutiva della pena detentiva applicata al tossicodipendente o al tossicofilo per i reati di produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti che presentino la caratteristica della lieve entità (art. 73 c. 5 T.U. stupefacenti) e per i quali non debba essere concessa la sospensione condizionale della pena, sempre su richiesta del condannato¹⁰.

⁸ Art. 2: Convenzioni: «L'attività non retribuita in favore della collettività è svolta sulla base di convenzioni da stipulare con il Ministero della giustizia o, su delega di quest'ultimo, con il Presidente del tribunale, nell'ambito e a favore delle strutture esistenti in seno alle amministrazioni, agli enti o alle organizzazioni indicati nell'art. 1, comma 1. Le convenzioni possono essere stipulate anche da amministrazioni centrali dello Stato con effetto per i rispettivi uffici periferici. Nelle convenzioni sono indicate specificamente le attività in cui può consistere il lavoro di pubblica utilità e vengono individuati i soggetti incaricati, presso le amministrazioni, gli enti o le organizzazioni interessati, di coordinare la prestazione lavorativa del condannato e di impartire a quest'ultimo le relative istruzioni. Nelle convenzioni sono altresì individuate le modalità di copertura assicurativa del condannato contro gli infortuni e le malattie professionali nonché riguardo alla responsabilità civile verso i terzi, anche mediante polizze collettive. I relativi oneri sono posti a carico delle amministrazioni, delle organizzazioni o degli enti interessati».

⁹ A tale riguardo è significativo consultare le sentenze inserite nella banca dati <http://www.giurisprudenzadipace.taa.it/ricerca.php>, che raccoglie i provvedimenti più significativi dei giudici di pace del Trentino-Alto Adige, a partire dal 2005. Le sentenze in cui la pena applicata è quella del lavoro di pubblica utilità sono sostanzialmente assenti.

¹⁰ Successivamente, la Corte costituzionale, con sentenza 12-25 febbraio 2014, n. 32, ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale del suddetto art. 4-*bis* d.l. 30

Torneremo poi più nel dettaglio sulla disciplina di questa sanzione sostitutiva e sui criteri ai quali si attiene la giurisprudenza nell'applicarla, ma il punto di riferimento normativo è rappresentato ancora una volta dal citato art. 54 del d.lgs. n. 274 del 2000. La vigilanza sull'esecuzione è tuttavia qui affidata all'ufficio locale di esecuzione penale esterna (u.l.e.p.e.) e non invece all'ufficio di pubblica sicurezza o al Comando dell'Arma dei carabinieri territorialmente competente, come per il lavoro di pubblica utilità applicato dal giudice di pace come sanzione principale (art. 59 d.lgs. 274/2000).

Sempre in tema di stupefacenti, invece, o più precisamente di reati commessi da persona tossicodipendente o da assuntore abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope e in relazione alla propria condizione di dipendenza o di assuntore abituale, con l'art. 3 c. 1 d.l. 1° luglio 2013, n. 78 è stata introdotta la possibilità di sostituire la pena detentiva

dicembre 2005, n. 272. L'attuale formulazione del c. 5-*bis*, che ripercorre la precedente reinserendo la disciplina della sanzione sostitutiva, è stata introdotta dall'art. 1 c. 24-*ter* lett. b) d.l. 20 marzo 2014, n. 36, convertito, con modificazioni, dalla l. 16 maggio 2014, n. 79. L'attuale formulazione dell'art. 5-*bis* è la seguente: «5-*bis*. Nell'ipotesi di cui al comma 5, limitatamente ai reati di cui al presente articolo commessi da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, il giudice, con la sentenza di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, su richiesta dell'imputato e sentito il pubblico ministero, qualora non debba concedersi il beneficio della sospensione condizionale della pena, può applicare, anziché le pene detentive e pecuniarie, quella del lavoro di pubblica utilità di cui all'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, secondo le modalità *ivi* previste. Con la sentenza il giudice incarica l'ufficio locale di esecuzione penale esterna di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità. L'ufficio riferisce periodicamente al giudice. In deroga a quanto disposto dal citato articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata. Esso può essere disposto anche nelle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, previo consenso delle stesse. In caso di violazione degli obblighi connessi allo svolgimento del lavoro di pubblica utilità, in deroga a quanto previsto dal citato articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, su richiesta del pubblico ministero o d'ufficio, il giudice che procede, o quello dell'esecuzione, con le formalità di cui all'articolo 666 del codice di procedura penale, tenuto conto dell'entità dei motivi e delle circostanze della violazione, dispone la revoca della pena con conseguente ripristino di quella sostituita. Avverso tale provvedimento di revoca è ammesso ricorso per cassazione, che non ha effetto sospensivo. Il lavoro di pubblica utilità può sostituire la pena per non più di due volte».

non superiore a un anno con il lavoro di pubblica utilità di cui all'art. 73 c. 5-bis T.U. sugli stupefacenti. In questo caso la sanzione sostitutiva si può applicare una sola volta per tutti i reati, salvo che si tratti di reato previsto dall'art. 407 c. 2 lett. a) c.p.p. o di reato contro la persona.

Per poter davvero comprendere la portata del successo del lavoro di pubblica utilità come sanzione sostitutiva, ben prima della Riforma Cartabia, non si può non menzionare la svolta impressa al sistema dalla legge 29 luglio 2010, 120, in tema di sicurezza stradale.

Già nel 2006 si era invero assistito alla singolare previsione di cui all'art. 224-bis C.d.S.¹¹, secondo cui il giudice può applicare la misura del lavoro di pubblica utilità quale sanzione amministrativa accessoria in caso di condanna alla pena della reclusione per delitto colposo commesso con violazione delle norme del codice della strada.

A partire dal 2010, però, il lavoro di pubblica utilità è stato introdotto rispetto alle fattispecie di cui agli articoli 186 e 187 del d.lgs. n. 285

¹¹ Con riferimento a questa sanzione dalla natura particolare, ci si è a lungo soffermati sulla mancanza della necessità, nel caso di specie, del consenso dell'imputato per la sua applicazione. Parte della dottrina ha però sottolineato come le argomentazioni che normalmente vengono addotte a supporto della necessità del consenso dell'imputato, e in particolare il riferimento a due testi normativi di portata sovranazionale, non appaiano dirimenti. Si tratta dell'art. 4 c. 2 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali e degli artt. 1 e 2 della Convenzione sul lavoro forzato, n. 29 del 1930, del *Bureau International du Travail*, entrambe convenzioni ratificate dall'Italia che impongono il divieto del lavoro forzato od obbligatorio. I medesimi testi normativi, però, prevedono un'eccezione proprio per l'ipotesi del lavoro richiesto a un soggetto detenuto o sottoposto a libertà condizionata in forza di condanna emessa da un organo giurisdizionale. La medesima dottrina, quale ulteriore argomento per corroborare la tesi della non necessità del consenso, cita anche il dettato di cui all'art. 23 Cost., in cui si stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» sostenendo che, nel concetto di legge, ben possa rientrare anche la legge penale. Cfr. in questo senso: T. TRAVAGLIA CICIRELLO, *La "nuova" frontiera del lavoro di pubblica utilità quale sanzione amministrativa accessoria*, cit., 1354 ss.; D. POTETTI, *Il lavoro di pubblica utilità di cui all'art. 224-bis C. Strad.*, in *Cass. pen.*, 2010, 297 ss. La necessità del consenso viene invece ricollegata all'ideale rieducativo sotteso alla pena medesima più come sanzione sostitutiva o come pena principale, tuttavia, che come sanzione amministrativa accessoria: essa potrà essere rieducativa solo se il condannato sarà disposto ad "accettarla". In questo senso: I. LEONCINI, *La pena del lavoro di pubblica utilità: problematiche applicative*, in *Arch. giur.*, 2003, 395.

del 1992 (reati di guida in stato di ebbrezza e di alterazione per l'uso di sostanze stupefacenti) quale sanzione sostitutiva, condizionata esclusivamente alla mancata opposizione del condannato, facendosi rinvio ancora una volta alla disciplina di cui agli artt. 54 e ss. del d.lgs. n. 274/2000, nei limiti della compatibilità. La vera novità dell'approccio – che poteva perfino far dubitare della natura davvero sostitutiva della sanzione, essendo un profilo del tutto estraneo alle sanzioni sostitutive tradizionali – stava tuttavia nelle conseguenze premiali che venivano ricollegate all'espletamento corretto della prestazione lavorativa non retribuita¹² (art. 186 c. 9-*bis* e art. 187 c. 8-*bis* del d.lgs. n. 285 del 1992). Il legislatore ha infatti previsto l'estinzione del reato, il dimezzamento del periodo di sospensione della patente di guida e la revoca della confisca obbligatoria del veicolo.

Non stupisce pertanto che, a fronte dei cospicui benefici previsti, le richieste di ammissione alla sostituzione si siano moltiplicate e si siano diffuse le convenzioni tra Ministero o tribunale ed enti presso cui svolgere l'attività lavorativa gratuita¹³. È questo il momento in cui il lavoro di pubblica utilità si afferma come sanzione credibile e si creano le condizioni per poter scommettere ulteriormente sullo stesso nel quadro degli ulteriori sviluppi del sistema sanzionatorio penale¹⁴.

¹² Rammentiamo che il medesimo intervento legislativo, se da un lato ha privilegiato un'ottica di favore per il condannato prevedendo la possibilità di sostituzione citata, oltre ai correlativi benefici premiali in ipotesi di corretto espletamento, dall'altro ha previsto un correlativo inasprimento sanzionatorio.

¹³ Per un'analisi di alcune questioni operative poste sul punto dalla sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità nell'ambito dei reati previsti dal Codice della Strada, sia consentito rinviare ad A. MENGHINI, E. MATTEVI, *Recenti orientamenti sul lavoro di pubblica utilità*, in *Dir. pen. cont.*, 2/2014, 117 ss.

¹⁴ Ancora prima delle novità in materia di sanzioni sostitutive introdotte dalla Riforma Cartabia, su cui ci soffermeremo più avanti, basti ricordare l'introduzione dell'istituto della sospensione del procedimento con messa alla prova anche per i soggetti maggiorenni, intervenuta ad opera della legge 28 aprile 2014, n. 67. Il lavoro di pubblica utilità riveste qui un'importanza centrale, divenendo condizione necessaria per l'ammissione al beneficio, e assume caratteristiche peculiari rispetto a durata e luogo di svolgimento della prestazione lavorativa.

2. Il lavoro sostitutivo contemplato dal T.U. stupefacenti nella sua applicazione giurisprudenziale

A partire dal 2005 il lavoro di pubblica utilità è stato introdotto nel sistema come sanzione sostitutiva, ai sensi dell'art. 73 c. 5-*bis*, e più tardi, dal 2013, ai sensi dell'art. 73 c. 5-*ter* T.U. stupefacenti.

Il rilievo sul piano della prevenzione speciale e di quella generale che può assumere il lavoro di pubblica utilità è ampiamente riconosciuto. Da un lato, la prestazione di attività lavorativa a favore della collettività riesce a sensibilizzare il condannato, che si rende utile, verso i valori sociali e a recuperare un rapporto positivo tra il reo e la società, mettendo la comunità nella condizione di riaccogliere colui che esprime un concreto impegno riparatorio nei suoi confronti, e, dall'altro, ci si trova pur sempre davanti a una sanzione caratterizzata da un certo tasso di afflittività – a un impegno concretamente assunto – e non a una pena destinata a rimanere sulla carta grazie a qualche meccanismo sospensivo, come nella maggior parte dei casi di condanna a pena detentiva per reati di gravità medio-bassa¹⁵. È pur sempre una punizione, come è stato puntualmente detto, anche se “in libertà”¹⁶.

In questo specifico contesto, poi, il lavoro assume un significato ulteriore. Esso è volto prioritariamente a favorire il recupero del tossicodipendente, visto che per poter accedere alla sostituzione è necessario essere quanto meno “assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope”, per l'ipotesi di cui all'art. 73 c. 5-*bis*, oppure “assuntore abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope”, per l'ipotesi di cui all'art. 73 c. 5-*ter*. Come ha chiarito anche la giurisprudenza, il trattamento di favore «si giustifica solo con l'intento di favorire la risocializzazione di soggetti, che, a causa di tale *addictio*, potrebbero nuovamente delinquere»¹⁷. Possiamo aggiungere che la sostituzione è anche in grado di evitare

¹⁵ Cfr. T. TRAVAGLIA CICIRELLO, *La riforma delle sanzioni sostitutive e le potenzialità attuabili del lavoro di pubblica utilità*, in *Legisl. pen.* (21 settembre 2022), 10 ss.; ID., *La “nuova” frontiera del lavoro di pubblica utilità quale sanzione amministrativa accessoria*, cit., 1335 ss.

¹⁶ R. BARTOLI, *Punire in libertà: le nuove pene sostitutive*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2023, 1402.

¹⁷ Cass., 3 febbraio 2017, n. 45535, in *Dejure*.

l'ingresso in carcere di persone in condizioni di salute spesso difficili, che richiederebbero servizi socio-assistenziali di maggior qualità rispetto a quelli *ivi* presenti.

In base al combinato disposto dell'art. 54 del d.lgs. n. 274 del 2000 e dello stesso comma 5-*bis* dell'art. 73 del d.P.R. n. 309 del 1990, l'attività non retribuita in favore della collettività deve essere svolta presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti e organizzazioni di assistenza sociale o di volontariato e presso le strutture private autorizzate ai sensi dell'art. 116 del d.P.R. n. 309 del 1990 che svolgono attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di soggetti tossicodipendenti.

Nonostante il rinvio alla disciplina generale di cui al d.lgs. 274/2000, ci sono alcune differenze da considerare. In particolare, per quanto riguarda la durata, secondo l'art. 54 comma 2 del d.lgs. 274/2000, essa non può essere inferiore a dieci giorni, né superiore a sei mesi, mentre, nel caso in esame la sanzione sostitutiva «ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata». Sembrano diverse poi le conseguenze legate alla violazione degli obblighi imposti. Il d.lgs. 274/2000, infatti, contempla una fattispecie delittuosa *ad hoc*, rubricata violazione degli obblighi (art. 56), che prevede la sanzione della reclusione fino a un anno, mentre l'art. 73 c. 5-*bis* T.U. stupefacenti prevede solo che, in caso di violazione degli obblighi connessi alla prestazione lavorativa, il giudice che procede o il giudice dell'esecuzione, a richiesta del P.M. o d'ufficio, con le formalità di cui all'art. 666 c.p.p., tenuto conto dei motivi, dell'entità e delle circostanze della violazione, disponga la revoca della pena del lavoro di pubblica utilità, con ripristino della pena sostituita¹⁸.

Sul piano oggettivo la sostituzione può riguardare – per non più di due volte – unicamente i fatti di lieve entità previsti dall'art. 73 T.U. stu-

¹⁸ Si noti, in relazione a questo profilo, che la revoca non pare automatica, potendo il giudice limitarsi a comminare nuove e diverse prescrizioni o a modificare semplicemente le preesistenti. Il giudice ha infatti discrezionalità nel tener conto «dell'entità dei motivi e delle circostanze della violazione». Ulteriore aspetto interessante è quello riguardante la riviviscenza dell'originaria sanzione, essendo particolarmente dibattuto se sia possibile una rideterminazione della pena che tenga conto del presofferto. Cfr. G. AMATO, *La sostituzione della pena con il lavoro di pubblica utilità alla prova della Cassazione*, in *Cass. pen.*, 2009, 325 ss.

pefacenti e – per una sola volta – reati diversi commessi «in relazione alla propria condizione di dipendenza o di assuntore abituale», quando la pena inflitta non è superiore a un anno di detenzione e non si tratti di reato contemplato dall'art. 407 c. 2 lett. a) c.p.p. o di reato contro la persona.

Quanto agli ulteriori presupposti, oltre al requisito piuttosto ampio dell'assunzione – “abituale”, nel caso del c. 5-ter – di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte del soggetto che, prima della sentenza¹⁹, chiede la sostituzione, deve versarsi in un'ipotesi in cui il giudice non debba concedere il beneficio della sospensione condizionale della pena.

La giurisprudenza ha chiarito che, qualora le condizioni soggettive descritte non emergano dagli atti, è onere dell'interessato quello di articolare positivamente la prova – che può essere unicamente documentale in ipotesi di patteggiamento – che deve estendersi fino alla relazione tra il reato e la propria condizione soggettiva, qualora si tratti dell'ipotesi di cui all'art. 73 c. 5-ter. Forzando forse il dato normativo ma fondando l'affermazione sulla peculiare funzione risocializzante del lavoro-pena in questo contesto, poi, la giurisprudenza ha talora precisato che l'assunzione non deve essere occasionale ed episodica neppure nell'ipotesi di cui all'art. 73 c. 5-bis, quanto piuttosto qualcosa di paragonabile a una effettiva *addictio* all'uso delle sostanze, non giustificandosi diversamente il trattamento di favore riservato al condannato dalla disposizione²⁰.

In ogni caso, anche qualora la prova venga raggiunta e sussistano gli altri presupposti di legge, la trasformazione della condanna al carcere

¹⁹ Sotto questo profilo si nota un'ulteriore differenza di disciplina rispetto alla pena-lavoro contemplata dal sistema penale del giudice di pace, contesto nel quale la richiesta dell'imputato di applicazione del lavoro di pubblica utilità non può che essere successiva alla sentenza, visto che è in tale sede che il giudice, laddove ritenga di poter applicare il lavoro di pubblica utilità, indica tipo e durata di questa sanzione paradetentiva, rispetto alla quale l'imputato o il suo difensore munito di procura speciale possono avanzare la relativa richiesta. A conferma della differenza di disciplina si è espressa Cass., 27 giugno 2008, n. 34620, in *Cass. pen.*, 2009, 324, chiarendo che in materia di stupefacenti non si applica il meccanismo di “formazione progressiva” della sentenza, previsto, in tema di procedimento penale davanti al giudice di pace, dall'art. 33 d.lgs. 28 agosto 2000, n. 274.

²⁰ Così Cass., 3 febbraio 2017, n. 45535, cit.

nel lavoro di pubblica utilità non avviene automaticamente: spetta al giudice valutare caso per caso se procedere o meno alla sostituzione, anche in ipotesi di patteggiamento²¹, tenendo conto della meritevolezza dell'imputato e fornendo congrua motivazione²².

Sebbene le disposizioni del T.U. stupefacenti non si esprimano sul punto, il parametro costituzionale di riferimento per l'apprezzamento discrezionale del giudice è costituito dall'art. 27 c. 3 Cost., e quindi risiede nell'idoneità rieducativa della sanzione, ma rilevano altresì i consueti parametri commisurativi di cui all'art. 133 c.p., quali l'entità del fatto e la personalità dell'autore²³. In termini molto ampi, in questo quadro può rientrare anche la valutazione della «capacità, idoneità e affidabilità lavorativa e sociale dell'autore del reato»²⁴; in negativo, può rilevare «la proclività a delinquere» del condannato, «con conseguente pericolo per la collettività»²⁵.

3. Il lavoro di pubblica utilità sostitutivo delle pene detentive brevi nella Riforma Cartabia

Se il lavoro di pubblica utilità assume una centralità indiscutibile nell'ambito della messa alla prova, dove costituisce un contenuto im-

²¹ Così Cass., 27 giugno 2008, n. 34620, cit., 324; Cass., 31 gennaio 2019, n. 11232, in *Dejure*.

²² Cfr. Cass., 15 marzo 2016, n. 39022, in *Cass. pen.*, 2017, 801; Cass., 18 giugno 2009, n. 38110, in *Dejure*.

²³ Così Cass., 27 gennaio 2011, n. 6876, in *Dejure*.

²⁴ Cass., 14 gennaio 2013, n. 6140, in *Dejure*; Cass., 31 gennaio 2019, n. 11232, cit.

²⁵ Cass., 27 gennaio 2011, n. 6876, cit., ove si ripercorrono schematicamente le quattro condizioni necessarie per procedere all'applicazione della sanzione del lavoro di pubblica utilità di cui all'art. 73 c. 5-bis d.P.R. n. 309 del 1990, in luogo della pena detentiva e cioè: a) che l'interessato sia tossicodipendente o comunque assuntore di stupefacenti; b) che sia intervenuta sentenza di condanna o di patteggiamento la quale abbia riconosciuto l'attenuante del fatto di lieve entità; c) che l'imputato abbia espressamente richiesto, eventualmente anche in via subordinata ma comunque prima della sentenza, la sostituzione delle pene irrogate con quella del lavoro di pubblica utilità; d) che non ricorrano le condizioni per la concessione della sospensione condizionale della pena.

prescindibile di un programma più complesso (art. 168-*bis* c. 3 c.p.)²⁶, è con la Riforma Cartabia che si afferma per la prima volta come pena sostitutiva delle pene detentive brevi ad ampio spettro, imponendo un raccordo non sempre immediato con le forme di lavoro sostitutivo già note.

Con la Riforma, che mira condivisibilmente a ridurre gli spazi della pena detentiva, le pene sostitutive hanno mutato la loro soglia di intervento, innalzata da due a quattro anni di pena detentiva, ed è stato riscritto il loro catalogo: la semidetenzione e la libertà controllata hanno lasciato il posto alla semidetenzione, alla detenzione domiciliare e, appunto, al lavoro di pubblica utilità, «strumenti già noti ma inquadrati in altre aree dell'apparato sanzionatorio dove hanno dato prova di migliore riuscita»²⁷.

Sebbene la scelta di espungere dal catalogo delle pene sostitutive l'affidamento in prova, che costituisce la misura alternativa di maggior successo, rimanga ampiamente discutibile e per certi versi contraddittoria²⁸, l'idea di fondo di questo modello è abbastanza chiara. Incrementando la soglia della pena sostituibile da due a quattro anni la si fa coincidere con quella della pena la cui esecuzione – dopo la sentenza della Corte cost., 2 marzo 2018 n. 41 – può essere sospesa *ex art.* 656 c. 5 c.p.p. La semilibertà e la detenzione domiciliare, con alcune differenze di contenuto, continuano a essere previste anche come misure alternative alla detenzione applicabili in sede esecutiva, ma possono essere applicate altresì nel giudizio di cognizione, con un incremento nell'accesso alle

²⁶ La centralità del lavoro nella disciplina di questa misura sospensivo-probatoria è confermata dall'art. 168-*quater* c.p., che indica il rifiuto opposto alla prestazione dell'attività non retribuita quale causa di revoca anticipata.

²⁷ T. TRAVAGLIA CICIRELLO, *La riforma delle sanzioni sostitutive e le potenzialità attuabili del lavoro di pubblica utilità*, cit., 5.

²⁸ Il Progetto di Riforma elaborato dalla Commissione Ministeriale presieduta da Giorgio Lattanzi (pubblicata su *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2021, 1509 ss.) aveva previsto l'introduzione dell'affidamento in prova tra le pene sostitutive della pena detentiva fino a quattro anni, ma la disposizione non ha trovato ospitalità nella legge delega e quindi neppure nel d.lgs. 150/2022.

pene sostitutive e con un'auspicabile riduzione del numero dei c.d. "liberi sospesi"²⁹.

Anche in questo contesto al giudice – al quale sono affidate valutazioni sulla possibile evoluzione personale del condannato, fino a ora riservate soprattutto alla magistratura di sorveglianza – è riconosciuto un ampio potere discrezionale innanzitutto sull'*an* della sostituzione, guidato dalla stella polare dell' idoneità rieducativa, sempre che sia tuttavia assicurata anche la prevenzione del pericolo di commissione di altri reati, sulla falsariga di quanto disposto dall'art. 47 c. 2 l. 26 luglio 1975 n. 354³⁰. L'art. 58 l. 24 novembre 1981, n. 689, così modificato dalla Riforma Cartabia, richiama espressamente i criteri dell'art. 133 c.p., precisa che vi è incompatibilità con la sospensione condizionale della pena e che comunque la pena detentiva non può essere sostituita quando vi siano fondati motivi per ritenere che le prescrizioni non saranno adempiute dal condannato.

Se dovrebbe essere scontato che la scelta sia favorevole alla sostituzione laddove si consideri la maggior idoneità rieducativa – rispetto a una carcerazione – di sanzioni che limitino solo parzialmente la libertà personale, l'esito del giudizio cessa di essere scontato se si apre a considerazioni di difesa sociale. Come si legge nella Relazione Illustrativa al decreto legislativo n. 150/2022:

la decisione sulla sostituzione della pena detentiva è anche una decisione sull'esecuzione della pena nella comunità, in tutto o in parte. Di qui

²⁹ Come illustra A. GARGANI, *"Pene sostitutive" e misure alternative alla detenzione: incongruenze e ineffettività del nuovo assetto legislativo*, in A. MENGHINI, E. MATTEVI (a cura di), *La Riforma Cartabia tra non punibilità e nuove risposte sanzionatorie*, Napoli, 2023, 23, ben prima della Riforma era stato criticato il fatto che la competenza a decidere su istanze di concessione di misure alternative *ab initio* permanesse in capo al tribunale di sorveglianza – nonostante per l'applicazione delle stesse si prescindesse dai risultati del trattamento – auspicando che fosse il giudice della cognizione ad assumere questa competenza.

³⁰ Cfr. A. GARGANI, *"Pene sostitutive" e misure alternative alla detenzione: incongruenze e ineffettività del nuovo assetto legislativo*, cit., 29.

la necessità di opportune valutazioni sul pericolo di recidiva, in funzione di difesa sociale³¹.

Bisogna considerare però che quest'ultimo momento valutativo, in particolare, non può che essere condizionato dal tipo di sanzione sostitutiva che sarà applicata e dalle prescrizioni che, come vedremo, vi si accompagneranno.

La pena detentiva inflitta entro il limite dei quattro anni può essere sostituita con la semilibertà o con la detenzione domiciliare; quella inflitta entro il limite dei tre anni può essere sostituita anche con il lavoro di pubblica utilità; quella inflitta entro il limite di un anno può essere sostituita altresì con la pena pecuniaria (art. 20-*bis* c.p.). Tra le varie opzioni possibili il giudice deve scegliere quella più rieducativa e risocializzante, con il minor sacrificio della libertà personale, tenendo conto delle condizioni “soggettive” legate all’età, alla salute fisica o psichica, alla maternità o paternità e anche – profilo di particolare interesse in questa sede – delle condizioni «di disturbo da uso di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche [...] certificate dai servizi pubblici o privati autorizzati» (art. 58 c. 4 l. 689/1981).

Sul piano soggettivo la sostituzione è poi preclusa, per gli imputati maggiorenni, in presenza di alcuni presupposti fissati dall’art. 59 l. 689/1981. Per quanto interessa, in particolare, il lavoro di pubblica utilità, la pena detentiva non può essere sostituita nei confronti di chi ha commesso il reato entro tre anni dalla revoca della semilibertà, della detenzione domiciliare o del lavoro di pubblica utilità ai sensi dell’art. 66 ovvero nei confronti di chi ha commesso un delitto non colposo durante l’esecuzione delle pene sostitutive, nonché nei confronti dell’imputato di uno dei reati di cui all’art. 4-*bis* l. 354/1975 e del reato a cui deve essere applicata una misura di sicurezza personale³².

L’attitudine rieducativa del lavoro di pubblica utilità è più spiccata, se rapportata alle altre pene sostitutive, che sono prive di contenuti po-

³¹ *Relazione Illustrativa al d.lgs. 150/2022*, in https://www.sistemapenale.it/pdf_convenuti/1666216475_relazioneill-pulito-barrato-181022.pdf, 210.

³² Cfr. G. BIONDI, *L’applicazione delle pene sostitutive di pene detentive brevi nella fase di cognizione del processo penale*, in *Sist. pen.*, 2/2024, 100 s.

sitivi davvero paragonabili a suoi³³. Come anticipato, per coglierne le caratteristiche concrete secondo il modello disegnato dalla Riforma Cartabia, è necessario riferirsi tuttavia alla disciplina dettata dall'art. 56-*bis* l. 689/1981, tenendo conto delle pesanti “prescrizioni comuni” di cui all'art. 56-*ter* l. 689/1981 e di un dato ulteriore che è comune a tutte le altre pene sostitutive neointrodotte: quello per cui la prevenzione del pericolo di commissione di altri reati può essere assicurata dal giudice anche con ulteriori “opportune prescrizioni” (art. 58 c. 1 l. 689/1981).

Se il lavoro consiste sempre nella prestazione di attività non retribuita in favore della collettività e si ravvisano solo differenze minime rispetto alla disciplina offerta nell'ambito del microsistema del giudice di pace – l'attività deve essere svolta, ma solo “di regola”, nell'ambito della regione (e non della provincia)³⁴ e le ore settimanali sono non meno di sei e non più di quindici (e non sei al massimo), salva tuttavia ogni più ampia deroga e quindi un elevato grado di flessibilità³⁵ – sono le prescrizioni comuni alle diverse sanzioni sostitutive ad appesantire di molto questa pena-lavoro, che finisce per limitare, per esempio, la libertà di circolazione. Vi è il divieto di detenere e portare armi, il divieto di frequentare abitualmente pregiudicati, persone sottoposte a misure di sicurezza, a misure di prevenzione o comunque persone che esponano il condannato a rischio di commissione di reati, l'obbligo di permanere

³³ T. TRAVAGLIA CICIRELLO, *La riforma delle sanzioni sostitutive e le potenzialità attuabili del lavoro di pubblica utilità*, cit., 7 ss. L'Autrice (p. 9) precisa che «l'attitudine fortemente rieducativa del lavoro di pubblica utilità è *in re ipsa* oltre ad essere esplicitamente testimoniata, se mai ve ne fosse stato bisogno, dalla più recente scelta legislativa che lo ha riguardato, ovvero il suo espresso inserimento, ad opera della legge n. 124 del 2018, tra gli elementi principali del trattamento rieducativo del detenuto».

³⁴ La collocazione delle attività nell'ambito della regione di residenza, fatta salva la possibilità di deroghe, è conseguenza di un intervento della Corte costituzionale che – con la sentenza n. 179/2013 – aveva dichiarato illegittimo l'art. 54 c. 3 d.lgs. n. 274/2000 «nella parte in cui non prevede che, se il condannato lo richiede, il giudice può ammetterlo a svolgere il lavoro di pubblica utilità fuori dall'ambito della provincia in cui risiede».

³⁵ Come chiarisce la *Relazione Illustrativa al d.lgs. 150/2022*, cit., 200: «La forbice temporale (da sei a quindici ore) è funzionale a consentire al giudice, con elasticità, di individualizzare la pena e il programma di trattamento, alla luce delle finalità di rieducazione e reinserimento sociale, sulla base delle concrete esigenze del condannato e dell'ente presso il quale svolge il lavoro».

nell'ambito territoriale stabilito nel provvedimento, il ritiro del passaporto e la sospensione della validità di ogni documento equipollente ai fini dell'espatrio, l'obbligo di conservare e di portare con sé, esibendolo agli organi di polizia, il provvedimento che applica o dà esecuzione alla pena sostitutiva nonché, ove il giudice lo prescriva al fine di prevenire la commissione di ulteriori reati, il divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa.

Pure in questo contesto è l'ufficio locale di esecuzione penale esterna (u.l.e.p.e.) che deve prendere in carico il condannato, ma, a differenza di quanto previsto per il lavoro sostitutivo del T.U. in materia di stupefacenti, è richiesto altresì l'intervento degli organi di polizia – l'ufficio di pubblica sicurezza o il Comando dell'Arma dei carabinieri competenti in relazione al comune in cui il condannato risiede – chiamati a verificare, con il primo, «l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità» (art. 63 c. 3 l. 689/1981). Questi ultimi, del resto, insieme al nucleo di polizia penitenziaria presso l'u.l.e.p.e. sono chiamati a verificare altresì che il condannato adempia alle ulteriori prescrizioni impostegli (art. 65 l. 689/1981).

In caso di positivo svolgimento del lavoro il giudice dichiara eseguita la pena ed estinto ogni altro effetto penale e la confisca non obbligatoria viene revocata, anche se solo in caso di decreto penale di condanna e di patteggiamento per l'ipotesi in cui il lavoro si sia accompagnato al risarcimento del danno e alla eliminazione delle conseguenze dannose del reato, ove possibili (art. 56-*bis* c. 5 l. 689/1981); in ipotesi di «mancata esecuzione della pena sostitutiva» oppure di «violazione grave o reiterata degli obblighi e delle prescrizioni» inerenti alla sanzione sostitutiva interviene, invece, la revoca della pena sostitutiva stessa da parte del giudice che ha applicato il lavoro e la parte residua si converte nella pena detentiva sostituita ovvero in altra pena sostitutiva più grave (art. 66 l. 689/1981). Qualora poi il condannato, senza giusto motivo, addirittura non si rechi nel luogo in cui deve svolgere il lavoro ovvero lo abbandoni si configura il reato di cui all'art. 56 d.lgs. 274/2000 (art. 72 c. 2 l. 689/1981).

È necessario ricordare infine che durante il periodo in cui la sanzione sostitutiva viene eseguita può intervenire un'ulteriore causa di revoca: la condanna a pena detentiva per un delitto non colposo commesso

dopo l'applicazione ovvero nel corso dell'esecuzione stessa, quando la condotta appaia incompatibile con la prosecuzione della pena sostitutiva (art. 72 c. 4 l. 689/1981).

4. Il lavoro di pubblica utilità per i casi contemplati dal T.U. in materia di sostanze stupefacenti: i confini della discrezionalità giudiziale in materia

Se proviamo, quindi, a mettere in relazione il lavoro sostitutivo contemplato dal T.U. stupefacenti con quello introdotto dalla Riforma Cartabia possiamo notare che dovrebbe essere preferibile, per il condannato che ne abbia i requisiti, accedere al primo, che ha un contenuto meno afflittivo.

In base all'art. 58 c. 4 l. 689/1981, del resto, appare chiaro che l'istituto generale si possa applicare anche alle ipotesi contemplate dal T.U. stupefacenti, visto che è necessario tener conto delle condizioni «di disturbo da uso di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche [...] certificate dai servizi pubblici o privati autorizzati».

Il condannato dovrebbe poter esprimere la propria preferenza per una delle due forme di lavoro sostitutivo. Per procedere alla sostituzione della pena detentiva con il lavoro di pubblica utilità è infatti sempre necessario il consenso dell'interessato – anche per garantirne, in concreto, la finalità rieducativa; un consenso che la Riforma Cartabia richiede pure per le altre sanzioni sostitutive, con l'eccezione della sola pena pecuniaria, come ben si comprende anche dalla lettura dell'art. 545-*bis* c.p.p., che disciplina l'attività sostitutiva del giudice dando vita a un meccanismo processuale complesso che coinvolge l'u.l.e.p.e. e la polizia giudiziaria, ispirato al *sentencing* di natura anglosassone³⁶ e capace di dare

³⁶ A tale riguardo cfr. le riflessioni di A. GARGANI, “*Pene sostitutive*” e misure alternative alla detenzione: incongruenze e ineffettività del nuovo assetto legislativo, cit., 35. M. PELISSERO, *Guardando avanti*, in A. MENGHINI, E. MATTEVI (a cura di), *La Riforma Cartabia tra non punibilità e nuove risposte sanzionatorie*, cit., 221 evidenzia come la riforma prospetti «una soluzione che apre a un sistema bifasico di commisurazione della pena, una volta imboccata la strada dello spostamento in fase di cognizione di scelte decisive di *diversion* per contrarre l'applicazione della pena detentiva».

attuazione a istanze di individualizzazione della pena fin dalla fase della sua irrogazione.

Quanto ai requisiti, l'art. 73 T.U. stupefacenti delimita il campo applicativo sul piano oggettivo, come abbiamo visto, indicando le sole ipotesi della lieve entità (art. 73 c. 5) e dell'applicazione di una pena non superiore a un anno per un reato – commesso in relazione alla propria condizione di dipendenza o di assuntore abituale – che non sia previsto dall'art. 407 c. 2 lett. a) c.p.p. e non sia contro la persona. Sul piano soggettivo, invece, il soggetto attivo deve essere tossicodipendente oppure assuntore – “abituale” nell'ipotesi di cui all'art. 73 c. 5-ter – di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Anche se in concreto è difficile immaginare che un giudice della cognizione si spinga con grande frequenza a operare la sostituzione a fronte di nuove condotte di reato successive o concomitanti all'esecuzione della pena sostitutiva – visto che esse potrebbero apparire espressione tangibile di uno scarso successo dell'istituto sul fronte rieducativo – è bene ricordare che il T.U. stupefacenti limita il numero delle sostituzioni a due, per l'ipotesi di cui all'art. 73 c. 5-bis, e a una sola, per l'ipotesi di cui all'art. 73 c. 5-ter, mentre non ci sono limiti espressi nel numero di volte in cui si può accedere alla sostituzione in base alla Riforma Cartabia.

Qualora i requisiti contemplati dal T.U. stupefacenti non sussistano, la sostituzione della pena detentiva fino a tre anni può essere operata in base alla Riforma Cartabia, sempre che non si ricada nelle esclusioni contemplate dall'art. 59 l. 689/1981.

È necessario evidenziare comunque che la pena sostitutiva non costituisce un diritto dell'imputato. Considerazioni simili sono state già svolte dalla giurisprudenza per il lavoro sostitutivo contemplato dal T.U. stupefacenti ma, per quanto riguarda l'esercizio della discrezionalità giudiziale nelle sanzioni sostitutive delineate dalla Riforma Cartabia, come già ricordato, vi è un'espressa e più marcata necessità di tener conto, in sede di conversione della pena, di esigenze di difesa sociale, da affrontare anche attraverso il ricorso a specifiche prescrizioni; dato, quest'ultimo, che si riverbera inevitabilmente sul contenuto di una sanzione che può diventare ancora più gravosa di quanto già non lo sia in forza dell'art. 56-ter l. 689/1981.

Per completare il quadro è necessario considerare un solo dato ulteriore. Le uniche differenze significative che, qualora sussistessero i presupposti per applicare entrambe le forme di sostituzione, potrebbero far forse propendere il condannato per il lavoro sostitutivo contemplato dalla Riforma Cartabia in alcune limitate ipotesi, sono quelle legate al venir meno della confisca – nei casi descritti dall’art. 56-*bis* l. 689/1981 – e, soprattutto, all’esclusione dell’applicazione dell’art. 120 d.lgs. 285/1992, possibile soltanto per la pena-lavoro prevista dalla Riforma del 2022. È importante ricordare, infatti, che, in base a questa disposizione, non possono conseguire la patente di guida coloro che rientrano in alcune categorie e, tra queste, in particolare quella delle persone condannate per i reati di cui agli articoli 73 e 74 T.U. stupefacenti, fatti salvi gli effetti di provvedimenti riabilitativi. Quando queste condizioni soggettive intervengono in data successiva al rilascio, il prefetto può provvedere alla revoca³⁷. Come si legge nella Relazione Illustrativa al decreto tale esclusione rappresenta un incentivo alla sostituzione della pena detentiva con il lavoro ma risponde soprattutto

all’esigenza di escludere effetti negativi, quanto al possesso della patente di guida, in rapporto a condannati che, anche e proprio per svolgere l’attività lavorativa, hanno necessità della patente di guida per i propri spostamenti³⁸.

Esso evita che il processo di integrazione sociale del condannato possa essere ostacolato.

Muovendoci dal terreno delle ipotesi a quello dei numeri di effettivo accesso alla sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità è già possibile effettuare qualche prima considerazione. I dati confermano una certa crescita nel ricorso al lavoro-pena, a conferma di quando afferma-

³⁷ È stata la Corte costituzionale, con sentenza 24 gennaio - 9 febbraio 2018, n. 22, ad aver dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 120 c. 2 d.lgs. 30 aprile 1992, n. 285, nella parte in cui – con riguardo all’ipotesi di condanna per reati di cui agli artt. 73 e 74 T.U. stupefacenti, che intervenga in data successiva a quella di rilascio della patente di guida – «dispone che il prefetto «provvede» – invece che «può provvedere» – alla revoca della patente».

³⁸ Cfr. *Relazione Illustrativa al d.lgs. 150/2022*, cit., 201.

to da Emilio Dolcini: quella che sembrava una sanzione «nata morta»³⁹ è risultata essere alla lunga viva e vitale⁴⁰. Tale crescita, peraltro, è ancora più significativa se si pensa alla preclusione all'impugnazione in appello introdotta dalla Riforma Cartabia per le sentenze che applicano il lavoro sostitutivo (art. 593 c. 3 c.p.p.).

Secondo i dati forniti dal Ministero della Giustizia i soggetti in carico all'u.l.e.p.e. a titolo di lavoro libero nel 2021 erano 1004 per reati in materia di stupefacenti (a fronte dei 15.228 per reati connessi alla circolazione stradale) e 1.063 (a fronte di 15.179 per reati connessi alla circolazione stradale) nel 2022⁴¹.

Il quadro è iniziato a mutare nel 2023, con l'operatività della Riforma Cartabia, quando è intervenuto anche il lavoro come pena sostitutiva per tutti i reati, senza tuttavia ostacolare gli accessi alla sostituzione ai sensi del T.U. stupefacenti. Non disponiamo di dati disaggregati sui reati commessi da coloro che hanno potuto accedere alla sostituzione in lavoro libero in forza della l. 689/1981, ma nel 2023 i soggetti in carico per lavoro sostitutivo erano addirittura cresciuti a 1.321 per reati in materia di stupefacenti (a fronte dei 17.300 per reati connessi alla circolazione stradale), mentre già 1.741 condannati erano in carico all'u.l.e.p.e. per lavoro libero ai sensi della Riforma Cartabia. Il 15 aprile 2024 i soggetti in carico per lavoro sostitutivo erano 1.049 per reati in materia di stupefacenti (a fronte dei 12.495 per reati connessi alla circolazione stradale), ma erano saliti a 2.728 per la sostituzione ai sensi della Riforma Cartabia.

Bisognerà attendere ancora un po' di tempo per poter effettuare considerazioni più approfondite, ma la tendenza sembra chiara. Il lavoro li-

³⁹ C.E. PALIERO, *Metodologie de lege ferenda: per una riforma non improbabile del sistema sanzionatorio*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1992, 536.

⁴⁰ E. DOLCINI, *Sanzioni sostitutive: la svolta impressa dalla riforma Cartabia*, in *Sistema penale* (2 settembre 2021).

⁴¹ Le statistiche sono pubblicate sul sito del Ministero della Giustizia, alla sezione "Adulti in area penale esterna".

bero è destinato a diventare una pena sostitutiva sempre più diffusa sia per le ipotesi contemplate dal T.U. stupefacenti, sia per molti altri reati⁴².

5. Lavori di pubblica utilità nella sospensione del procedimento con messa alla prova per reati di droga alla luce dei più recenti sviluppi normativi. Una scelta da ripensare

La scommessa che è stata lanciata con l’inserimento nel sistema del lavoro-pena per le ipotesi contemplate dal T.U. stupefacenti e poi dal Codice della Strada è stata vincente, come dimostra l’evoluzione in materia rappresentata dalla Riforma Cartabia.

Se guardando avanti, così, è possibile immaginare che il lavoro di pubblica utilità finirà per essere applicato sempre con maggior successo⁴³ – con riflessi positivi sul fronte rieducativo –, non si può non registrare invece l’arretramento ben poco incoraggiante al quale abbiamo già assistito nella gestione di un istituto non meno significativo sul fronte della responsabilizzazione del reo. Il riferimento è naturalmente alla sospensione del processo con messa alla prova, che oggi – salvo che nel procedimento penale minorile – non può più essere applicata ai reati contemplati dall’art. 73 T.U. stupefacenti.

Prima della più recente riforma introdotta con la l. 13 novembre 2023, n. 159, che ha convertito il d.l. 15 settembre 2023 n. 123 (c.d. decreto “Caivano”, che era espressamente volto a contrastare la criminali-

⁴² Per alcune considerazioni cfr. A. DELLA BELLA, *I primi dati ufficiali sulle nuove pene sostitutive delle pene detentive brevi: già oltre 1.400 in esecuzione*, in *Sist. pen.*, 12/2023, 24 s.

⁴³ Come si legge nella *Relazione Illustrativa al d.lgs. 150/2022*, cit., 198: «il ruolo del lavoro di pubblica utilità, nel sistema delle nuove pene sostitutive, è comparabile a quello ricoperto dell’affidamento in prova al servizio sociale tra le misure alternative alla detenzione, in rapporto alla semilibertà e alla detenzione domiciliare. Se l’affidamento in prova al servizio sociale è di gran lunga la più applicata tra le misure alternative alla detenzione concesse dall’esterno (per pene detentive inflitte entro il limite di quattro anni, cioè entro lo stesso limite in cui è oggi resa possibile l’applicazione di una pena sostitutiva), è verosimile che ciò possa dirsi un domani del lavoro di pubblica utilità sostitutivo, rispetto alla semilibertà sostitutiva e alla detenzione domiciliare sostitutiva».

tà e il disagio minorile), la disciplina dell'ipotesi della lieve entità (art. 73 c. 5 T.U. stupefacenti) era in gran parte frutto del d.l. 36/2014 (convertito in legge n. 79 del 2014), che ha disciplinato il “fatto di lieve entità” non più come circostanza attenuante bensì come fattispecie autonoma, allo scopo di evitare la vanificazione del beneficio sanzionatorio attraverso il bilanciamento delle circostanze, e ha previsto per esso la pena della reclusione da sei mesi a quattro anni: una pena, cioè, quantificata in misura tale da evitare al reo la custodia cautelare in carcere e da consentirgli, per converso, di accedere alla messa alla prova di cui all'art. 168-*bis* c.p., con conseguente estinzione del reato (in caso di esito positivo).

I contenuti più ampi del programma di messa alla prova rispetto a quelli del mero lavoro sostitutivo presentano dei pregi indiscutibili sul fronte rieducativo. Sia l'art. 464-*bis* c. 4 l. b) c.p.p. che l'art. 168-*bis* c.p. si soffermano sull'obbligo di attenuare o rimuovere le conseguenze del reato, anche attraverso il lavoro di pubblica utilità, che deve essere sempre presente, ma che si può accompagnare ad altre prescrizioni comportamentali e alla giustizia riparativa, ritagliate sulle esigenze dell'imputato⁴⁴.

L'affiancamento al lavoro di un programma di giustizia riparativa nell'ambito della messa alla prova, proprio per i reati contemplati dal T.U. stupefacenti, ha trovato attuazione – almeno sporadicamente – in alcune realtà nazionali ancora prima della Riforma Cartabia⁴⁵, anche

⁴⁴ Per un approfondimento sui contenuti del programma di trattamento si rinvia a L. BARTOLI, *La sospensione del procedimento con messa alla prova*, Milano, 2020, 123 ss.

⁴⁵ Presso il Centro di Giustizia Riparativa della Regione autonoma Trentino-Alto Adige, per esempio, è ormai giunto alla quarta edizione il Progetto “ioripar(t)o”, che coinvolge minorenni e giovani adulti imputati per reati legati alle sostanze stupefacenti, che abbiano scelto la definizione del procedimento mediante messa alla prova. Gli obiettivi del progetto – che utilizza strumenti caratteristici della giustizia riparativa, come il dialogo riparativo – sono quelli di facilitare l'assunzione della responsabilità da parte delle persone coinvolte rispetto agli atti compiuti; favorire la consapevolezza del disvalore e delle conseguenze dei reati collegati all'uso/dipendenza da sostanze; facilitare il riconoscimento di chi può essere considerato vittima diretta o indiretta di questo tipo di reati; stimolare la conoscenza di diversi punti di vista e diversi aspetti legati alla

sulla scorta delle indicazioni provenienti dalla dottrina internazionale che ha valorizzato l'uso della *restorative justice* in chiave responsabilizzante. Grazie al *family group conferencing*, per esempio, è possibile promuovere un programma dialogico in cui coinvolgere i familiari del tossicodipendente, soggetti che non assumono alcun ruolo nel procedimento penale tradizionale, ma la cui sofferenza – che finalmente trova un luogo di espressione in tutte le sue dimensioni e implicazioni – può contribuire a mettere in moto un processo responsabilizzante nell'autore dell'illecito commesso in relazione alla propria condizione di dipendenza. Lo stesso vale per i programmi che coinvolgono invece la comunità o le vittime indirette di questi reati, che hanno variamente subito conseguenze negative dagli illeciti⁴⁶.

Sebbene, anche in forza dell'art. 58 d.lgs. 150/2022, dopo la Riforma Cartabia si possano forse immaginare dei possibili influssi – sulla valutazione che deve operare il giudice, in merito alla sostituzione – dei programmi di giustizia riparativa eventualmente svolti in base alla disciplina organica della *restorative justice*⁴⁷, il lavoro da svolgersi nell'ambito della pena sostitutiva può esporsi al rischio di una certa burocratizzazione, perché non è necessariamente correlato con la tipologia di illecito commesso dal condannato e quindi con i beni giuridici offesi. Con circolare n. 3/2022 il Ministero della Giustizia-Dipartimento per la giustizia minorile di comunità ha cercato di offrire qualche indicazione operativa agli uffici competenti, stimolando i funzionari dell'u.l.e.p.e. – chiamati a predisporre il programma di trattamento individualizzato *ex art. 545-bis c.p.p.* – a verificare la disponibilità del condannato a svolgere anche attività di studio, di formazione professionale o a partecipare a programmi terapeutici, ma questo approfondimento è privo di una base legislativa espressa e ci sembra rimesso all'intraprendenza dei sin-

problematica dell'uso/dipendenza da sostanze e creare un contesto favorevole allo sviluppo di idee riparative.

⁴⁶ Cfr., in particolare, le riflessioni di J. BRAITHWAITE, *Restorative Justice and a new Criminal Law of Substance Abuse*, in *Youth and Society*, vol. 33, No. 2, Dec. 2001, 227 ss.

⁴⁷ Cfr. sul punto G. AMARELLI, *Riparazione e pene sostitutive. Il sistema penale al bivio tra retrotopia e risemantizzazione*, in *Processo Penale Giustizia*, Fasc. str. 2023, *passim*.

goli funzionari. Non è stato precisato del resto quale sarebbe la conseguenza alla quale andrebbe incontro il condannato nell'ipotesi in cui egli non fosse disponibile a svolgere attività ulteriori rispetto al lavoro, visto che la sanzione sostitutiva si identifica con il lavoro e con altre specifiche “prescrizioni”, ma non con ulteriori impegni “volontariamente” assunti.

La fattispecie di lieve entità di cui all'art. 73 c. 5 T.U. stupefacenti – forse anche per la sua scarsa determinatezza – ha rappresentato per lungo tempo un grimaldello equitativo irrinunciabile nell'ambito della risposta penale alla produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope, attraverso il quale rendere operativi dei meccanismi capaci di promuovere la risocializzazione dell'autore del reato, senza farlo entrare nel circuito carcerario. Il lavoro sostitutivo continuerà a svolgere un ruolo importante in questa direzione, ma sarebbe importante non disperdere i buoni risultati che la messa alla prova ha prodotto anche in questo contesto e che ora potrebbe ulteriormente sviluppare inserendo nel programma con maggior ampiezza, su tutto il territorio nazionale, anche i percorsi di giustizia riparativa, grazie all'effettiva creazione della rete dei servizi che è in corso.

Proprio per questo sarebbe opportuno, quindi, un ripensamento della scelta che è stata fatta con il decreto “Caivano” almeno in merito al trattamento sanzionatorio dell'art. 73 c. 5 T.U. stupefacenti, soprattutto per gli effetti di sistema che essa ha comportato con l'esclusione della messa alla prova. La pena massima è stata infatti aumentata da quattro a cinque anni di reclusione, invertendo la tendenza rispetto alle ultime riforme, che hanno invece visto modificare verso il basso il trattamento sanzionatorio della lieve entità⁴⁸.

Se – come si può leggere nel Dossier predisposto dal Servizio Studi del Senato⁴⁹ – l'obiettivo preso di mira dal legislatore era quello di consentire l'applicazione della misura della custodia cautelare anche in

⁴⁸ Cfr. E. PENCO, *Le novità in materia di stupefacenti e fatto di lieve entità introdotte dalla l. n. 159 del 2023: ricadute processuali e criticità di sistema*, in *Legisl. pen.* (26 gennaio 2024), 4 ss.

⁴⁹ Il testo del Dossier è reperibile all'indirizzo: <https://documenti.camera.it/leg19/dossier/Pdf/D23123a.pdf>.

questa ipotesi, gli effetti che ne sono scaturiti sul fronte della messa alla prova appaiono non voluti o, almeno, un obiettivo non prioritario.

Il reato di cui all'art. 73 T.U. stupefacenti, del resto, è caratterizzato da sanzioni di entità draconiana, in parte calmierate dalla Corte costituzionale anche per evitare un eccessivo iato sanzionatorio tra fatti lievi e non lievi⁵⁰, ma comunque davvero severe salvo che per la fattispecie della lieve entità. Una riduzione del massimo della pena entro i limiti precedenti all'ultimo intervento normativo sarebbe auspicabile almeno per questa ipotesi.

In difetto, si potrebbe pensare a inserire espressamente questa fattispecie autonoma di reato tra quelle contemplate dall'art. 550 c. 2 c.p.p., che già comprende il reato di cui all'art. 82 c. 1 T.U. stupefacenti. In tale caso l'accesso all'istituto di cui all'art. 168-*bis* c.p. sarebbe comunque garantito per questo reato, che tornerebbe a rientrare tra quelli a citazione diretta a giudizio, così come è avvenuto fino alla fine del 2023, e quindi tra quelli per cui è possibile chiedere la sospensione del procedimento con messa alla prova. I molteplici vantaggi sul piano organizzativo che discendono anche dalla mancata fissazione dell'udienza preliminare sono peraltro evidenti.

⁵⁰ Basti ricordare che con sentenza Corte cost., 8 marzo 2019, n. 40 in <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=40> è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 73 c. 1 T.U. stupefacenti, nella parte in cui in cui prevede la pena minima edittale della reclusione nella misura di otto anni anziché di sei anni.

RIFLESSIONI SULL'AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI*

Christoph Simon Thun Hohenstein Welsperg

SOMMARIO: 1. Introduzione. 2. Premesse metodologiche: per un approccio “intersezionale”. 3. Caratteri generali e storia dell'istituto. 4. Posizione nell'ambito delle misure predisposte a favore delle persone con disturbo da uso di sostanze stupefacenti. 5. Presupposti per l'accesso alla misura. 5.1. Lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza. 5.2. L'aver in corso un programma di recupero o l'intenzione di sottoporvisi. 5.3. Allegati alla domanda. 6. I possibili esiti della misura. 7. I problematici rapporti fra l'art. 94 T.U.L.S. e le preclusioni alla concessione dell'affidamento in prova ordinario. 7.1. Preclusioni ex art. 4-bis o.p. 7.2. Preclusioni ex art. 58-quater o.p. 8. Art. 94 T.U.L.S. e riforma Cartabia. 9. L'affidamento in prova in casi particolari del condannato minorenne. 10. Conclusioni.

1. Introduzione

La presente relazione non si dilungherà né su questioni “pacifiche” né su temi meramente procedurali relativi all'istituto in esame. Ciò, infatti, porterebbe lontano dall'obiettivo di questa riflessione, che è quello di approfondire luci e ombre dell'istituto dell'affidamento in prova in casi particolari, affrontando punti spinosi che sono rimasti, tendenzialmente, in secondo piano.

Tutti i rami dell'ordinamento si preoccupano di “assistere” le persone che abusano di sostanze alcoliche o stupefacenti, primo fra tutti il diritto civile, con l'(ormai quasi sconosciuto alla prassi) istituto dell'inabilitazione.

* Si ringraziano i professionisti in servizio presso il Ser.D. di Trento, il carcere di Bergamo, alcuni S.M.I. lombardi e la comunità terapeutica “Casa di Giano” per i preziosi spunti e consigli.

Così anche il diritto penale, che sembra trattare il fenomeno della tossicodipendenza in modo incostante¹, ben rispecchiando una società che, in questo più che in altri luoghi del discorso politico, risulta assai polarizzata².

In questo contesto si colloca l'istituto dell'affidamento in prova in casi particolari, che si manifesta in due "forme".

Il riferimento va, in primo luogo, alla misura alternativa disciplinata dall'art. 94 del d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, emanato a seguito di delega conferita al Governo con legge 162/1990³.

¹ Questo emerge con evidenza in varie pieghe ordinamentali. Si pensi, per esempio, alle aggravanti previste per l'ubriachezza abituale (art. 94, co. 1, c.p.) e per la commissione del reato sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze (art. 94, co. 3, c.p.). Al netto di disarmonie interne allo stesso art. 94 c.p., queste situazioni non sono nettamente distinguibili da quelle, aventi rilievo attenuante o addirittura di esclusione della pena, della cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti (art. 95). Si pensi, ancora, alle rigide sanzioni previste per la cessione e vendita di sostanze stupefacenti, cui fa da contraltare l'area sempre più ampia di irrilevanza penale quanto all'uso personale.

² Si è efficacemente osservato che «il pendolo delle strategie di contrasto penale è continuamente oscillato tra posizioni assistenzialiste, che considerano il drogato una persona da curare e/o da recuperare alla società, e ondate proibizioniste, che eleggono nel diritto penale lo strumento per cercare di sradicare il problema o quantomeno emarginare l'autore che tale problema rappresenta, togliendolo alla vista della società»: O. DI GIOVINE, *Stupefacenti: meglio "di tutta l'erba un fascio" oppure "un fascio per ogni erba"?*, in *Legislazione penale*, 2020, 5.

³ L'art. 94 del d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (Affidamento in prova in casi particolari) oggi recita: "1. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcooldipendente che abbia in corso un programma di recupero o che a esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con un'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. L'affidamento in prova in casi particolari può essere concesso solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni. Alla domanda è allegata, a pena di inammissibilità, certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da una

struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2, lettera d), dell'articolo 116 attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche, l'andamento del programma concordato eventualmente in corso e la sua idoneità, ai fini del recupero del condannato. Affinché il trattamento sia eseguito a carico del Servizio sanitario nazionale, la struttura interessata deve essere in possesso dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed aver stipulato gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del citato decreto legislativo. 2. Se l'ordine di carcerazione è stato eseguito, la domanda è presentata al magistrato di sorveglianza il quale, se l'istanza è ammissibile, se sono offerte concrete indicazioni in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento della domanda ed al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, qualora non vi siano elementi tali da far ritenere la sussistenza del pericolo di fuga, può disporre l'applicazione provvisoria della misura alternativa. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al comma 4. Sino alla decisione del tribunale di sorveglianza, il magistrato di sorveglianza è competente all'adozione degli ulteriori provvedimenti di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni. 3. Ai fini della decisione, il tribunale di sorveglianza può anche acquisire copia degli atti del procedimento e disporre gli opportuni accertamenti in ordine al programma terapeutico concordato; deve altresì accertare che lo stato di tossicodipendenza o alcooldipendenza o l'esecuzione del programma di recupero non siano preordinati al conseguimento del beneficio. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 92, commi 1 e 3. 4. Il tribunale accoglie l'istanza se ritiene che il programma di recupero, anche attraverso le altre prescrizioni di cui all'articolo 47, comma 5, della legge 26 luglio 1975, n. 354, contribuisce al recupero del condannato ed assicura la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati. Se il tribunale di sorveglianza dispone l'affidamento, tra le prescrizioni impartite devono essere comprese quelle che determinano le modalità di esecuzione del programma. Sono altresì stabilite le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che il tossicodipendente o alcooldipendente inizi immediatamente o prosegua il programma di recupero. L'esecuzione della pena si considera iniziata dalla data del verbale di affidamento, tuttavia qualora il programma terapeutico al momento della decisione risulti già positivamente in corso, il tribunale, tenuto conto della durata delle limitazioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare una diversa, più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione. 5. (Comma abrogato dal d.l. 23 dicembre 2013, n. 146, convertito con modificazioni dalla l. 21 febbraio 2014, n. 10). 6. Si applica, per quanto non diversamente stabilito, la disciplina prevista dalla legge 26 luglio 1975, n. 354, come modificata dalla legge 10 giugno 1986, n. 663. 6-*bis*. Qualora nel corso dell'affidamento disposto ai sensi del presente articolo l'interessato abbia positivamente terminato la parte terapeutica del programma, il magistrato di sorveglianza, previa rideterminazione delle prescrizioni, può disporre la prosecuzione ai fini del reinserimento socia-

Una ulteriore declinazione dell'affidamento in prova in casi particolari, di cui si tratterà *breviter* alla fine della presente relazione, è quella di misura penale di comunità di cui all'art. 2, d.lgs. 121 del 2 ottobre 2018, *Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 81, 83 e 85, lettera p), della legge 23 giugno 2017, n. 103*⁴.

2. Premesse metodologiche: per un approccio "intersezionale"

Sono molte le chiavi di lettura con cui potrebbe essere approcciato il tema oggetto del presente contributo.

Si potrebbero mettere in luce i complessi rapporti fra la legge e la scienza medica, oltre alle non secondarie 'tensioni' all'interno della stessa scienza medica circa i migliori metodi diagnostici da applicare nel campo dei disturbi da uso di sostanze⁵.

le anche qualora la pena residua superi quella prevista per l'affidamento ordinario di cui all'articolo 47 della legge 26 luglio 1975, n. 354. 6-ter. Il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico di recupero e socio-riabilitativo è tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma. Qualora tali violazioni integrino un reato, in caso di omissione, l'autorità giudiziaria ne dà comunicazione alle autorità competenti per la sospensione o revoca dell'autorizzazione di cui all'articolo 116 e dell'accreditamento di cui all'articolo 117, ferma restando l'adozione di misure idonee a tutelare i soggetti in trattamento presso la struttura".

⁴ Come si vedrà *infra*, § 9, la misura, in questi casi, si colora di alcuni ulteriori presupposti, previsti proprio dal menzionato art. 2.

⁵ Si pensi, per esempio, alla 'concorrenza' tra il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*breviter* D.S.M.), elaborato dalla *American Psychiatric Association*, e la classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati (*breviter* ICD-10) adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA), i cui criteri diagnostici vengono espressamente citati nel *Protocollo operativo tra FeDerSerD (federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze) e CONAMS (coordinamento nazionale magistrati di sorveglianza) per la applicazione dell'affidamento in prova in casi particolari ai sensi dell'art. 94 del d.P.R. 309/90*, sottoscritto a Roma il 19 gennaio 2018, 8.

Si potrebbero affrontare le armonie e le dissonanze del rapporto tra la liberazione dalle dipendenze e la libertà personale⁶.

Si potrebbe parlare di determinismo e di libero arbitrio, temi molto amati dalla dogmatica classica, che però si declinano in modo affatto particolare quando fanno il loro ingresso nel discorso le dipendenze, oppure della contrapposizione fra le impietose statistiche e gli umani successi nella cura delle dipendenze resi possibili dall'affidamento in casi particolari.

Ancora, il tema potrebbe essere affrontato valutando il peso dei molti pregiudizi sulla vita dei destinatari di questa misura, che a volte preferiscono non fruirne per evitare lo stigma che ne conseguirebbe, come contrapposti alla preparazione dei professionisti che si trovano a fronteggiare giorno per giorno i mille problemi posti dalla cura della dipendenza⁷.

⁶ Si consideri che, a volte (anche se raramente), è meglio curare una dipendenza in carcere piuttosto che fuori dal carcere, o comunque con la 'minaccia' di un eventuale ritorno in carcere nel caso in cui il soggetto trasgredisca. Infatti, allo scadere della misura alternativa dell'affidamento in casi particolari molti abbandonano i programmi per ricadere nel dramma della tossicodipendenza. Ad ogni modo, tendenzialmente, come rilevato nella relazione di accompagnamento licenziata dal Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale, «[t]ossicodipendenza e carcere non si coniugano. È dato inconfutabile, infatti, che il carcere acuisca in modo esponenziale le problematiche dell'individuo: incide, ancor di più, su un'interiorità e un'esistenza già provate; accentua il tasso di recidiva di coloro che ivi scontano la pena (al contrario di coloro che usufruiscono delle misure alternative). Quest'ultimo dato, soprattutto, è idoneo a smentire l'ipotesi che il carcere possa avere un qualche effetto deterrente per chi è abitualmente dedito ad assumere sostanze stupefacenti. Questa ipotesi è contraddetta anche dagli studi neurobiologici, che dimostrano che il "premio" (il piacere/sollievo procurato dalle droghe) ha sempre un potere motivante sull'individuo superiore alla "punizione", anche quando certa» (p. 18).

⁷ Non solo. Si potrebbe anche parlare della difficoltà per gli operatori di porsi degli obiettivi nella cura delle dipendenze, a cavallo fra la necessità di disintossicare e la voglia di riabilitare; dei rapporti fra privato e pubblico nella gestione delle alternative al carcere per i soggetti che abusano di sostanze; del precario equilibrio fra istanze di prevenzione ed esigenze di cura; della complessità del fenomeno regolato, che cozza con la semplificazione necessaria e insita nella legiferazione; dei rischi che porta con sé tale – pur necessaria – semplificazione concettuale, madre di perniciose tassonomie dimentiche della necessità di un approccio integrato al problema della tossicodipendenza e delle alternative al carcere. Si pensi, per esempio, alla pericolosa contrapposizione tra

Da ultimo, ed è questo l'approccio che adotterò, si potrebbe mettere al centro il destinatario di queste misure nella sua individualità, con un approccio, se si vuole, di tipo "intersezionale"⁸.

Questa chiave di lettura della discriminazione è utile anche per studiare la posizione giuridica di una persona che si trova ad avere a che fare con l'esecuzione penale.

Non è possibile comprendere appieno la situazione in cui si trova una persona analizzando separatamente le distinte normative di cui essa è destinataria in ragione, per esempio, del suo essere affetta da disturbo da uso di sostanze, del fatto che debba scontare una pena detentiva, della sua minore età, della sua condizione di straniero irregolarmente presente sul territorio dello Stato, ecc.⁹.

programmi territoriali e di comunità, due "poli" che dovrebbero essere integrati in prospettiva diacronica seguendo la cura del soggetto.

⁸ "Intersezionalità" (*intersectionality*) è un concetto coniato da Kimberlé Crenshaw in un noto articolo del 1989 (K. CRENSHAW, *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, in *University of Chicago Legal Forum*, Vol. 1989, Iss. 1, Article 8). Si tratta di un neologismo che ha, alla base, la metafora dell'incrocio stradale. Più nel dettaglio, «se pensiamo a una persona situata al centro di un incrocio e ipotizziamo che il veicolo proveniente da ogni strada che vi converge sia una categoria dell'identità, allora si può desumere che gli incidenti (discriminazioni, oppressioni, discorsi d'odio) causati simultaneamente da più autovetture al centro dell'incrocio siano "qualitativamente diversi" da quelli prodotti da un veicolo alla volta. Fuori dalla metafora, dall'*interazione* tra due o più caratteristiche dell'identità derivano specifici insulti, discriminazioni, immagini e forme di oppressione "qualitativamente diversi" (Crenshaw 1991) da quelli sperimentati sulla base di una singola categoria. Le categorie dell'identità si fondono in un modo che rende difficile, se non impossibile, ricondurre "l'incidente" discriminatorio od ostile a una sola tra loro: è all'intersezione tra loro che bisogna, dunque, guardare»: B.G. BELLO, *Il discorso d'odio (non) è (sempre) a compartimenti stagni*, in https://www.treccani.it/magazine/lingua_italiana/speciali/Hate_speech/02_Bello.html.

⁹ Per questo sono fondamentali i rilievi, contenuti nella relazione di accompagnamento licenziata dal Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale (p. 19), secondo cui per «[...] gli stranieri senza permesso di soggiorno [...] spesso la dipendenza da alcool o stupefacenti risulta essere il reale approdo del fallimento del loro progetto migratorio, acuendone l'emarginazione e la vulnerabilità. Tale "fetta" consistente della popolazione carceraria gode, fra l'altro, di minori benefici rispetto al detenuto "indigeno". Nella stragrande maggioranza, infatti, i detenuti "dipendenti" stranieri non riescono ad accedere ai benefici connessi al loro

La posizione giuridica di un minorenne straniero irregolarmente presente sul territorio dello Stato che deve scontare una pena in una condizione di disturbo da uso di sostanze è frutto dell'intersecarsi di complesse normative che solo contemplate nel loro insieme rivelano al teorico i problemi che ostano, nella pratica, al reinserimento – o addirittura all'inserimento – in società del singolo.

Questo approccio è, fra l'altro, costituzionalmente fondato. Come noto, infatti, la Costituzione mette al centro del proprio disegno la persona umana (artt. 2 e 3) e in particolare, per quanto qui più interessa, il condannato (art. 27, co. 3, Cost.) in carne e ossa¹⁰.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della *singola* persona umana, del *singolo* condannato, con tutto il suo fardello, non di un idealtipo (trasfigurato in normotipo) di “condannato”, di “immigrato”, di “tossicodipendente”, di “minore”, ecc.

Il processo di generalizzazione, astrazione e compartimentalizzazione – nonché, in una certa misura, semplificazione – che inevitabilmente caratterizza l'attività legislativa, rischia di comprimere i diritti fondamentali dei singoli che, lungi dal rispondere al normotipo di uno solo di questi plessi normativi, si collocano nei punti di intersezione fra questi¹¹.

status di dipendenza, anche quando ne hanno diritto, per il semplice fatto che non sono nelle condizioni di proporre una progettualità terapeutica e di reperire all'esterno quella residenzialità in grado di fornire sufficienti garanzie alla magistratura di sorveglianza».

¹⁰ Si è affermato, sul punto, che «[l']entrata in vigore del testo costituzionale segna [...] il necessario superamento dell'impostazione figlia della supremazia speciale e del carcere quale “istituzione totale”: è lo stesso impianto della Carta costituzionale, che statuisce il “primato della persona umana e dei suoi diritti” attraverso l'affermazione perentoria del principio personalista e di quello di uguaglianza sostanziale, ad esigerlo, come peraltro non manca di segnalare anche la Corte costituzionale in alcuni importanti arresti [...]»: A. MENGHINI, *Carcere e Costituzione. Garanzie, principio rieducativo e tutela dei diritti dei detenuti*, Napoli, 2022, 163-164.

¹¹ Si pensi, per esempio, agli enormi problemi che si trovano a dover affrontare le persone senza fissa dimora o gli stranieri irregolarmente presenti sul territorio dello Stato per poter accedere alle misure alternative, leniti dalla sentenza della Cassazione a Sezioni unite n. 7458 del 28 marzo 2006 (dep. 27 aprile 2006). A questo proposito, il Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale ha unanimemente avanzato la proposta (n. 3) di «Procedere a una revisione complessiva della legislazione sulla droga secondo le seguenti linee: [...] 6) defini-

Ciò premesso, è possibile ora procedere allo studio di un istituto che già di per sé nasce come “intersezionale”, rivolgendosi a condannati affetti da disturbo da uso di sostanze alcoliche e stupefacenti.

3. Caratteri generali e storia dell'istituto

Giova premettere che le misure alternative rappresentano modi di punire alternativi al carcere di competenza della magistratura di sorveglianza. Esse intervengono a giudizio già formato e, a volte, anche dopo che è stata scontata una parte della pena, per favorire il graduale reinserimento del soggetto nella società.

Si tratta quindi di misure, molto diverse fra loro, che coniugano limitazioni della libertà (componente afflittiva) e contenuti che mirano alla risocializzazione (componente rieducativa)¹².

La misura alternativa più significativa è l'affidamento in prova al servizio sociale, che permette al condannato di uscire dal carcere (o di non entrarvi) in cambio dell'impegno di questi a sottoporsi a una prova che dura quanto il periodo della pena da espiare. Lo svolgimento della prova è costantemente monitorato dall'Ufficio di esecuzione penale esterna.

La misura oggetto del presente contributo presenta caratteri fortemente differenziati non solo rispetto alle altre misure alternative, ma anche rispetto al suo “fratello” più prossimo, e cioè al poc'anzi menzionato affidamento in prova al servizio sociale¹³.

zione del diritto certo degli stranieri alle alternative terapeutiche (per i detenuti stranieri, apolidi o senza fissa dimora deve prevedersi espressamente che essi fruiscano della assistenza relativa alla condizione di tossicodipendenza a carico del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio hanno dimora ovvero nel quale comunque si trovano o, infine, nel territorio in cui ha sede l'istituto penitenziario di assegnazione)». Si tratta di una indicazione che tenta proprio di controbilanciare la tendenza alla generalizzazione implicita nel legiferare con un'analisi (intersezionale) dei problemi posti dai casi singoli, necessario motore di un miglioramento delle norme generali e astratte.

¹² F. DELLA CASA, G. GIOSTRA, *Manuale di diritto penitenziario*, Torino, 2023, 177-178.

¹³ Posta questa necessaria premessa, va rilevato che queste misure, basandosi su un programma, pur avendo ‘volti’ diversi possono facilmente convergere nella prassi. Sul

Ragioni di tempo non permettono di evidenziare, in questa sede, tutti i punti di contatto e di distanza fra queste due misure; è però fondamentale chiarire quali siano i motivi di questa forte differenziazione della misura dell'affidamento in casi particolari.

Come affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza 377/1997 (redattore Onida),

[l]'affidamento in prova "in casi particolari" [...] pur inserendosi come *species* nel *genus* dell'affidamento in prova già previsto dall'ordinamento penitenziario [...], pur non essendo del tutto estraneo alla logica generale dell'affidamento in prova, quella cioè di perseguire la risocializzazione del condannato attraverso regimi diversi da quello carcerario, si fonda su presupposti e persegue finalità nettamente differenziati.

Infatti,

nel caso del tossicodipendente la prima e fondamentale azione di risocializzazione da perseguire è la cura dello stato di tossicodipendenza, attraverso programmi che non potrebbero essere eseguiti se proseguisse o iniziasse la detenzione in carcere.

Certo, però, "non è tutto oro quel che luccica": come opportunamente rilevato nella relazione di accompagnamento licenziata dal Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale, infatti,

punto, si consideri che il Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale ha unanimemente avanzato la proposta (4.1) di «[i]ntensificare l'affidamento ordinario per i soggetti con uso problematico/dipendente; promuovere una maggiore integrazione fra affidamento terapeutico e affidamento ordinario. Promuovere protocolli sull'esempio di quello sottoscritto nel 2010 fra la Regione Emilia-Romagna e il Tribunale di sorveglianza di Bologna che, in merito all'esecuzione penale nei confronti di tossicodipendenti, prevede: "Considerati i limiti rigorosi di concedibilità dell'affidamento terapeutico e le diverse tipologie di problemi legati al consumo di stupefacenti, può essere ravvisata dalla Magistratura di sorveglianza, in base alle proprie fonti istruttorie, l'opportunità di concedere altre misure alternative o di disporre misure di sicurezza... inserendo nelle relative ordinanze prescrizioni che prevedano il contatto col Sert per accertamento ed eventuale monitoraggio/cura/sostegno rispetto all'uso di sostanze o abuso di alcol"».

[l]’attuale struttura complessiva della disciplina riguardante l’incrocio fra dipendenza ed esecuzione penale sembra scontare [...] un difetto di origine: essa è stata congegnata – e sviluppata nel tempo – muovendo da un’idea della dipendenza quale fattore di rischio per la collettività e, comunque, elemento idoneo a porre in una posizione di subvalenza l’esigenza di tutela della salute del dipendente da sostanze alcoliche o stupefacenti¹⁴.

Questo istituto venne introdotto nell’articolato della legge sull’ordinamento penitenziario a metà anni Ottanta¹⁵ all’art. 47-*bis*, topicamente vicino all’affidamento in prova “ordinario”. La disposizione è poi “confluita” nel d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (T.U.L.S.)¹⁶.

Significativamente, nel corso degli anni il limite di pena entro il quale si può chiedere l’affidamento in prova in casi particolari è lievitato fino ad arrivare agli attuali sei anni (o quattro se la pena da scontare è relativa a un titolo esecutivo “comprendente reato di cui all’art. 4-*bis*” della legge sull’ordinamento penitenziario).

4. Posizione nell’ambito delle misure predisposte a favore delle persone con disturbo da uso di sostanze stupefacenti

Per quanto attiene alla sua portata applicativa nei confronti della persona condannata affetta da disturbo da uso di sostanze stupefacenti, questa misura sembra costituire una via di mezzo fra altri due strumenti predisposti dal legislatore.

Il riferimento va, da un lato, al diritto, garantito a chiunque si trovi in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena e che abbia pro-

¹⁴ Pp. 21-22. *De iure condendo*, quindi, si può solamente rilevare che una disciplina matura dovrà liberarsi di questo “scheletro nell’armadio”.

¹⁵ Decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, convertito con modificazioni dalla l. 21 giugno 1985, n. 297.

¹⁶ Ciò è avvenuto dopo alcuni anni di problematica convivenza fra l’art. 47-*bis* o.p. e l’art. 94 T.U.L.S. ad opera dell’art. 3 della legge 27 maggio 1998, n. 165 (*Modifiche all’articolo 656 del codice di procedura penale ed alla legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni*): L. CARACENI, A. PRESUTTI, *Affidamento in prova in casi particolari*, in F. DELLA CASA, G. GIOSTRA (a cura di), *Ordinamento penitenziario commentato*, Padova, 2019, 1244-1245.

blemi di tossicodipendenza, di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione, previsto dall'art. 96 T.U.L.S.¹⁷.

Il diritto all'assistenza non comporta l'uscita del paziente dal carcere. La cura avviene, infatti, in apposite sezioni o istituti a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti¹⁸.

Dall'altro lato l'art. 90 T.U.L.S. disciplina la sospensione dell'esecuzione della pena detentiva “nei confronti di persona che debba espia-
re una pena detentiva inflitta per reati commessi in relazione al proprio stato di tossico-dipendente”, che può portare, ai sensi dell'art. 93 T.U.L.S., all'estinzione della pena “se il condannato nei cinque anni successivi non commette un delitto non colposo punibile con la reclusione”.

Quest'altra misura, che non comprime lo *status libertatis*, può essere concessa oggi soltanto a coloro i quali siano stati sottoposti con esito positivo a un programma terapeutico e socioriabilitativo¹⁹.

¹⁷ All'art. 96, co. 2, T.U.L.S. si può leggere che tale disposizione si applica anche al tossicodipendente non ammesso, per divieto di legge o a seguito di provvedimento dell'autorità giudiziaria, alle misure sostitutive previste negli articoli 90 e 94 per la prosecuzione o l'esecuzione del programma terapeutico al quale risulta sottoposto o intende sottoporsi.

¹⁸ Proprio quanto a questi istituti, in una recente monografia si può leggere che la loro «previsione generale si ritrova nel terzo comma dell'art. 115 reg. esec., in cui il bilanciamento tra istanze meramente custodialistiche e trattamentali è sciolto decisamente a favore di queste ultime, come precisato espressamente dalla [...] circolare del DAP del 1993. Infatti, a differenza dei circuiti di Alta sicurezza – in cui la c.d. classificazione è immediata e discendente [...] esclusivamente o principalmente dal titolo di reato – per l'inserimento nelle sezioni a Custodia attenuata – in particolare negli ICATT [...] – l'assegnazione avviene seguendo l'*iter* virtuoso [...] di cui all'art. 30 reg. esec., e dunque attraverso l'osservazione scientifica della personalità, specificamente funzionale all'individualizzazione del trattamento», e ancora che «[c]on riferimento all'allocatione nel circuito a c.d. Custodia attenuata non si evidenziano problemi particolari, in quanto effettivamente, nel caso degli ICATT e degli ICAM (quali strutture a Custodia attenuata), il bilanciamento tra sicurezza e trattamento vede in linea di massima una netta prevalenza del profilo trattamentale su quello di custodia»: A. MENGHINI, *Carcere e Costituzione*, cit., 306.

¹⁹ M. TALANI, *Riflessioni sulla sospensione dell'esecuzione della pena ex art. 90 t.u.l.s.*, in *Arch. nuova proc. pen.*, 2008, 127.

5. Presupposti per l'accesso alla misura

Per comprendere appieno l'originalità e la specialità della misura alternativa dell'affidamento in prova in casi particolari è fondamentale analizzare i requisiti necessari per beneficiarne, rappresentati, essenzialmente, dai seguenti:

1. lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza (c.d. presupposto soggettivo)²⁰;
2. il fatto che sia in corso (o che l'interessato intenda sottoporsi a) un programma di recupero concordato con una azienda unità sanitaria locale (o con una struttura privata) e idoneo ai fini del recupero del condannato²¹;
3. il fatto che la pena detentiva da espiare, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non sia superiore a sei anni (o a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-*bis* o.p.: c.d. presupposto oggettivo)²².

Nel prosieguo verranno enucleati alcuni dei profili più problematici che questi presupposti presentano.

5.1. Lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza

Lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza è il principale requisito per accedere alla misura *de qua* e contribuisce a chiarire la *ratio* dell'istituto stesso. Si vuole cercare, insomma, di allontanare il soggetto dal carcere, perché si ritiene che questo non sia il luogo migliore per la cura della tossicodipendenza.

²⁰ A differenza di quanto prevede la misura dell'art. 90 T.U.L.S., per accedere alla misura dell'affidamento in casi particolari non è necessario che la commissione del reato sia conseguenza della personale condizione di tossicodipendenza.

²¹ A differenza di quanto prevede la misura dell'art. 90, il programma non dev'essersi già concluso con esito positivo.

²² Similmente, il beneficio di cui all'art. 90 può essere concesso solo quando debba essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni o a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-*bis*.

È necessario premettere che, come messo efficacemente in luce in una recente pubblicazione,

la disciplina dell'affidamento terapeutico è stata costruita sull'idea del tossicodipendente da eroina, già in carico ai servizi (questa è ancora la tipologia di utenza prevalente nei Ser.D.), la cui dipendenza è facilmente riconfermabile dai test urinari. Ma i modelli di consumo sono molto cambiati, così come le droghe usate sono oggi più varie²³.

In altre parole, il processo di generalizzazione alla base di questo istituto ha portato con sé delle inevitabili frizioni con il fenomeno regolato, in particolare sotto due profili.

Il primo profilo di frizione (se si vuole, “orizzontale” o concernente il tipo di sostanza che viene in questione) è dovuto al fatto che non si parla più di tossicodipendenza (al singolare) ma di disturbo da uso di sostanze (al plurale).

Certo, la misura *de qua* sembra adattarsi bene all'idealtipo cui è rivolta (e cioè, come indicato nel XIV libro bianco, al soggetto che abusa di eroina); tuttavia, le cose mutano quanto ai soggetti che abusano di sostanze diverse dall'eroina, tanto che si potrebbe forse revocare in dubbio l'efficacia della misura, arrivando addirittura ad affermarne l'inadeguatezza (forse anche per eccesso) quanto ad alcune specifiche categorie di sostanze stupefacenti oggetto di abuso.

Un secondo profilo di frizione (se si vuole, “verticale” o concernente la gravità del disturbo) concerne il fatto che, anche fra i soggetti che

²³ M. STAGNITTA, G. ZUFFA, *Droghe e carcere*, in G. ZUFFA, F. CORLEONE, S. ANASTASIA, L. FIORENTINI, M. PERDUCA, M. CIANCHELLA (a cura di), *La traversata del deserto - Quattordicesimo Libro Bianco sulle Droghe*, Lecce, 2023, 35. La stessa osservazione è rinvenibile nella relazione di accompagnamento licenziata dal Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale, in cui si legge che «il Testo Unico sugli stupefacenti è nato nell'ambito di un contesto (anni Ottanta) caratterizzato dalla massiccia diffusione di eroina e mantiene quindi un approccio anacronistico a fronte delle caratteristiche del quadro attuale», e che «le caratteristiche del “tossicodipendente” da cocaina, da sostanze stimolanti o da alcol, si discostano notevolmente da quelle del consumatore di oppiacei» (p. 28).

abusano della stessa sostanza, è possibile individuare disturbi di gravità diverse²⁴.

È d'immediata evidenza che un disturbo lieve da uso di "droga leggera" è molto diverso rispetto a un disturbo grave da uso di "droga pesante". *De iure condito*, però, entrambi i fenomeni rientrano nello spettro dell'art. 94.

Questi profili di attrito fra la legge e la realtà, solo parzialmente superabili con una formulazione individualizzata dei programmi, sono in qualche misura inevitabili conseguenze del fatto che il fenomeno regolato è estremamente vario e complesso.

Sarebbe però auspicabile superare almeno un profilo di disallineamento fra il dispositivo dell'art. 94 e le ultime acquisizioni della scienza e della prassi in relazione alla cura delle tossicodipendenze. Più nel dettaglio, ai sensi dell'art. 94, alla domanda di affidamento va allegata non solo una "certificazione [...] attestante lo stato di tossicodipendenza", ma anche una certificazione sulla "*procedura* con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche".

Il rapporto fra queste due parti della disposizione è problematico. Tentando di parafrasare il testo di legge, il legislatore vuole da un lato avere la certezza della sussistenza di uno stato di tossicodipendenza, non rinunciando però, dall'altro lato, a garantire la verificabilità della *procedura* con cui esso è stato accertato. Tuttavia, quando richiede la certificazione sulla *procedura* di accertamento, sparisce il riferimento allo stato di tossicodipendenza, e compare un problematico riferimento al diverso concetto di "uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche".

Da ciò potrebbe dedursi che il legislatore dia per scontato che il concetto di alcool- e tossicodipendenza implichi *almeno* l'uso abituale di sostanze stupefacenti o alcoliche²⁵.

²⁴ La V edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (D.S.M.) elaborato dalla *American Psychiatric Association*, contenente un autorevole sistema di classificazione delle psicopatologie, distingue infatti disturbi lievi, moderati e gravi.

²⁵ Altra sarebbe stata la conclusione se il legislatore avesse richiesto una certificazione sullo stato di tossicodipendenza e sulla procedura con cui tale stato è stato accertato.

Tuttavia, una simile interpretazione non convince, perché sarebbe irragionevole escludere dall'area di operatività di questa misura alternativa i casi di tossicodipendenza e alcooldipendenza che non si estrinsecano in un uso abituale.

Come ricordano alcune illuminanti righe del Protocollo stipulato nel 2018 fra la federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze e il coordinamento nazionale magistrati di sorveglianza²⁶, in alcuni casi è

corretto considerare, ai fini della concessione della misura terapeutica, l'attualità della sola condizione di dipendenza psichica e ritenere idoneo il programma predisposto per il trattamento terapeutico globale della persona. Una tale evenienza si presenta, ad esempio, qualora la misura venga chiesta dal carcere, magari dopo un significativo periodo di detenzione. In tal caso, la sola astensione dall'uso di sostanze imposta dal contingente fattore della reclusione e la conseguente assenza di evidenze che attestino l'attualità dell'assunzione di sostanze, non può essere valutata come remissione stabile dello stato di dipendenza: la presenza di elementi/sintomi – debitamente descritti – che sostengano l'attualità di una condizione di “dipendenza psichica” andrebbe assunta come parametro per accertare l'attualità della tossicodipendenza ai fini della concessione della misura.

Nello stesso senso si era già mossa, d'altronde, la Corte di Cassazione. La Suprema Corte lasciò intendere, tra le righe di una sentenza

²⁶ Tale protocollo affonda le radici in un auspicio contenuto nella relazione di accompagnamento licenziata dal Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale (p. 28). Nello stesso senso si muovono proprio le considerazioni contenute in quest'ultima relazione, in cui si può leggere che «[l]a legge 49/2006 ha spostato il *focus* della diagnosi dall'aspetto psicosociale e psicologico a quello prettamente bio-medico (positività al test delle urine o del capello), sicché la magistratura di sorveglianza può decidere di non concedere la misura alternativa a chi non risulta positivo a tali accertamenti. Questo itinerario diagnostico costituisce un evidente *vulnus* al diritto alla cura del detenuto e, al contempo, un forte vincolo all'azione dei sanitari: esso, infatti, non tiene conto che la tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante e, dunque, può riproporsi nel corso del tempo. Ciò significa che la dichiarazione di dipendenza da sostanze stupefacenti – che, come previsto dall'ord. penit., può intervenire in qualunque momento della carcerazione – potrebbe non essere diagnosticata attraverso il mero ricorso ai test ma dovrebbe essere affidata al solo strumento della valutazione anamnestica che, però, la legge non consente» (p. 23).

del 2013²⁷, che vi può essere alcooldipendenza anche senza l'uso abituale (attuale) di tale sostanza, nel caso in cui ciò sia il risultato di un percorso terapeutico di successo. Lo stesso vale per l'uso di sostanze stupefacenti²⁸.

Non sono questi gli unici episodi in cui la Suprema Corte, lungi dal farsi imbrigliare dal dispositivo di legge, ha dimostrato una certa permeabilità al “formante scientifico” e alle criticità riscontrate nella prassi.

Più nel dettaglio, è interessante constatare la sensibilità della giurisprudenza della Cassazione al mutamento di prospettiva rappresentato dal passaggio dalla IV alla V edizione del già citato *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (D.S.M.) elaborato dalla *American Psychiatric Association*.

²⁷ Il riferimento va alla decisione della Cassazione n. 11575 del 05.02.2013 (dep. 12.03.2013). In questo caso, il Tribunale di Sorveglianza aveva, da un lato, evidenziato che al ricorrente erano somministrati farmaci (alcover) per la disassuefazione dall'alcol e, dall'altro, aveva escluso lo stato di alcooldipendenza sulla base del fatto che il ricorrente, nell'arco di tempo di un anno e mezzo, era risultato sempre negativo ai controlli (quattordici), così negando l'accesso alla misura. La Cassazione osserva che il Tribunale cade in un'insuperabile aporia logica, atteso che la negatività dei controlli circa l'assunzione di alcool è il risultato di una terapia tuttora in atto e non del superamento della dipendenza, costituente il presupposto della domanda avanzata ai sensi del d.P.R. n. 309 del 1990, art. 94.

²⁸ Sul punto, si pensi al caso deciso da Cass. sent. n. 20564 del 23.04.2012 (dep. 28.05.2012). La Corte sostiene che, sebbene il tribunale abbia correttamente recepito il dato dell'intervenuta astinenza del soggetto all'uso di stupefacenti, non può essere trascurato il rischio di ricaduta. La Corte afferma quindi, in linea con la sua precedente giurisprudenza, che l'attualità dello stato di tossicodipendenza e la necessità di un idoneo programma di recupero possono avere riguardo – qualora l'interessato abbia superato la fase della dipendenza fisica dallo stupefacente – anche alla sola dipendenza psichica. E invero il tossicodipendente non può ritenersi guarito in base alla mera constatazione della circostanza che non assume più droghe, avendo egli necessariamente bisogno di un ulteriore periodo di mantenimento terapeutico e di supporto psicologico (Sez. I, 06.10.2004, n. 46228). La Corte afferma, quindi, significativamente, che il programma di affidamento terapeutico può essere mirato a rafforzare la motivazione dell'astinenza e quindi non necessariamente deve essere inteso quale comoda via alternativa al carcere, una volta raggiunta la soglia dell'astinenza all'assunzione.

Secondo il D.S.M. IV, la dipendenza da sostanze stupefacenti, comunemente intesa come tossicodipendenza, rappresentava una condizione patologica differente da quella dell'abuso di tali sostanze²⁹.

Diversamente, secondo il successivo D.S.M. V, edito negli Stati Uniti nel 2013, non andrebbero distinti tossicodipendenza e abuso di sostanze stupefacenti, giacché tutte le dipendenze e i relativi problemi comportamentali rientrano nella categoria generale dei “disturbi da uso di sostanze”.

Pertanto, se prima della modifica la Cassazione sosteneva la non coincidenza fra l'uso abituale o continuativo di stupefacenti e lo stato di tossicodipendente³⁰, in alcuni recenti arresti la Suprema Corte argomenta nel senso che non rileva, alla stregua dei parametri del D.S.M. V, la distinzione tra stato di tossicodipendenza e uso abituale di stupefacenti, in quanto le due nozioni si inquadrano nella categoria generale “disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze”, all'interno della quale devono essere distinti disturbi lievi, moderati e gravi³¹.

Da ultimo, è necessario riportare che, con la sent. n. 3805 del 28 novembre 2023 (dep. 30.01.2024), la Cassazione sembra essere tornata sui propri passi. Ritene il Collegio che

²⁹ Tale ultima condizione, infatti, non sarebbe stata assimilabile a quella della tossicodipendenza, caratterizzandosi per la ricorrenza di una sola delle seguenti condizioni: l'assunzione ricorrente, che determina incapacità di assolvere ai propri compiti, sociali, domestici e lavorativi; l'assunzione ricorrente, nonostante esposizione a pericoli fisici; problematiche legali correlate alla frequenza dell'assunzione; l'uso continuativo delle sostanze stupefacenti assunte, nonostante il persistere di problemi sociali e interpersonali. Sul punto, si consulti la chiara Cass. sent. n. 14008 del 2016.

³⁰ Continua la Corte sostenendo che l'uso abituale e lo stato di tossicodipendenza sarebbero categorie distinte, aventi autonomo riconoscimento normativo e, comunque, non omologabili, sicché l'accertamento della tossicodipendenza non si risolve in quello dell'uso abituale, il quale – alla stregua dei parametri del DSM IV, costituenti criteri guida aventi natura scientifica largamente riconosciuti nella comunità scientifica internazionale – costituisce condizione essenziale ma non sufficiente per la diagnosi della tossicodipendenza (Cass. sent. n. 38040 del 27.06.2012).

³¹ Cass. sent. n. 14008 del 13.01.2016 (dep. 07.04.2016). Altro (doveroso compito) è interrogarsi in merito alla corretta “traduzione” del pensiero scientifico nel discorso giurisprudenziale.

il mero consumo di sostanze stupefacenti – pur se abituale – non possa rientrare in una condizione patologica tale, da far ipotizzare *ex se* la sussistenza della situazione clinica legittimante la misura di cui all'art. 94, d.P.R. n. 309 del 1990.

La Corte perviene dunque alla conclusione secondo cui

non ricorre una condizione di tossicodipendenza, ai fini della concessione della misura dell'affidamento c.d. terapeutico, allorquando l'assunzione della sostanza avvenga secondo cadenze non atte a consolidare la relativa condizione di concreta dipendenza.

Si tratta di una conclusione tautologica e difficile da riempire di contenuto. Più interessante e feconda risulta, invece, l'osservazione secondo cui nonostante le condizioni di uso, di abuso e di dipendenza siano state fuse all'interno dell'unica categoria nosografica del disturbo da uso di sostanze stupefacenti, «i criteri utilizzabili per le rispettive diagnosi risultano commisurati alla contemporanea sussistenza di un differente numero di sintomi».

Sembra di potersi affermare che la Corte, con questo riferimento ai criteri diagnostici, voglia aprire la strada a un approccio “sostanzialistico” al fenomeno della tossicodipendenza che, al contrario dell'approccio “per etichette” finora privilegiato, potrebbe contribuire a semplificare il dialogo con i Ser.D.

Come si è già osservato, per accedere alla misura non deve necessariamente esservi un nesso tra la tossicodipendenza e il reato commesso; inoltre, non è nemmeno necessario che lo stato di tossicodipendenza sussista al momento della commissione del fatto.

Questa soluzione è senza dubbio in sintonia con il principio di uguaglianza di cui all'art. 3 Cost., oltre che con gli altri principi costituzionali in materia.

Sarebbe irragionevole concedere la misura a soggetti già tossicodipendenti al momento del fatto, e non a soggetti che lo sono diventati in carcere³². Infatti, chi cede alla tossicodipendenza a causa delle difficili

³² Il discorso muta, ovviamente, per i casi in cui lo stato di tossico- o alcooldipendenza sia preordinato al conseguimento del beneficio. L'art. 94 prevede, infatti, che il

condizioni di vita in prigione non può dirsi meno degno di essere curato da parte dello Stato.

5.2. *L'aver in corso un programma di recupero o l'intenzione di sottoporvisi*

Originariamente, la misura poteva essere concessa solo al soggetto che avesse in corso un programma di recupero. Con la legge Gozzini (l. 663/1986) è stata aggiunta la possibilità di accedere alla misura in base alla mera manifestazione dell'intenzione di sottoporsi a un simile programma.

In entrambi i casi, è evidente l'importanza del "programma", vero e proprio cardine di questa misura alternativa³³, che deve essere "concordato"³⁴.

Tribunale di Sorveglianza debba escludere la sussistenza di tale preordinazione. Si tratta, com'è evidente, di un giudizio assai arduo.

³³ L'idea del "programma" caratterizza, ormai, trasversalmente l'esecuzione penale, non solo in ambito carcerario (art. 13, co. 5, o.p.) ma anche all'esterno del carcere. Si pensi, fra i molti esempi che si potrebbero fare, alla semilibertà sostitutiva (art. 55 l. 689/81) e alla detenzione domiciliare sostitutiva (art. 56 l. 689/81). Anche questi istituti ruotano attorno al perno di un "programma".

³⁴ Si tratta, evidentemente, di una *factio*: infatti, in questo caso si ha senza dubbio una parte debole (il tossicodipendente) e una parte forte (il suo interlocutore). Illuminanti, su questo punto, le parole contenute nella relazione del Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale, in cui si afferma che «è la minaccia del carcere – o la prospettiva di prolungarne la permanenza al suo interno, anche dopo aver raggiunto la "soglia" di pena per poter accedere alla misura ex art. 94 d.P.R. 309/90 – a spingere il tossicodipendente a intraprendere un percorso di recupero; la scelta terapeutica non costituisce la strada per uscire dalla dipendenza, bensì la via per evitare il carcere. Una scelta, quindi, indotta dall'esigenza di "salvarsi" dal carcere e in cui la "volontà" di epurazione dalla dipendenza assume valenza del tutto secondaria; a dispetto dell'estrema rilevanza della volontarietà per la buona riuscita del trattamento terapeutico» (p. 24). Sulla base di queste considerazioni, nella relazione si sostiene che «[l]a "strada" del recupero extramurario dalla dipendenza del condannato/imputato [...] dovrebbe costituire, invece, l'oggetto di un'offerta dello Stato e non già la controprestazione rispetto a un impegno trattamentale assunto dal detenuto» (p. 24). Questo punto è evidentemente ignorato dalla Corte di Cassazione che, in un precedente, ha ritenuto illegittimo l'affidamento concesso al tossicodipendente subordinatamente al rispetto da parte sua delle prescrizioni e del programma terapeutico così

Quanto ai contenuti del programma, dal testo della norma si può trarre che esso deve essenzialmente contribuire al recupero del condannato (parte terapeutica) e assicurare la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati³⁵ (parte prescrittiva di stampo special-preventivo)³⁶.

Considerato che sul programma si concentra il contenuto dell'affidamento in casi particolari, è necessario analizzare più nel dettaglio i problemi che il carattere programmato di questa misura alternativa solleva.

In primo luogo, se generalmente il programma è elaborato dall'Ufficio di esecuzione penale esterna (o con la sua intesa), nell'affidamento in prova in casi particolari il programma deve essere concordato con l'azienda unità sanitaria locale (A.U.S.L.) o con una struttura privata

come approvato dalla struttura sanitaria pubblica, giacché in tal modo il trattamento risulta imposto, e non invece voluto, nemmeno là dove si presuppone l'accordo sul metodo da seguire (Cass. Pen., sez. I, 2 dicembre 1992, Bosco, in *Rivista penale*, 1993, 1059).

³⁵ Su questo punto si è pronunciata la Suprema Corte con la sent. n. 48041 del 09.10.2018 (dep. 22.10.2018), secondo la quale l'affidamento in prova per fini terapeutici, dovendo assicurare la prevenzione dei reati, non può essere concesso al condannato tossicodipendente ritenuto attualmente pericoloso, atteso che il programma terapeutico postula la collaborazione del soggetto interessato, negata in radice dalla sua stessa condizione di persona pericolosa (Fattispecie nella quale la pericolosità sociale è stata desunta dai precedenti penali per il reato di associazione di tipo mafioso e altri gravi reati, nonché dalle informative negative della polizia giudiziaria in merito ai persistenti legami con un sodalizio criminale).

³⁶ Qualche indicazione in più può essere tratta dal summentovato Protocollo stipulato nel 2018 fra la federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze e il coordinamento nazionale magistrati di sorveglianza, in cui le parti convengono che «il programma venga formulato sulla base dei dati clinico-diagnostici derivanti da una valutazione multidisciplinare [...] che consenta di ponderare la possibilità e la volontà di cambiamento del soggetto, le capacità e le risorse personali ed ambientali a disposizione, la storia tossicomane, la salute psichica, la presenza di eventuali patologie correlate, senza ignorare anche l'andamento di eventuali precedenti trattamenti di recupero. Dovrebbe, altresì, esplicitare gli obiettivi da conseguire e i tempi necessari, prevedere gli strumenti e i tempi di valutazione [...]; i programmi ambulatoriali [vengano] articolati in tempi e fasi definite, prevedendo, laddove possibile e di concerto con l'UEPE, anche l'attivazione delle risorse del territorio, per favorire un trattamento che tenga adeguatamente conto di molteplici aspetti: risposta a bisogni primari (spesso pre-requisiti per poter accedere alla misura dell'affidamento in prova), famiglia, affetti, socializzazione, lavoro, tempo libero, cultura, ecc.».

autorizzata³⁷. Inoltre, il destino dei soggetti affidati in casi particolari è spesso nelle mani di enti privati, quali sono le comunità.

In altre parole, è delegato a enti – anche privati, sia pure qualificati – che non sono abituati a trattare “dei delitti e delle pene” il compito, molto delicato, di prendersi cura di un soggetto potenzialmente pericoloso, predisponendo gli strumenti per assicurare la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati.

Considerato, quindi, che dalla norma (e dallo stesso programma) potrebbero sorgere nuove posizioni di garanzia in capo ai soggetti che amministrano le strutture cui è affidato il controllo della condotta dei soggetti sottoposti al trattamento, c'è il rischio che queste stesse strutture, intimorite dalla possibile responsabilità che potrebbe derivare dalla “gestione” della persona affetta da disturbo da uso di sostanze stupefacenti, concentrino le proprie attenzioni più sulla prevenzione del pericolo della commissione di reati che sulla cura del soggetto.

Si rischierebbe, insomma, di degenerare in una sorta di “trattamento difensivo”, germoglio dei più ampi fenomeni della medicina e della amministrazione difensiva. Di più: nella peggiore delle ipotesi, sussiste addirittura il rischio che, a causa delle pesanti responsabilità loro attribuite, le strutture private si rifiutino di prendere in carico questi soggetti.

Una possibile soluzione starebbe nel far intervenire l'U.E.P.E. già nella fase di predisposizione del programma. In questo modo, ogni attore si occuperebbe, dialogicamente ed *ex ante*, della tutela delle esigenze di cura (A.U.S.L. e privati qualificati) e di prevenzione (U.E.P.E.)³⁸.

³⁷ Si pensi, a titolo di esempio, ai dodici “S.M.I.” (Servizi Multidisciplinari Integrati) attivi in Regione Lombardia che fanno parte, insieme ai servizi per le dipendenze pubblici (Ser.D.), ai servizi residenziali (comunità) e semi residenziali (centri diurni), della rete dei servizi per le dipendenze lombarda: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Cittadini/Persone-casa-famiglia/Fragilita-e-dipendenze/rete-servizi-dipendenze/rete-servizi-dipendenze>.

³⁸ In tal senso si muovono, sia pure timidamente, alcune indicazioni sparse nel *Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS*, cit. Giova comunque sottolineare che, in ogni caso, ai sensi del richiamo contenuto al co. 6 dell'art. 94 T.U.L.S., l'U.E.P.E. manterrà il suo ruolo, previsto dall'art. 72 o.p., di controllare l'esecuzione dei programmi da parte degli ammessi alle misure alternative, di riferirne all'autorità

Un ulteriore problema, emergente nella prassi, è che spesso i programmi sono standardizzati³⁹. Questo rischia non solo di andare a detrimento dell'efficacia della misura nel caso concreto, ma anche di far sentire il singolo un "ingranaggio" di un meccanismo più complesso, che è messo in moto da una scelta (certo, del soggetto, ma) scontata: carcere o programma.

La standardizzazione porta con sé altresì una inevitabile ma pernicioso semplificazione. Spesso si assiste, infatti, alla contrapposizione tra programmi comunitari e programmi territoriali, con una predilezione della magistratura di sorveglianza per i primi, assai impegnativi per il singolo, «anche nei casi in cui non esistono né una specifica prescrizione normativa, né indicatori clinici ed epidemiologici che depongano per una sua maggiore appropriatezza»⁴⁰.

In realtà, un approccio maturo e individualizzato al tema non dovrebbe "contrapporre" queste *species* di programma, ma vederle, in un'ottica dinamica, come possibili evoluzioni di uno stesso percorso trattamentale che, per esempio, potrebbe iniziare come comunitario evolvendosi poi, al raggiungimento di determinati obiettivi, in ambulatoriale.

Di più: i programmi, lungi dall'essere strutturati avendo come punto di riferimento un percorso terapeutico di successo e privo di sbavature, potrebbero (dovrebbero?) già contenere gli "antidoti" a un'eventuale trasgressione.

Si pensi, per esempio, a un programma che stabilisca un iniziale collocamento in comunità e un successivo approccio alla cura della dipendenza di tipo territoriale o ambulatoriale, con la previsione che si torni

giudiziaria e di proporre eventuali interventi di modifica o di revoca. Tuttavia, tale ruolo sarà necessariamente secondario rispetto a quello della struttura.

³⁹ Nel *Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS*, cit., 4, la magistratura di sorveglianza ha rilevato, fra le criticità, quella di «programmi ambulatoriali inaffidabili, deboli (scarsamente individualizzati, relativamente strutturati, poco contenitivi), in ordine alla capacità di recupero della persona condannata e di prevenzione del rischio di recidiva», dovuta forse anche alla «limitata concessione della misura in presenza di programmi ambulatoriali anche se individualizzati e strutturati, e frequenti indicazioni di inserimento in comunità residenziali, ritenute in assoluto più contenitive, prescindendo dalle indicazioni dei Ser.D. [...]»: criticità, quest'ultima, rilevata proprio dai Ser.D.

⁴⁰ *Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS*, cit., 10-11.

al collocamento in comunità nel caso di reiterata inosservanza delle prescrizioni stabilite per la “fase ambulatoriale”.

I vantaggi di un simile approccio alla stesura del programma, più completo e proiettato anche alla previsione e soluzione di eventuali momenti patologici, sarebbero vari. In primo luogo, si otterrebbero risultati deflativi, dato che non sarebbe necessario investire l'autorità giudiziaria di ogni piccola “trasgressione”, essendo essa stessa “risolvibile” in seno al programma stesso. In secondo luogo, il programma sarebbe molto più “individualizzato” e realistico, giacché si tratterebbero le piccole trasgressioni come fenomeni che, nel corso del trattamento di disturbi così complessi come quelli da uso di sostanze, possono manifestarsi e quotidianamente si manifestano.

5.3. *Allegati alla domanda*

Rimane da affrontare il tema degli allegati da accompagnare alla richiesta a pena di inammissibilità⁴¹.

Alla domanda va allegata, in primo luogo, una certificazione attestante lo stato di tossicodipendenza. La certificazione deve anche attestare la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti.

Si tratta di un importante indizio della necessità, da parte del giudice, di operare una verifica scientifica sul metodo di accertamento di tale stato di tossicodipendenza, che pone problemi simili a quelli dell'accertamento delle “norme di copertura” del nesso di causalità.

Il problema, però, è che raramente il giudice ha la capacità di svolgere questa verifica. Sarà perciò fondamentale il contributo di esperti, che potrebbero essere coinvolti in forza degli ampi poteri istruttori concessi al Tribunale dal co. 3 dell'art. 94.

⁴¹ Come ricordato da una recente sentenza della Cassazione, è causa di inammissibilità della domanda di affidamento in prova terapeutico, che può essere dichiarata “de plano” dal Presidente del tribunale di sorveglianza, la mancata o incompleta allegazione della certificazione attestante lo stato di tossicodipendenza, la procedura accertativa di essa e l'idoneità del programma concordato: Cass. sent. n. 43852 del 18.09.2019 (dep. 28.10.2019).

Va quindi allegata una certificazione sulla idoneità del programma ai fini del recupero del condannato⁴². Sono plurimi i profili problematici posti da questo requisito⁴³.

In primo luogo, se questa certificazione non viene da un ente terzo rispetto a quello che ha concordato il programma, nel migliore dei casi essa sarà inutile, perché è ovvio che chi ha predisposto il programma ritiene anche che esso sia idoneo, mentre, nel peggiore dei casi, essa potrebbe rivelarsi dannosa. Forte del suo potere di certificazione l'ente potrebbe infatti rinunciare alla formulazione di un programma completo e attuabile, a detrimento della qualità e della personalizzazione del trattamento.

Non sembra sufficiente, al fine di evitare i rischi insiti in questa superfetazione, il successivo controllo del Tribunale che, anzi, potrebbe sentirsi rassicurato da una certificazione "formale" priva di vero senso pratico.

In secondo luogo, non è dato comprendere quale sia il termine cui l'idoneità del programma deve rifarsi. Il programma dev'essere idoneo a contribuire al recupero del condannato, oppure a recuperare il condannato?

Indicazioni nel primo senso vengono dal co. 4 dell'art. 94, ove si prevede (meno draconianamente) che il Tribunale accoglie l'istanza se "il programma di recupero [...] *contribuisce* al recupero del condannato". Indicazioni nel secondo senso vengono, invece, dal co. 1, che richiede l'allegazione di una certificazione della idoneità del programma *ai fini del recupero del condannato, sic et simpliciter*.

⁴² Si consideri che, secondo Cass. sent. n. 53761 del 22.09.2014 (dep. 30.12.2014), il giudizio di idoneità del programma terapeutico non vincola il giudice posto che questi è soggetto solo alla legge e non anche agli atti della P.A., ed essendo inoltre necessaria una complessa valutazione circa il probabile conseguimento delle finalità del programma proposto, in relazione ai parametri della pericolosità del condannato e della attitudine del trattamento a realizzare un suo effettivo reinserimento nella società.

⁴³ Sul punto si è pronunciata Cass. sent. n. 16905 del 20.12.2017 (dep. 16.04.2018) secondo la quale, ove ricorrano i presupposti soggettivi e oggettivi per l'applicazione dell'istituto indicati dalla citata disposizione, il giudice è chiamato a effettuare una complessa valutazione circa il probabile conseguimento delle finalità del programma terapeutico, tenendo conto della pericolosità del condannato e dell'attitudine del trattamento a realizzare un suo effettivo reinserimento sociale.

I due *standard* si collocano quasi agli antipodi: una cosa è essere idonei a recuperare, un'altra essere idonei a contribuire al recupero. Il primo *standard* si pone in un'ottica assolutizzante, il secondo, invece, colloca idealmente il recupero – più realisticamente – come ideale risultato di un processo multifattoriale.

Identificare quale sia il parametro da valorizzare – idoneità a recuperare o a contribuire al recupero – è fondamentale, in particolare, per l'interpretazione delle locuzioni “esito positivo” e aver “positivamente terminato la parte terapeutica del programma”⁴⁴.

Infatti, se il programma dev'essere idoneo al recupero del condannato, esso termina solo se e quando tale recupero avvenga; se, invece, il programma deve solamente “contribuire” al recupero, si potrebbe dire positivamente terminata la parte terapeutica anche nel caso in cui siano completati gli *step* previsti dal programma, senza addivenire però a un completo recupero.

Da ultimo, e si tratta forse della questione più delicata, richiedere che venga allegata un'attestazione circa l'andamento di un programma già in corso rischierebbe di porsi in contrasto con l'art. 3 Cost.

Infatti, tale richiesta rischia nel migliore dei casi di essere inutile, perché se un soggetto ha iniziato un programma in modo infruttuoso gli basterà, prima di chiedere la misura, rivolgersi a un altro ente per iniziare un “nuovo” programma; e, nel peggiore dei casi, di essere dannosa, giacché porrebbe in una situazione di svantaggio soggetti che hanno già iniziato il programma, rispetto a quelli che lo devono ancora iniziare, i quali, evidentemente, non dovranno produrre un certificato circa lo stato di avanzamento del programma.

Con il rischio ulteriore di disincentivare l'accesso “anticipato” alla programmazione terapeutica.

6. I possibili esiti della misura

I possibili “esiti” della misura dell'affidamento in prova in casi particolari vanno dedotti dal combinato disposto dell'art. 94 e delle ri-

⁴⁴ V. *infra*, § 6.

chiamate norme dell'ordinamento penitenziario. Fra questi, i più significativi sono i seguenti.

In primo luogo, è possibile che il soggetto termini la parte terapeutica del programma prima che sia trascorso il periodo di affidamento. Per questa ipotesi, esplicitamente disciplinata dall'art. 94, co. 6-*bis* ma scarsamente ricorrente nella prassi, si prevede la possibilità di una prosecuzione della misura, previa rimodulazione delle prescrizioni, anche se la pena supera quella prevista per la concessione dell'affidamento ordinario.

La *ratio* della disposizione è chiara: si vuole evitare che un soggetto, che non abbia più i requisiti per beneficiare dell'affidamento in casi particolari perché ormai guarito, non possa nemmeno beneficiare dell'affidamento ordinario perché la pena da scontare è ancora troppo elevata.

Da ciò si deduce che avere terminato la parte terapeutica del programma non corrisponde ancora a un "esito positivo" dell'affidamento in prova in casi particolari (con l'effetto di estinguere la pena detentiva) perché, per questo caso, è prevista una conversione della misura, non una sua cessazione: la durata della misura alternativa resta quella della pena inflitta, salvo le riduzioni per la liberazione anticipata⁴⁵.

In secondo luogo, è possibile che il soggetto, pur non avendo terminato la parte terapeutica del programma, riesca a terminare il periodo di affidamento, pari alla durata della pena da scontare, senza incorrere in una revoca⁴⁶.

⁴⁵ In questo senso sembrano muovere le conclusioni della recente Cassazione, sent. n. 2343 del 10.12.2020, a detta della quale «la durata dell'affidamento in prova è uguale alla pena da scontare (art. 47, comma 1, ord. pen.) e non è prevista alcuna possibilità di sua conclusione anticipata (salvo la possibilità di usufruire della liberazione anticipata di cui all'art. 54 ord. pen.) [...]. La norma dell'art. 94, comma 6-*bis* d.P.R. 309 del 1990, che prevede che il Magistrato di Sorveglianza disponga la prosecuzione della misura quando il piano è terminato positivamente dal punto di vista terapeutico, conferma tale circostanza: la durata della misura alternativa resta quella della pena inflitta, salvo le riduzioni per la liberazione anticipata».

⁴⁶ Si interpreta quindi la locuzione "esito positivo" come equivalente a "contribuzione al recupero". Sarà così possibile aversi estinzione della pena anche se il soggetto non sarà completamente disintossicato. Si accoglie, in sostanza, la tesi secondo cui «[c]ontroversa è l'esatta individuazione del concetto di esito positivo: a chi ritiene che

In forza del richiamo generale, contenuto al co. 6, alle norme sull'ordinamento penitenziario, e in particolare all'art. 47, co. 12, o.p., in questo caso si avrà estinzione della pena.

Da ultimo, è possibile che il soggetto non collabori con le strutture cui è affidato. Per questa ipotesi, la soluzione indicata dal legislatore è quella di applicare le norme in materia di affidamento ordinario, ai sensi delle quali “[l]’affidamento è revocato qualora il comportamento del soggetto, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, appaia incompatibile con la prosecuzione della prova” (art. 47, co. 11, o.p.).

Non si può che rinviare, quanto all’interpretazione di questa clausola, alla ricca giurisprudenza in materia di affidamento ordinario, che non è possibile in questa sede approfondire⁴⁷.

esso sia equivalente alla mera disintossicazione fisica dalla sostanza [...] si contrappone chi afferma come necessario anche il superamento dello stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza [...] e addirittura il recupero sociale del soggetto [...]. In posizione intermedia si colloca chi sottolinea la inevitabile sfasatura sussistente tra tempo occorrente per il successo della terapia e tempo di durata della pena da espiare con il trattamento alternativo, nonché l'estrema variabilità soggettiva dei destinatari della misura e, pertanto, suggerisce come preferibile la soluzione di far coincidere la positività della prova con l'accertata osservanza del programma terapeutico concordato [...]. L'adempimento, da parte del condannato, dell'impegno assunto anche attraverso la sottoscrizione del verbale di prescrizioni sarebbe, in sostanza, indicativo di una sua proiezione comportamentale almeno verso l'uscita dalla dipendenza, restando impregiudicato che la rimozione di tale situazione dipende da tempi e modi di attuazione dell'intervento terapeutico». (L. CARACENI, A. PRESUTTI, *Affidamento in prova in casi particolari*, cit., 1264).

⁴⁷ Si segnalano solamente Cass. sent. n. 27854 del 22.05.2013 (dep. 26.06.2013), secondo la quale all'affidamento in prova al servizio sociale, disposto nei confronti di tossicodipendenti ai sensi dell'art. 94 d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, si applica il comma undicesimo dell'art. 47 della legge 354 del 1975 relativamente alle condizioni che legittimano la revoca del beneficio (in applicazione del principio, la Corte ha ritenuto illegittima la revoca dell'affidamento in prova giustificata sulla circostanza che il soggetto era stato vittima di un agguato, elemento insufficiente a dimostrare il fallimento del percorso riabilitativo) e Cass. sent. n. 27711 del 06.06.2013 (dep. 24.06.2013), secondo la quale la revoca della dell'affidamento in prova terapeutico, pur in presenza di un comportamento del soggetto contrario alle prescrizioni, è rimessa alla discrezionalità del tribunale di sorveglianza, che ha l'obbligo di giustificare l'uso del potere conferitogli, con motivazione logica, adeguata e non viziata.

Giova precisare, però, che il requisito della incompatibilità con la prosecuzione della prova, nel caso dell'affidamento terapeutico, non può che essere interpretato alla luce del diverso contesto di riferimento.

Una delle criticità rilevate dai Ser.D. consiste proprio nel fatto che nella prassi si vedono «[r]evoche pressoché automatiche qualora vengano segnalati episodi di difformità rispetto a quanto previsto dal programma (uso di droghe/alcol e altri fatti significativi)»⁴⁸.

Tenendo conto del fatto che «la tossico/alcol dipendenza è una malattia a prevalente andamento cronico recidivante»⁴⁹, e del fatto che la “prova” stessa è di competenza di servizi quali il Ser.D., non si può negare che siano questi stessi servizi a dover esprimere almeno un parere non vincolante in merito alla compatibilità o meno della condotta trasgressiva del programma con una sua prosecuzione.

In questo senso si muove il più volte menzionato Protocollo fra FeDerSerD e CONAMS, in cui le parti

concordano nel sottolineare la necessità che la valutazione dell'eventuale ricaduta debba essere personalizzata e contestualizzata di caso in caso, in quanto possibile evento “atteso” in un percorso di cura, anche positivo. Pertanto, la sola ricaduta potrebbe non costituire di per sé motivo sufficiente per considerare inefficace il programma e per revocare la misura.

Di conseguenza, lo stesso Protocollo auspica che

la magistratura di sorveglianza [...] valuti, caso per caso, di ricorrere alla revoca della misura quale *extrema ratio* nei casi in cui il percorso terapeutico sia ritenuto assolutamente inutile o pericoloso sotto il profilo della recidiva⁵⁰.

Infatti, se tale condotta trasgressiva si concretizza nell'uso di sostanze, essa non farebbe che confermare lo stato di tossicodipendenza del soggetto e l'urgenza di un suo trattamento programmato.

⁴⁸ Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS, cit., 5.

⁴⁹ Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS, cit., 11.

⁵⁰ Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS, cit., 11-12.

7. I problematici rapporti fra l'art. 94 T.U.L.S. e le preclusioni alla concessione dell'affidamento in prova ordinario

Si è già fatto riferimento alla norma contenuta nel co. 6-bis dell'art. 94, la quale prevede che “[q]ualora nel corso dell'affidamento disposto ai sensi del presente articolo l'interessato abbia positivamente terminato la parte terapeutica del programma, il magistrato di sorveglianza, previa rideterminazione delle prescrizioni, può disporre la prosecuzione ai fini del reinserimento sociale anche qualora la pena residua superi quella prevista per l'affidamento ordinario di cui all'articolo 47 della legge 26 luglio 1975, n. 354”.

Al netto delle perplessità “generiche” già manifestate da alcuni autori che si sono occupati del tema⁵¹, preme in questa sede affrontare le problematiche che emergono da un approccio “intersezionale”⁵² a questo tema.

Un primo problema consiste nel fatto che la norma sembra lasciare intendere che, terminata la parte terapeutica del programma (capi-saldo dell'affidamento in casi particolari), la misura possa continuare, trasformandosi in affidamento ordinario⁵³.

Un secondo problema è rappresentato dalla circostanza che la norma non provvede per la seguente ipotesi: *quid iuris*, in sede di conversione dell'affidamento in casi particolari in affidamento ordinario, nel caso in cui il soggetto, pur avendo potuto accedere al primo, non potrebbe, in astratto, accedere al secondo per motivi diversi dai limiti di pena? Nel prosieguo verranno analizzati due esempi.

⁵¹ In particolare, secondo alcuni «[l]’automaticità della trasformazione lascia perplessi: i differenti presupposti delle due misure richiederebbe l’intervento giurisdizionalizzato dell’organo collegiale»: M.G. COPPETTA, sub Art. 94 *Testo Unico Stupefacenti*, in F. FIORENTIN, F. SIRACUSANO (a cura di), *L’esecuzione penale. Ordinamento penitenziario e leggi complementari*, Milano, 2019, 1310.

⁵² V. *supra*, § 2.

⁵³ M.G. COPPETTA, sub Art. 94 *Testo Unico Stupefacenti*, cit., 1310. Cfr. anche L. CARACENI, A. PRESUTTI, *Affidamento in prova in casi particolari*, cit., 1267. Sulla base di questa premessa implicita, è possibile comprendere il motivo per cui il legislatore concede al giudice di “derogare” ai limiti di pena al di sotto dei quali è possibile concedere l'affidamento in prova ordinario.

7.1. Preclusioni ex art. 4-bis o.p.

Come rilevato dalla dottrina, il c.d. doppio binario dell'esecuzione penale è riconoscibile anche nel settore dell'esecuzione delle pene dei condannati tossicodipendenti.

Infatti – se, in genere, possono accedere alla misura dell'affidamento in casi particolari i soggetti che devono espiare una pena detentiva non superiore a sei anni –, laddove nel testo del titolo esecutivo figurì un reato annoverato fra quelli dell'art. 4-bis possono godere dell'affidamento in casi particolari solamente le persone che devono espiare una pena non superiore a quattro anni⁵⁴.

Essendo la tossicodipendenza sempre uguale a sé stessa, si potrebbe revocare in dubbio la ragionevolezza e, quindi, la legittimità, del ricorso anche in questa sede a un “doppio binario penitenziario”⁵⁵. Ciò è tanto

⁵⁴ Sul punto la giurisprudenza è chiara. Da ultimo, secondo Cass. sent. n. 29873 del 24.03.2023 (dep. 10.07.2023), in tema di affidamento in prova terapeutico, prevedendo la condizione di accesso alla misura che la pena detentiva inflitta o ancora da espiare sia contenuta nel limite di sei anni ovvero di quattro anni, se relativa a titolo esecutivo comprendente reati di cui all'art. 4-bis, legge 26 luglio 1975 n. 354, non è consentito lo scioglimento del cumulo, in caso di pena da espiare superiore ai quattro anni, al fine di imputare quella già espiata ai reati in questione. Non sono, invece, applicabili, in questa sede, le preclusioni di cui all'art. 4-bis, come statuito da Cass. sent. n. 24721 del 13.05.2015 (dep. 11.06.2015), secondo la quale per l'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari, ai sensi dell'art. 94 d.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, non opera il divieto di concessione delle misure alternative alla detenzione, stabilito dall'art. 4-bis dalla legge n. 354 del 1975 in relazione alle condanne inflitte per i reati in esso indicati.

⁵⁵ Ancora più “duri” i rilievi contenuti nella relazione di accompagnamento licenziata dal Tavolo 4 (Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze) degli Stati generali dell'esecuzione penale, in cui si afferma che «l'accesso all'affidamento in prova terapeutico non dovrebbe essere coordinato ad alcuna soglia di pena da scontare né, a maggior ragione, differenziata per tipologia di delitti (oggi, invece, graduata fra i sei e i quattro anni a seconda che si tratti di reati “comuni” ovvero delitti indicati nell'art. 4-bis ord. penit.)» (p. 25). Su questo punto si è pronunciata, di recente, la Cassazione. Al rilievo difensivo secondo cui sarebbe stato necessario parificare le condizioni di accesso al beneficio (anni sei di residuo pena da scontare) come unica opzione costituzionalmente sostenibile, la Suprema Corte, nella sent. n. 20702 del 16.06.2020 (dep. 10.07.2020), ha opposto che sarebbe manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 94 d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, in relazione agli artt. 3, 27 e 32 Cost., nella parte in cui prevede un diverso requisito di accesso all'affidamento in prova terapeutico

più vero se si considera che la restrizione dei requisiti per l'accesso alla misura (*i.e.*, l'abbassamento della soglia di pena espianda) avviene *se anche solo figura* nel titolo esecutivo una condanna a reato ostativo⁵⁶.

Inoltre, sempre considerando che il condannato a reati di cui al 4-*bis* può essere ammesso all'affidamento in casi particolari⁵⁷, è necessario interrogarsi in merito alla sorte della misura nel caso in cui egli termini positivamente la parte terapeutica del programma. Per questo caso, il più volte menzionato art. 94, co. 6-*bis*, pur prevedendo una deroga ai limiti edittali dell'affidamento ordinario, non sembra fare eccezione alle preclusioni derivanti dall'art. 4-*bis* alla concessione dell'affidamento ordinario⁵⁸. Con la conseguenza che il recuperato "ostativo", non avendo più diritto al trattamento per i casi particolari, dovrebbe rientrare nell'orbita delle preclusioni dell'art. 4-*bis*⁵⁹.

Una simile interpretazione sarebbe però del tutto inaccettabile giacché nessuno sarebbe spinto a disintossicarsi sapendo che, nel caso di

per coloro che debbano scontare un residuo di pena riferito a reato ostativo previsto dall'art. 4-*bis*, ord. pen. in quanto la norma non stabilisce alcuna preclusione assoluta, ma prevede una diversa modalità di accesso al beneficio giustificata dalla gravità dei reati ostativi inclusi nel titolo esecutivo, indicativi di una maggiore pericolosità sociale del detenuto.

⁵⁶ Si consideri, per esempio, la situazione di un soggetto che debba scontare anni due di reclusione per aver commesso un reato ostativo e anni sei di reclusione ad altro titolo. In questo caso, una volta scontata la pena relativa al titolo ostativo, egli non potrà accedere al beneficio giovandosi del regime "comune" dell'affidamento in casi particolari (sei anni di pena residua), ma dovrà comunque attendere il raggiungimento della soglia di anni quattro di pena da espiare, scontando per anni due, salvo liberazione anticipata, una reclusione che non può che dirsi ingiusta e anzi deleteria per la cura del suo stato di alcool- e/o tossicodipendenza.

⁵⁷ Come messo recentemente in luce, infatti, quello oggetto del presente elaborato è uno degli «istituti che possono essere concessi anche ai condannati per reati di cui all'art. 4-*bis* co. 1 o.p. Ciò si piega perché si tratta evidentemente di misure vocate ad un'istanza esclusivamente umanitaria»: A. MENGHINI, *Carcere e Costituzione*, cit., 115, n. 113.

⁵⁸ Questa ipotesi interpretativa sembra rafforzata dal rinvio all'o.p. operato dal co. 6 dell'articolo, che va inteso principalmente come riferito alla regolamentazione dell'affidamento in prova ordinario.

⁵⁹ *Ex multis*, A. MENGHINI, *Carcere e Costituzione*, cit., 110 ss.

recupero, la sua misura non potrebbe convertirsi in affidamento ordinario, con la conseguenza che gli toccherebbe tornare in prigione.

Sono due le possibili soluzioni interpretative a questo problema.

La prima è quella di sostenere che, una volta concessa la misura, essa prosegue, indipendentemente dal superamento o meno dei limiti di pena previsti per la concessione dell'affidamento ordinario, anche in caso di guarigione del soggetto. In questo senso, il comma 6-*bis* sarebbe inutile, perché lungi dal convertirsi in affidamento ordinario, continuerebbe a fare il suo corso la misura dell'affidamento in casi particolari, sottratta alle preclusioni del doppio binario.

La seconda è quella di interpretare la misura di cui al co. 6-*bis* come un *tertium genus*. In questo modo, si otterrebbe il duplice effetto positivo di sottrarla alle rigide preclusioni di cui all'art. 4-*bis* e di distinguerla – come, in fin dei conti, sembra aver voluto fare il legislatore – dall'affidamento in prova in casi particolari, misura elettivamente destinata alla cura⁶⁰.

Entrambe queste interpretazioni avrebbero il pregio di valorizzare la specialità della disciplina dell'affidamento in casi particolari, una misura alternativa dal carattere prettamente umanitario.

7.2. Preclusioni ex art. 58-*quater* o.p.

L'art. 58-*quater* o.p. stabilisce che “al condannato nei cui confronti è stata disposta la revoca di una misura alternativa ai sensi dell'articolo 47, comma 11, dell'articolo 47-*ter*, comma 6, o dell'articolo 51, primo comma” non può essere concesso, fra gli altri, l'affidamento in prova al servizio sociale per un periodo di tre anni dal momento in cui è stato emesso il provvedimento di revoca (co. 1, 2 e 3)⁶¹.

Secondo la tesi più convincente, questa preclusione non potrebbe operare con riferimento all'affidamento in prova in casi particolari. Ciò

⁶⁰ In entrambi i casi permarrebbe, forse, un profilo di criticità. Infatti, si avrebbero condannati per delitti di cui all'art. 4-*bis* trattati in due modi diversi, a seconda che abbiano completato un programma di trattamento, oppure che non abbiano mai avuto problemi di tossicodipendenza.

⁶¹ *Ex multis*, F. DELLA CASA, G. GIOSTRA, *Manuale di diritto penitenziario*, cit., 251-252.

trova riscontro in una recente sentenza della Corte di Cassazione⁶², secondo la quale il divieto triennale di concessione di benefici penitenziari al condannato nei cui confronti sia stata disposta la revoca di una misura alternativa alla detenzione, previsto dall'art. 58-*quater* o.p., non opera nell'ipotesi di revoca dell'affidamento in prova in casi particolari di cui all'art. 94 d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, in quanto l'infruttuosa applicazione di tale misura, oltre a non essere espressamente contemplata fra le condizioni "pregiudicanti" di cui all'art. 58-*quater*, comma 2, cit. in ragione della peculiare situazione dei soggetti che ne fruiscono, non determina alcuna presunzione assoluta di incapacità del condannato di conformarsi ai benefici aventi finalità di rieducazione comune.

Se questa importante sentenza stabilisce la impermeabilità della disciplina delle preclusioni "ordinarie" a una eventuale revoca dell'affidamento in casi particolari, è altrettanto importante sottolineare che il divieto di concessione di benefici penitenziari al condannato nei cui confronti sia stata disposta la revoca di una misura alternativa alla detenzione non opera, secondo altra giurisprudenza, quando è richiesta l'applicazione dell'affidamento in prova in casi particolari previsto dall'art. 94 del d.P.R. n. 309 del 1990, in quanto tale misura non è espressamente menzionata tra quelle per cui si applica la previsione ostativa dell'art. 58-*quater* che, per il suo carattere restrittivo, non è suscettibile di interpretazione analogica⁶³.

Se in giurisprudenza è già filtrata, pertanto, questa convincente "impermeabilità" delle preclusioni nei confronti degli affidati (o affidandi) in casi particolari, maggiori problemi pone la questione della prosecuzione dell'affidamento in casi particolari una volta terminata con successo la parte terapeutica del programma (art. 94, co. 6-*bis*, T.U.L.S.).

Anche in questo caso, infatti, si pone il problema della possibilità di applicare l'affidamento ordinario a soggetti che (normalmente) non potrebbero accedervi. Anche in relazione a questa ipotesi, la soluzione potrebbe essere considerare l'affidamento ordinario "da conversione" un *tertium genus* al quale continuano a non poter essere applicate le

⁶² Sent. n. 24425 del 26.04.2023 (dep. 07.06.2023).

⁶³ Così Cass., sent. n. 6287 del 23.10.2014 (dep. 12.02.2015).

preclusioni che, a monte, non trovano applicazione nei casi di affidamento in casi particolari⁶⁴.

Una diversa interpretazione frustrerebbe, infatti, il delicato lavoro di sottrazione dell'affidamento in casi particolari, in quanto misura speciale e diversa da quelle "comuni", alle ordinarie preclusioni, giustificato dal fatto che il peso specifico della *ratio* di tali preclusioni è inversamente proporzionale a quello del contenuto umanitario che contraddistingue l'affidamento in casi particolari.

8. Art. 94 T.U.L.S. e riforma Cartabia

Come noto, la riforma Cartabia non ha aggiunto né l'affidamento in prova, né l'affidamento in prova in casi particolari fra le pene sostitutive delle pene detentive brevi. Questo produce una serie di tensioni intra-sistematiche.

Preme sottolineare che l'omessa considerazione dell'affidamento in prova in casi particolari fra le pene sostitutive comporta delle conseguenze ancora più gravi, perché rischia di ritardare l'intervento della giustizia a favore del soggetto debole e tossicodipendente alla fase dell'esecuzione.

Ciò a maggior ragione in un contesto in cui

circa tre su quattro beneficiari dell'affidamento ordinario sono affidati in prova dallo stato di libertà; la proporzione si inverte per i tossicodipendenti: quasi tre su quattro passano dal carcere prima di accedere alla misura alternativa. Questo nonostante la difficile compatibilità tra tossicodipendenza, carcere, diritto alla salute, accesso ai servizi⁶⁵.

⁶⁴ Giova, da ultimo, precisare che non vale a risolvere i problemi posti dalla conversione la tesi per cui, in ogni caso, in caso di esito positivo potrebbe essere chiesta la sospensione della pena per il tossicodipendente. Tale istituto, infatti, non vale per gli alcooldipendenti, né per i casi in cui non vi sia un nesso fra la tossicodipendenza e il delitto commesso.

⁶⁵ M. CIANCHELLA, *Le conseguenze penali e sanzionatorie del proibizionismo in materia di droghe*, in G. ZUFFA, F. CORLEONE, S. ANASTASIA, L. FIORENTINI, M. PER-

Stranamente, però, l'art. 545-*bis* c.p.p. recita oggi che

[a]ll fine di decidere sulla sostituzione della pena detentiva e sulla scelta della pena sostitutiva [...] il giudice può acquisire [...] dai soggetti indicati dall'articolo 94 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, la certificazione di disturbo da uso di sostanze o di alcol ovvero da gioco d'azzardo e il programma terapeutico, che il condannato abbia in corso o a cui intenda sottoporsi.

Il testo della relazione illustrativa d.lgs. 150/2022 chiarisce il motivo di questo riferimento all'art. 94, nonostante questa misura non sia stata inserita fra le pene sostitutive. Si afferma, infatti, che

[s]i intende per tale via richiamare l'attenzione del giudice, pur a fronte della mancata inclusione dell'affidamento in prova ai servizi sociali tra le pene sostitutive, sulla possibilità e sull'opportunità di applicare pene sostitutive con finalità terapeutica, in vista delle esigenze di cura e di reinserimento sociale dei condannati affetti da disturbo da uso di alcol, di sostanze o da gioco d'azzardo (previsione, quest'ultima, innovativa anche rispetto all'ordinamento penitenziario e suggerita dalle più recenti acquisizioni scientifiche; cfr. il DSM-5), ovvero da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria⁶⁶.

Non si può che auspicare che i giudici facciano ricorso a questa “valvola di sfogo” lasciata aperta dal nuovo testo del codice di procedura penale.

DUCA, M. CIANCHELLA (a cura di), *La traversata del deserto - Quattordicesimo Libro Bianco sulle Droghe*, cit., 15.

⁶⁶ Prosegue la relazione affermando che «[i]n particolare, se il condannato presenta le predette condizioni di salute e intende intraprendere o proseguire un programma di recupero, il giudice può applicare, in luogo della pena detentiva (destinata ad essere ‘sostituita’ in sede di esecuzione da una misura alternativa, a distanza di molti mesi o anni), una pena sostitutiva il cui programma di trattamento contempra la sottoposizione ai programmi di cura e assistenza correlativi alle condizioni di salute. [...] Le pene sostitutive, applicate dal giudice di cognizione ed immediatamente esecutive, dopo la definitività della sentenza, possono infatti consentire cure, assistenza e recupero sociale più immediato rispetto alle misure alternative alla detenzione, applicabili in sede di esecuzione dal tribunale di sorveglianza, non di rado a distanza di mesi o anni dall'istanza».

Dalle “ceneri” della mancata previsione dell’affidamento in prova in casi particolari fra le pene sostitutive, che hanno portato a questa strana e ortopedica ibridazione fra pene sostitutive e finalità terapeutiche, potrebbe infatti nascere, per i motivi che seguono, una fenice inaspettatamente elegante⁶⁷. Come si è visto⁶⁸, il fatto che l’U.E.P.E. non ricopra alcun ruolo nella redazione del programma dell’affidamento in casi particolari potrebbe portare a degli esiti distorsivi nel modo in cui l’affidamento in casi particolari si manifesta nella prassi. Come noto, l’U.E.P.E. gioca invece un ruolo di prim’ordine nell’ambito della programmazione delle nuove pene sostitutive. Pertanto, questa “ibridazione” fra pene sostitutive e finalità terapeutiche, menzionata nella relazione accompagnatoria al d.lgs. 150/2022, potrebbe aiutare a sperimentare quel modello che si auspicava venisse inserito già nell’art. 94 T.U.L.S., che vede coinvolto anche questo Ufficio, insieme all’ente che si occupa della cura del tossicodipendente, nella predisposizione del programma di trattamento, con vantaggi per tutti i soggetti interessati.

9. *L’affidamento in prova in casi particolari del condannato minorene*

Come si è visto *supra*, un’altra declinazione dell’affidamento in prova in casi particolari è quella di misura penale di comunità⁶⁹ ai sensi dell’art. 2, d.lgs. 121/2018⁷⁰.

⁶⁷ Vi sono, però, delle linee di continuità con il passato. Come si può leggere in una recente monografia, con la riforma Cartabia «si è espressamente previsto che il giudice, nella scelta della sanzione sostitutiva, debba valutare anche le condizioni di dipendenza da alcool, droga e gioco d’azzardo, certificate dai servizi pubblico o privati autorizzati indicati dall’art. 94 co. 1 d.P.R. n. 309/1990, nonché le condizioni di persona affetta da HIV conclamata o da grave deficienza umanitaria, sdoganandosi così definitivamente la prassi già invalsa di concepire anche una detenzione domiciliare associata ad un programma riabilitativo»: A. MENGHINI, *Carcere e Costituzione*, cit., 499.

⁶⁸ V. *supra*, § 5.2.

⁶⁹ Sulle quali F. DELLA CASA, G. GIOSTRA, *Manuale di diritto penitenziario*, cit., 330-335.

⁷⁰ Questo articolo oggi recita: “1. Sono misure penali di comunità l’affidamento in prova al servizio sociale, l’affidamento in prova con detenzione domiciliare, la detenzione domiciliare, la semilibertà, l’affidamento in prova in casi particolari. 2. Le misure

All'affidamento in prova in casi particolari come misura di comunità tocca l'arduo compito non solo di cercare di guarire una dipendenza, ma anche di salvare giovani vite. Non potendo rimanere sorda alla par-

penali di comunità sono disposte quando risultano idonee a favorire l'evoluzione positiva della personalità, un proficuo percorso educativo e di recupero, sempre che non vi sia il pericolo che il condannato si sottragga all'esecuzione o commetta altri reati. Tutte le misure devono prevedere un programma di intervento educativo. 3. (La Corte costituzionale, con sentenza 5 novembre - 6 dicembre 2019, n. 263, in G.U. 1^a s.s. 11.12.2019, n. 50, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di questo comma) 4. Il tribunale di sorveglianza decide sulla base dei risultati dell'osservazione e della valutazione della personalità del minorenne, delle condizioni di salute psico-fisica, dell'età e del grado di maturità, del contesto di vita e di ogni altro elemento utile, tenuto conto della proposta di programma di intervento educativo redatta dall'ufficio di servizio sociale per i minorenni e dei percorsi formativi in atto. 5. Nella scelta della misura si tiene conto dell'esigenza di garantire un rapido inserimento sociale con il minor sacrificio della libertà personale. 6. La durata delle misure penali di comunità è corrispondente alla durata della pena da eseguire. 7. L'esecuzione delle misure penali di comunità avviene principalmente nel contesto di vita del minorenne e nel rispetto delle positive relazioni socio-familiari, salvo motivi contrari e, in ogni caso, purché non vi siano elementi tali da far ritenere collegamenti con la criminalità organizzata. 8. Con l'applicazione delle misure può essere disposto il collocamento del minorenne in comunità pubbliche o del privato sociale. Per favorire il percorso educativo del condannato, le comunità possono essere organizzate, in deroga a quanto previsto dall'articolo 10, comma 2, lettera a), del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272, anche in modo da ospitare solamente minorenni sottoposti a procedimento penale ovvero in esecuzione di pena. 9. Ai fini dell'applicazione delle misure penali di comunità, l'osservazione è svolta dall'ufficio di servizio sociale per i minorenni che acquisisce i dati giudiziari e penitenziari, sanitari, psicologici e sociali, coordinandosi con i servizi socio-sanitari territoriali di residenza del minorenne e, per i detenuti, anche con il gruppo di osservazione e trattamento dell'istituto di appartenenza. Il tribunale di sorveglianza può disporre approfondimenti sanitari anche avvalendosi dei servizi specialistici territoriali. 10. Il tribunale di sorveglianza acquisisce informazioni sul contesto di vita familiare e ambientale, sui precedenti delle persone con cui il minorenne convive e sull'idoneità del domicilio indicato per l'esecuzione della misura. 11. L'ufficio di servizio sociale per i minorenni predispone gli interventi necessari ai fini della individuazione di un domicilio o di altra situazione abitativa, tale da consentire l'applicazione di una misura penale di comunità. 12. Le disposizioni sull'affidamento in prova al servizio sociale, sulla detenzione domiciliare e sulla semilibertà di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni, nonché sull'affidamento in casi particolari previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, si applicano, in quanto compatibili, alle corrispondenti misure di comunità di cui al presente decreto".

tiolare classe dei suoi destinatari, la misura viene quindi riempita di ulteriori contenuti. Si tratta di norme, invero, valide per tutte le misure penali di comunità, previste proprio dall'art. 2, che contiene

disposizioni che accomunano tutte le misure penali di comunità: definizione dei contenuti, delle finalità, dell'ambito di applicazione, dei soggetti che intervengono nell'esecuzione e delle attività loro demandate⁷¹.

Non essendo questa la sede per approfondire i caratteri generali delle misure di comunità, giova però ricordare che anche questa può essere applicata solamente se risulta idonea a favorire l'evoluzione positiva della personalità e un proficuo percorso educativo e di recupero.

Anch'essa deve, inoltre, prevedere un programma di intervento educativo, da attuarsi principalmente nel contesto di vita del minorenne e nel rispetto di "positive" – così si esprime, problematicamente, il dettato normativo – relazioni socio-familiari.

Si prevedeva altresì che, ai fini della concessione delle misure penali di comunità e dei permessi premio e per l'assegnazione al lavoro esterno, si applicasse l'articolo 4-*bis*, commi 1 e 1-*bis*, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni.

Si trattava di una vera e propria ferita nel delicato tessuto della disposizione, sacrificando essa sull'altare di tratizie considerazioni securitarie la speranza del recupero di giovani vite afflitte dall'alcool- e dalla tossicodipendenza.

Per fortuna non si è fatto attendere l'intervento della Consulta che, con la sentenza n. 263/2019, ha dichiarato incostituzionale questa disposizione per violazione, fra gli altri, degli artt. 27, terzo comma, e 31, secondo comma, Cost.

La Corte ha correttamente rilevato che la norma censurata faceva sì che

le finalità di prevenzione generale e di difesa sociale [finissero] per prevalere su quelle di educazione e risocializzazione, restaurando un assetto in contrasto con i principi di proporzionalità e individualizzazione della pena, sottesi all'intera disciplina del nuovo ordinamento penitenziario minorile.

⁷¹ F. DELLA CASA, G. GIOSTRA, *Manuale di diritto penitenziario*, cit., 332.

Certo, però, è che dal

superamento del meccanismo preclusivo che osta alla concessione delle misure extramurarie non deriva in ogni caso una generale fruibilità dei benefici, anche per i soggetti condannati per i reati elencati all'art. 4-*bis* ordin. penit. Al tribunale di sorveglianza compete, infatti, la valutazione caso per caso dell'idoneità e della meritevolezza delle misure extramurarie, secondo il progetto educativo costruito sulle esigenze del singolo⁷².

Come acutamente rilevato in dottrina,

rispetto alla sent. n. 253, la n. 263 è ancora più drastica. Diversamente dalla precedente, che derubrica l'originaria presunzione legislativa da assoluta a relativa, nella pronuncia successiva quella stessa presunzione viene integralmente a cadere⁷³.

Non si può che accogliere con favore questa drasticità, soprattutto se si considera l'ulteriore profilo di irragionevolezza consistente nel fatto che, pur non essendo la preclusione di cui all'art. 4-*bis* applicabile all'affidamento in casi particolari per adulti, essa avrebbe potuto condizionare l'accesso all'affidamento in casi particolari – misura di comunità.

Infatti, il rinvio operato dall'art. 2, co. 12, alla disciplina dell'art. 94 T.U.L.S.⁷⁴, era (ed è) fatto sotto riserva di compatibilità della disciplina richiamata. E la disciplina dell'art. 94 T.U.L.S., nella parte in cui deroga all'applicazione delle ordinarie preclusioni *ex art. 4-bis* o.p., non poteva sicuramente dirsi compatibile con la formulazione dell'art. 2 *ante* Corte cost. 263/2019.

10. Conclusioni

Dietro le righe fredde e inospitali di una disposizione di legge poco conosciuta, si nasconde un mondo fatto di comunità, di persone afflitte

⁷² Corte cost., sent. 263/2019.

⁷³ A. PUGIOTTO, *Due decisioni radicali della Corte costituzionale in tema di ostatività penitenziaria: le sentenze nn. 253 e 263 del 2019*, in *Rivista AIC*, 2020, 1, 510.

⁷⁴ F. DELLA CASA, G. GIOSTRA, *Manuale di diritto penitenziario*, cit., 331.

da dipendenze difficilmente superabili e di tanti professionisti pronti a fare del loro meglio per aiutare i più deboli.

Il giurista, davanti a tutto questo, non può rimanere indifferente, soprattutto a fronte della noncuranza che la società sembra esprimere verso gli ultimi: non solo condannati, ma condannati alcool- e tossicodipendenti. Deve piuttosto vegliare sulla corretta attuazione dei principi costituzionali per far sì che alcune buone intuizioni legislative, fra le quali rientra senza dubbio l'affidamento in prova in casi particolari, non restino lettera morta o difficile appannaggio di pochi fortunati.

Nella trattazione si è tentato, in quest'ottica, di affrontare alcuni dei problemi che l'interprete potrebbe incontrare avvicinandosi all'istituto regolato dall'art. 94 T.U.L.S. Lo si è fatto, nei limiti del possibile, visitando comunità e interagendo con professionisti del settore. Oltre a questo, si è tentato anche di elaborare proposte per fare in modo che la misura possa fungere da vero strumento di guarigione, e non si riduca a rappresentare un conchiuso sistema di collocamento extracarcerario di soggetti che fanno fatica a confrontarsi con il carcere.

RIEDUCAZIONE E TOSSICODIPENDENZA: IL PUNTO DI VISTA DEL CRIMINOLOGO

*Andrea Di Nicola**, *Giulia Perrone***

SOMMARIO: *1. Introduzione. 2. Tensione tra malattia e scelta deviante. 3. Tensione tra rieducazione e difesa sociale. 4. I numeri della droga oggi e la pressione sul carcere. 5. Fattori che facilitano e ostacolano il recupero del tossicodipendente in carcere. 6. Considerazioni finali.*

1. Introduzione

Questo contributo si interroga, dal punto di vista della sociologia giuridica e della devianza, sui fattori che ostacolano il recupero del condannato tossicodipendente.

La tossicodipendenza rappresenta una delle sfide più complesse per il sistema penale e penitenziario contemporaneo; l'obiettivo è quello di mettere in luce i motivi per cui la rieducazione del condannato tossicodipendente appare spesso molto complicata se non impossibile.

Prima di iniziare è necessario distinguere tra tossicodipendenza che ha causato il reato (con un rapporto di causa-effetto tra reato e tossicodipendenza) e tossicodipendenza che non è causa diretta della commissione del reato. Nel primo caso la rieducazione non può che passare per la cura del condannato tossicodipendente, mentre nel secondo caso non è detto che la risoluzione della tossicodipendenza significhi scongiurare la recidiva e dunque, rieducare, pur sempre rappresentando un elemento di rilievo in termini trattamentali. In questa sede si farà riferimento alla

* Andrea Di Nicola è professore associato di criminologia, Facoltà di Giurisprudenza, Università di Trento e direttore del Centro di Scienze della Sicurezza e della Criminalità dell'Università di Trento e dell'Università di Verona.

** Giulia Perrone è assegnista di ricerca (SPS/12) presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trento e collaboratrice di ricerca presso il Centro di Scienze della Sicurezza e della Criminalità dell'Università di Trento e dell'Università di Verona.

prima forma di tossicodipendenza; in termini soggettivi a coloro che hanno commesso il reato in funzione e a causa della loro dipendenza.

Si cercherà di spiegare come e perché le scelte normative in tema di tossicodipendenza e carcere sembrano incarnare la tensione tra considerare la tossicodipendenza talvolta una malattia, per cui si ha diritto a “programmi terapeutici e socio-riabilitativi”, talvolta una scelta libera seppur autodistruttiva (in termini psicologici) e rinunciataria (in termini criminologici), per la quale serve una risposta punitiva e repressiva. Il primo *perché* di una rieducazione che sembra complicata se non impossibile – quella del tossicodipendente – è, dunque, insito nella definizione stessa di tossicodipendenza e nel significato attribuito a tale concetto.

Il secondo *perché* riguarda il come questo dubbio definitorio si riflette sulla funzione che la società sembra attribuire alla pena per il condannato tossicodipendente, che pare anch'essa essere contraddittoria e contraddistinta da una tensione tra il curare soggetti che ne hanno bisogno, da una parte, e punire e difendere la società stessa da soggetti che vengono percepiti come *outsider* estremamente dannosi, dall'altra. Così, a fronte dell'introduzione di misure alternative *ad hoc*, istituti e sezioni per il trattamento avanzato delle dipendenze, poi solo una piccola parte della popolazione tossicodipendente gode di questi benefici. Vi è un'inconciliabile discrepanza tra il numero di soluzioni alternative e riabilitative offerte e il numero dei tossicodipendenti condannati in Italia.

Il terzo *perché* è di tipo quantitativo: la pressione sul carcere in termini di condannati tossicodipendenti continua ad aumentare ed è sempre più difficile da gestire.

Il quarto, e ultimo, *perché* riguarda i fattori che facilitano (di protezione) e ostacolano (di rischio) il recupero del tossicodipendente in carcere, molti dei quali sono fattori socio-ambientali indipendenti dal trattamento, sui quali si ha poco controllo, ma che risultano fondamentali in tema di ricaduta e, dunque, di fallimento rieducativo.

2. *Tensione tra malattia e scelta deviante*

Non sono pochi gli studiosi che si sono interrogati sulla dipendenza quale espressione di una perdita di auto-controllo o, al contrario, quale espressione di una libera scelta, seppur rinunciataria.

In tal senso la tossicodipendenza può essere interpretata sia come una malattia che come devianza (o, meglio, scelta deviante). Come spiega Leonardi (2009) nel primo caso,

si cerca di identificare il substrato psicopatologico che porta all'uso di sostanze stupefacenti, mentre nel secondo si pone l'attenzione sul comportamento individuale e sul contesto sociale e relazionale del tossicodipendente; entrambi i casi sottolineano l'origine sociale del problema, definendolo in termini di malattia-devianza¹.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la “dipendenza patologica” è da intendersi quale

condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali, compreso un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico per sperimentarne gli effetti psichici o evitare il malessere della privazione².

Seguendo tale impostazione, pertanto, la tossicodipendenza è da intendersi quale impulso incontrollabile nel procacciare e assumere la sostanza, con sviluppo di tolleranza e dunque poi di dipendenza psichica e talvolta fisica.

Passando da un'impostazione medica a una più sociologica, diversi autori hanno cercato di spiegare la tossicodipendenza. Gli approcci si dividono tra chi considera la dipendenza come una scelta consapevole e volontaria, esaltando in particolare l'aspetto volontarista del processo di ricaduta (concezioni cognitive e razionaliste); chi, invece, cerca di

¹ F. LEONARDI, *Tossicodipendenza e alternative alla detenzione: il rischio di recidiva tra gli affidati in prova al servizio sociale*, in *Rassegna Penitenziaria*, n. 1, 2009, 7.

² Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, disponibile al link: <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5772&area=prevenzione&menu=vuoto>.

concentrarsi sul vissuto e sul ruolo dei fattori interni ed emotivi, tenendo presente anche l'incontrollabilità del desiderio di assumere la sostanza (interazionismo simbolico); e chi infine cerca spiegazioni interamente sociali e strutturali (funzionalismo).

In particolare, i funzionalisti, hanno suggerito che i tossicodipendenti potrebbero esemplificare l'adattamento rinunciatario (la rinuncia). Secondo Robert K. Merton, i tossicodipendenti possono essere intesi come individui che credono nella correttezza sia degli obiettivi/mete culturali prescritte sia delle procedure/ mezzi istituzionalizzati che la società offre per raggiungere tali obiettivi, ma che vi rinunciano, abbandonano, rifiutando sia mete che mezzi³. Richard Cloward e Lloyd Ohlin parlarono dei tossicodipendenti come di "doppiamente falliti"; non riescano a raggiungere gli obiettivi con mezzi né legittimi né illegittimi, esclusi sia dalle sottoculture tradizionali che da quelle delinquenziali, riducendo ulteriormente le opportunità di successo sociale⁴.

La tensione tra il considerare la tossicodipendenza di chi ha commesso un reato una malattia oppure una scelta deviante inevitabilmente porta con sé poca chiarezza teorica e, ad avviso di chi scrive, rappresenta un primo grande ostacolo all'azione di recupero del condannato tossicodipendente.

3. Tensione tra rieducazione e difesa sociale

Dal punto di vista della società la pena detentiva per un tossicodipendente può avere finalità diverse, antitetiche: curare individui che ne hanno bisogno e rieducarli oppure punire e difendere la società da individui considerati pericolosi, verso ai quali si manifesta una certa riprovazione sociale. È una tensione, che sembra essere teorica, ma che nella realtà prende forma in spinte normative e operative concrete e chiaramente antitetiche, che rendono problematico il momento riabilitativo.

Per capire meglio sono necessari alcuni cenni in merito al trattamento penitenziario del tossicodipendente. Il d.P.R. 309/1990, Testo Unico

³ R.K. MERTON, *Teoria e struttura sociale*, tr. it., Bologna, 1959.

⁴ R.A. CLOWARD, L.E. OHLIN, *La teoria delle bande delinquenti in America*, tr. it., Bari, 1968.

delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e, in tema di esecuzione della pena, al capo II del Titolo VIII, così come modificato dalla l. n. 49/2006 e dai molteplici interventi successivi, prevede misure atte a favorire un'ampia de-carcerizzazione dei tossicodipendenti sulla base della coincidenza del trattamento sanzionatorio con quello terapeutico⁵.

Ebbene, le illuminate previsioni normative contenute nel d.P.R. 309/1990, in particolare quelle ai sensi degli artt. 90 e 94, rappresentano la volontà di assicurare ai condannati tossicodipendenti delle modalità di esecuzione della pena detentiva (come l'affidamento in prova in casi particolari) in grado di salvaguardare l'aspetto terapeutico ma anche fronteggiare problemi quali il sovraffollamento carcerario e l'aumento di detenuti tossicodipendenti.

Il primo comma dall'art. 95 del d.P.R. 309/1990 (Esecuzione della pena detentiva inflitta a persona tossicodipendente) sancisce, infatti, che

la pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi.

L'ordinamento italiano, dunque, intende privilegiare un percorso di esecuzione pena di tipo terapeutico-riabilitativo – ove possibile non detentivo – per il tossicodipendente condannato.

L'attenzione è rivolta poi a come la pena debba essere espiata da parte dei tossicodipendenti introducendo il concetto di “reparti carcerari opportunamente attrezzati” (art. 84 l. 22 dicembre 1975, n. 685) all'interno dei quali attuare un trattamento penitenziario differenziato per i soggetti tossicodipendenti orientato in senso terapeutico.

A partire dalla consapevolezza ormai salda rispetto alla natura criminogena insita nella dimensione carcere, il legislatore si è spinto sempre più verso la soluzione comunitaria e la de-carcerizzazione dei tossicodipendenti.

⁵ B. SCARCELLA, *Trattamento e cura del tossicodipendente autore di reato: il volto di un altro carcere*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 2, 2017.

Proprio al fine di rendere la presenza dei tossicodipendenti in carcere del tutto marginale e residuale si parla di una differenziazione trattamentale orientata sempre più in direzione dell'accesso a misure "particolari" per detenuti tossicodipendenti, come l'affidamento terapeutico e circuiti/sezioni *ad hoc* come quelle a custodia attenuata, partendo dalla consapevolezza di dover trattare un detenuto la cui criminalità (e la relativa possibilità di recidiva) dipendono strettamente dalla dipendenza, che deve necessariamente essere "trattata" per raggiungere il successo rieducativo.

Invero, la pena detentiva per il condannato tossicodipendente è da intendersi quale *extrema ratio*, che dovrebbe essere scontata in "istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi" (art. 95 d.P.R. n. 309/1990).

I luoghi adatti al perseguimento di tal fine sono individuati negli ICATT, ossia "Istituti a custodia attenuata per il trattamento delle tossicodipendenze", regolamentati dal d.P.R. 30 giugno 2000, n. 230; la scelta custodiale differenziata vuole da un lato allontanare il detenuto tossicodipendente dalle influenze negative e criminogene del contesto carcerario e dall'altro assicurare l'approccio terapeutico del trattamento differenziato, anche attraverso il lavoro, percorsi riabilitativi orientati all'acquisizione della propria autonomia ovvero a ristabilire i contatti con l'esterno.

A fronte di tutto questo, è importante però notare lo squilibrio tra gli affidamenti in prova ordinari e gli affidamenti in prova "particolari" per i tossicodipendenti: a fronte dei circa tre quarti dei beneficiari dell'affidamento ordinario da libertà (13.498 su 17.613) quasi tre su quattro detenuti tossicodipendenti (2.051 su 2.918) scontano una parte della pena in carcere prima di accedere alla misura alternativa⁶.

Altrettanto tangibile è lo squilibrio tra il numero di soggetti dichiarati tossicodipendenti in carcere (16.845 al 31.12.2022) e coloro che si trovano in misura alternativa alla detenzione (MAD), in un Istituto a Custodia Attenuata (ICATT) o in sezioni attenuate (SeATT) (*ex art. 96 cc. 3 e 4, d.P.R. 309/90*). Stando ai dati del Ministero della Giustizia –

⁶ M. CIANCHELLA, *Le conseguenze penali e sanzionatorie del proibizionismo in materia di droghe*, cit., 15.

Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità – Sezione statistica, gli affidati tossicodipendenti dallo stato di libertà risultano 867 mentre dallo stato di detenzione risultano 2.051⁷; appare evidente che la necessità di salvaguardare il soggetto detenuto dall’entrare in contatto con la dimensione carceraria e di rieducare in contesti più adatti, nei fatti non trovi realizzazione. Tale necessità deriva dalle particolari fragilità caratterizzanti i soggetti tossicodipendenti, ovvero delle importanti carenze psico-fisiche, dalle particolari esigenze in termini di trattamento della dipendenza (es. la somministrazione di una terapia metadonica a scalare o una terapia farmacologica sostitutiva); fragilità che espongono il detenuto tossicodipendente più facilmente al pericolo di prepotenze, sopraffazioni, strumentalizzazioni e violenze in generale, da parte degli altri detenuti.

La stessa necessità che ha portato alla creazione della “custodia attenuata” ovvero, come detto, una forma di “trattamento penitenziario avanzato” per detenuti tossicodipendenti che può essere realizzata in idonei reparti o in istituti a questa dedicati; l’obiettivo è quello dell’attenuazione dell’impatto con il carcere attraverso la riduzione delle caratteristiche strutturali, funzionali e relazionali tipiche della privazione delle libertà personali del carcere⁸.

Peccato che la quantità di tali istituti (e sezioni) non risulta neanche lontanamente adeguato ad accogliere i numeri pocanzi riportati: in una rilevazione del 2015, il DAP conta 21 Istituti di pena e Sezioni a custodia attenuata, di cui solo 12 riservate a detenuti tossicodipendenti, con una capienza di circa 635 posti⁹.

La sperimentazione della custodia attenuata, dunque, parrebbe restare – non solo in termini quantitativi – “un’azione simbolica e riservata a

⁷ M. CIANCHELLA, *Le conseguenze penali e sanzionatorie del proibizionismo in materia di droghe*, cit., 16.

⁸ S. LIBIANCHI, *La custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti*, in *Report VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze*, “Oltre le fragilità. Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell’ambito della dipendenza da sostanze psicoattive” – Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Antidroga – Tavolo tecnico 1, 2021, 69.

⁹ Relazione gruppo di lavoro Tavolo Tecnico n. 4 “Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze”, Stati generali esecuzione penale, Ministero Giustizia, febbraio 2016.

poche centinaia di persone a fronte di un fabbisogno nell'ordine delle migliaia"¹⁰.

Nella pratica, dunque, il trattamento delle tossicodipendenze nell'ambito dell'esecuzione della pena si realizza nella maggioranza dei casi all'interno delle carceri, rendendo assai difficile l'idea di favorire le necessità terapeutiche del condannato tossicodipendente rispetto a quelle repressive.

4. I numeri della droga oggi e la pressione sul carcere

Le recenti politiche criminali ispirate ad approcci "tolleranza zero" verso il consumo di droghe, penalizzanti e sempre più criminogene, unite a un aumento della domanda di stupefacenti, sono tra le ragioni per cui cresce la popolazione carceraria tossicodipendente in Italia. Crescono i detenuti ristretti per reati connessi al d.P.R. 309/1990; crescono i detenuti tossicodipendenti entrati e presenti¹¹. Le persone tossicodipendenti in carcere in Italia nel 2022 (al 31/12) sono state 16.845, ovvero il 30% del totale, la cui presenza in carcere è alimentata da continui nuovi ingressi (nel 2022 gli ingressi di tossicodipendenti sono stati il 40,7% del totale): dal 2006 è il secondo dato più alto (dopo il 2019)¹².

Gestire questa pressione sul carcere è e sarà sempre più difficile e renderà sempre più complesso il momento rieducativo. Ancora di più se si considera che molti detenuti sono di nazionalità straniera.

¹⁰ S. REGIO, *Proposte di cambiamento sul carcere, sul senso della pena e sull'esecuzione penale esterna*, in *Report VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze*, "Oltre le fragilità. Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive" – Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Antidroga – Tavolo tecnico 1, 2021, 71.

¹¹ M. CIANCHELLA, *Le conseguenze penali e sanzionatorie del proibizionismo in materia di droghe*, in *Libro Bianco sulle Droghe*, "La traversata nel deserto", XIII ed., 2023, 10.

¹² M. CIANCHELLA, *Le conseguenze penali e sanzionatorie del proibizionismo in materia di droghe*, cit., 11-12.

5. *Fattori che facilitano e ostacolano il recupero del tossicodipendente in carcere*

Premesso che l'insorgere di una dipendenza dipende dall'interazione tra le caratteristiche personali individuali, come la predisposizione genetica, il temperamento, il tipo di personalità e le esperienze esterne all'individuo¹³, è chiaro che seppur alcune caratteristiche personali (come fattori genetici, tratti di personalità, sviluppo cognitivo, etc.) sono ritenuti predisponenti alla dipendenza, queste interagiscono con fattori socio-ambientali interferenti che riguardano l'ambiente esterno.

I fattori che facilitano o che ostacolano – rispettivamente di protezione e di rischio in prospettiva psicologica – il recupero del tossicodipendente in carcere saranno qui distinti in: clinici (biologici/psicologici), socio-ambientali e ambientali (e strutturali) collegati al carcere.

A partire dai fattori clinici, incluse le svariate conseguenze psichiche che l'impiego di sostanze stupefacenti può produrre a cui spesso si associano complicazioni di natura clinica dovute a deterioramento organico e a patologie infettive, sicuramente uno stato di salute buono è da considerarsi un fattore che diminuisce le complicità nel trattamento. Rispetto ai fattori psicologici – intesi quali fattori di protezione individuali che riducono la vulnerabilità di fronte ai comportamenti di dipendenza¹⁴ – favorenti il buon esito del reinserimento, dobbiamo nominare: i) il benessere psicologico ed emotivo; ii) buone risorse cognitive; e iii) buone competenze sociali. Rispetto, invece, ai fattori ambientali e socio-ambientali, rilevano: i) legami familiari solidi ed efficaci; ii) la presenza di una rete di sostegno sociale esterna; e iii) la presenza di un legame con la comunità e la partecipazione alla vita sociale. Per quel che concerne, infine, i fattori legati al carcere (e al trattamento) che possono favorire la buona riuscita del percorso rieducativo-riabilitativo del detenuto tossicodipendente – oltre alla possibilità di accedere a mi-

¹³ Gruppo di Lavoro OPL Psicologia delle Dipendenze - Consulta dei Profili Professionali (a cura di), L. BIFFI, M. CORNAGO, G. GELMI, F. MERCURI, *Psicologia e Prevenzione delle dipendenze*, 6, liberamente consultabile all'indirizzo <https://www.opl.it/public/files/19971-dipendenze-ebook.pdf>.

¹⁴ L. BIFFI, M. CORNAGO, G. GELMI, F. MERCURI, *Psicologia e Prevenzione delle dipendenze*, cit., 9.

sure particolari, come l'affidamento terapeutico – la costruzione di un solido rapporto di fiducia con gli operatori dei servizi specialistici (multidisciplinari) che lavorano per la prevenzione e la riabilitazione delle dipendenze (Ser.D.) all'interno delle carceri, è certamente degno di nota.

Andando ad approfondire i fattori clinici che ostacolano la rieducazione del tossicodipendente, dobbiamo nominare: i) una dipendenza grave e datata nel tempo (con esordio precoce); ii) aspetti personologici che predispongono alla dipendenza (es. incapacità di tollerare l'ansia e le frustrazione, la bassa autostima); iii) compresenza di altri disturbi mentali¹⁵ (es. soggetti con altri disturbi psichiatrici, non correlati) o altre patologie concomitanti (es. malattie infettive come HIV); iv) vulnerabilità neuro-biologica; e v) familiarità (ereditarietà di fragilità rispetto alla dipendenza).

Spostandoci sui fattori socio-ambientali avversi, rilevano: i) l'assenza di una rete sociale e familiare supportiva; ii) il vivere in condizioni di svantaggio sociale (povertà, disoccupazione, criminalità); iii) avere modelli familiari disfunzionali (es. storia familiare di dipendenze) o comunque modelli favorevoli alla dipendenza e la relativa interiorizzazione; iv) conflitti intrafamiliari; nel caso di giovani v) il contesto di consumo deviante e la rete amicale dedita all'uso di sostanze.

Infine, restando su fattori ambientali e strutturali, legati al contesto detentivo sicuramente i) il pericolo di influenze nocive; e ii) l'inadeguatezza dell'offerta trattamentale di tipo terapeutico – riabilitativo intramuraria (poche risorse, poche attività, poche possibilità lavorative); ovvero iii) l'impossibilità di accedere a misure alternative alla detenzione (es. affidamento terapeutico) a causa della scarsità di posti a disposizione nelle comunità terapeutiche, rilevano sul piano rieducativo.

Ciò detto, come salterà immediatamente agli occhi ai lettori specializzati, la popolazione dei tossicodipendenti detenuti è solitamente caratterizzata da un cattivo stato di salute (dovuto al deterioramento organico e alla frequente presenza di altre complicanze cliniche annesse), da legami familiari e sociali spesso logorati dalla dipendenza e/o disfun-

¹⁵ L. BIFFI, M. CORNAGO, G. GELMI, F. MERCURI, *Psicologia e Prevenzione delle dipendenze*, cit., 10.

zionali, nonché contesti sociali che si contraddistinguono per disagio, marginalità e isolamento. In sintesi, pochissimi fattori di protezioni e moltissimi fattori di rischio, sui quali si ha poca possibilità di incidere ma che risultano importanti in tema di ricaduta, sono la regola per il tossicodipendente condannato con una strutturale complessità dell'azione riabilitativa che finisce per avere alte probabilità di insuccesso.

6. Considerazioni finali

Pur riconoscendo l'origine sociale del problema della tossicodipendenza, una volta che questa si concretizza in una diagnosi di "dipendenza patologica" e, dunque, in una "malattia ad andamento cronico e recidivante (...)" (OMS) presente al momento della carcerazione, la rieducazione non può che passare dalla cura.

Tuttavia, come detto, nonostante le intenzioni legislative di favorire un approccio terapeutico e riabilitativo – e dunque di cura – nel trattamento del detenuto tossicodipendente, la realtà carceraria italiana mostra una crescente pressione dovuta all'aumento dei tossicodipendenti detenuti nelle carceri e nelle sezioni comuni, piuttosto che in sezioni o in Istituti a custodia attenuata o in misura alternativa.

Ebbene molte sono le difficoltà che si frappongono alla possibilità di cura in una condizione di privazione della libertà soprattutto perché la sola cura medica (attraverso terapia farmacologica per esempio) non risolve il problema. Sono gli interventi di terapia psicologica e di riabilitazione sociale a condurre alla vera risoluzione della dipendenza; interventi che, come è noto, in carcere sono assai limitati anche in virtù di particolari necessità di un ambiente e di un *setting* adeguato.

Questo mette in luce l'ambiguità legata alla tensione definitoria della tossicodipendenza e la difficoltà strutturale nel gestire adeguatamente il problema della tossicodipendenza in carcere.

Per portare davvero a compimento questa visione riabilitativa – ammesso che si voglia – è prioritario: i) sgonfiare la pressione sulle carceri sovraffollate, riducendo il numero dei tossicodipendenti ristretti, per esempio attraverso politiche criminali che depenalizzino i reati collegati alle droghe leggere, investendo in prevenzione e assistenza agli

emarginati; ii) aumentare la capacità delle strutture specializzate nel trattamento terapeutico-riabilitativo, consentendo di accogliere un numero più elevato di persone e riducendo, così, la discrepanza tra domanda e offerta di soluzioni riabilitative; e iii) costruire delle valutazioni scientifiche dell'efficacia delle varie forme di trattamento, al fine di valorizzare ciò che si dimostra più efficace.

Tutto questo trasformerebbe una visione in un sistema, senza però ancora risolvere il problema della complessa rieducazione del condannato tossicodipendente. Infatti, a tale quadro complesso e spesso contraddittorio si aggiungono fattori incidenti il recupero del tossicodipendente che non dipendono dal trattamento ricevuto, nonché fattori socio-ambientali indipendenti dal controllo terapeutico; la verità è che spesso la ricaduta dipende dal contesto post-trattamento.

Ciò detto, per quanto il sistema penitenziario possa impegnarsi e adempiere al mandato rieducativo nei confronti dei condannati tossicodipendenti, elementi fuori dal nostro controllo potranno comunque determinarne l'esito.

CARCERE, DROGA E TOSSICODIPENDENZA

LA REALTÀ DEI CIRCUITI A CUSTODIA ATTENUATA PER DETENUTI TOSSICODIPENDENTI

Antonia Menghini

SOMMARIO: 1. L'evidente legame esistente tra carcere, droga e tossicodipendenza. 2. L'individualizzazione del trattamento per i detenuti tossicodipendenti. 2.1. Differenziazione degli istituti e raggruppamento dei detenuti. 3. Il circuito differenziato per detenuti tossicodipendenti: cenni storico-comparatistici. 4. Storia degli ICATT: i riferimenti normativi. 5. Principi fondativi e caratteristiche degli ICATT. 6. La disciplina degli ICATT. 7. Conclusioni.

1. L'evidente legame esistente tra carcere, droga e tossicodipendenza

Il presente contributo si interessa dei rapporti tra tossicodipendenza, reati c.d. droga-correlati e momento esecutivo della pena in carcere. A questo riguardo, risulta di immediata percezione lo stretto legame esistente tra carcere, droga e tossicodipendenza¹: anche solo considerando il dato numerico, invero sbalorditivo, secondo cui circa un terzo delle persone detenute si trova in carcere per reati droga-correlati e circa un quarto dei detenuti è tossicodipendente, preme mettere in evidenza come ciò sia il frutto delle scelte di una politica criminale in materia di stupefacenti che si è caratterizzata, dagli anni Novanta in poi, per una presa di posizione oltremodo rigorosa. Scelte di politica criminale che si sono rivelate, in ultima istanza, fallimentari nella misura in cui non sono riuscite a contenere il fenomeno, contribuendo invece all'aumento esponenziale della popolazione detenuta.

¹ Cfr. B. FRAGASSO, *Normativa sugli stupefacenti ed esecuzione penale: pubblicato il XIII Libro Bianco sulle Droghe*, in www.sistemapenale.it, 11 luglio 2023, di commento al XIII edizione del Libro Bianco sulle Droghe intitolato "La traversata nel deserto", *ivi* pubblicato.

È con la legge n. 685/1975² che il legislatore si è trovato a fronteggiare l'esplosione del fenomeno, che in quegli anni è diventato un vero e proprio «fenomeno di massa»³. Il legislatore del 1975 ha optato per la depenalizzazione della detenzione di modica quantità ad uso personale – a differenza di quanto invece aveva fatto con la precedente legge n. 1041/1954⁴ – ma anche per intensificare la repressione, aumentando le pene e distinguendo il trattamento sanzionatorio tra condotte aventi ad oggetto non solo droghe pesanti o droghe leggere ma anche modiche quantità o meno, e creando nuove fattispecie. La legge punta anche sulla prevenzione, affidando alle Regioni il compito di istituire i Comitati regionali per la prevenzione delle tossicodipendenze e una rete territoriale di Centri medici e di assistenza sociale (CMAS), cui è affidato il recupero socio-terapeutico del tossicodipendente⁵, imponendo obblighi di segnalazione, ove la condotta sia quella di uso personale a scopo non terapeutico, al personale medico, agli ufficiale e agenti di polizia giudiziaria e al giudice procedente⁶. Per quanto concerne le modalità esecutive della pena per il delinquente tossicodipendente, si opta per un trattamento terapeutico-assistenziale esclusivamente intramurario, attraverso la creazione di sezioni speciali⁷. La legge, coerentemente, non prevede pertanto alcuna misura alternativa *ad hoc*.

L'affidamento in casi particolari destinato al condannato tossicodipendente verrà infatti introdotto nella legge sull'ordinamento peniten-

² Per un commento della legge, cfr. C. CASTELLANI, E. FASSONE, *Tossicodipendenza e processo penale. Osservazioni sulle prospettive di riforma della legge 685/1975*, in *Questione giustizia*, II, 1985, 357 ss.

³ Cfr. G.M. FLICK, *Droga e legge penale. Miti e realtà di una repressione*, Milano, 1979, 9. Sul punto, cfr. anche B. GUAZZALOCA, *L'esecuzione della pena del tossicodipendente*, in G. INSOLERA (a cura di), *Le sostanze stupefacenti*, Torino, 1998, 505 ss.

⁴ Ove si prevedeva il medesimo trattamento sanzionatorio per lo spacciatore e il consumatore (da 3 a 8 anni). Cfr. l'art. 6, ove vengono assimilate le seguenti condotte: «acquistare, vendere, cedere, importare, esportare, far transitare, procurare ad altri, impiegare, o comunque detenere», laddove realizzate in assenza di apposita autorizzazione.

⁵ Cfr. artt. 90 ss. della legge n. 685/1975.

⁶ Sul punto, cfr. B. GUAZZALOCA, *L'esecuzione della pena del tossicodipendente*, cit., 505.

⁷ Così A. BECONI, L. FERRANNINI, *Problemi di applicazione delle misure alternative alla detenzione del tossicodipendente*, in *Questione giustizia*, IV, 1986, 842.

ziario all'art. 47-*bis* solo dieci anni dopo, con la legge n. 297 del 21 giugno 1985, di conversione del d.l. n. 144 del 22 aprile 1985, con cui, superando le resistenze che avevano caratterizzato il dibattito dottrinale rispetto all'utilizzo della custodia cautelare in comunità per i tossicodipendenti, per la prima volta viene previsto per i tossicodipendenti e gli alcooldipendenti, autori di reato che avessero intrapreso un programma riabilitativo⁸, un percorso alternativo al carcere. Con ciò il legislatore si riprometteva sia di ottenere una significativa deflazione delle presenze in carcere, che in quel periodo avevano già segnato cifre record⁹, sia di valorizzare il trattamento terapeutico *extramoenia*, nell'ottica di prevenire il fenomeno del c.d. pendolarismo carcerario¹⁰.

A partire dagli anni Novanta, però, con la legge Jervolino-Vassalli (legge n. 162/1990), poi confluita nel d.P.R. n. 309/1990 (d'ora in poi

⁸ Parte della dottrina criticò la decisione di non limitare l'applicabilità della misura a chi avesse commesso il delitto "a causa" dello *status* di tossicodipendente. Ciò che rilevava, infatti, ai fini dell'ammissibilità al beneficio, era che la condizione di tossicodipendenza fosse attuale al momento dell'esecuzione della pena. Cfr. sul punto F. CORBI, *L'affidamento in prova con finalità terapeutiche: un nuovo sostituto della pena detentiva*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1986, 1123, che pure sottolinea la dimensione esclusivamente terapeutica dell'istituto (1160). Altra dottrina ha evidenziato la *ratio* special-preventiva dell'istituto, teso a evitare il contatto con il carcere. Così G. GRASSO, *L'affidamento in prova del tossicodipendente e dell'alcool dipendente*, in *La Legislazione penale*, 1987, 665.

⁹ Scelta questa che appariva in quel momento storica necessitata, eppure, alla luce dei presupposti declinati dal legislatore, a rischio di strumentalizzazione da parte del condannato. Così G. NEPPI MODONA, *Premessa al commento del d.l. 22.4.1985 n. 144, convertito in legge 21.6.1985 n. 297*, in *La Legislazione penale*, 1986, 20.

¹⁰ Cfr. a questo proposito gli interventi dei deputati Felisetti e Bocchino Schelotto nella seduta del 27 maggio 1985, in *Atti Parlamentari. Camera dei deputati. IX legislatura. Discussioni*, 1985, 28178-28185, in www.camera.it. Eppure, la dottrina non si è sempre espressa in termini di favore rispetto alla previsione di una misura alternativa *ad hoc* per il tossicodipendente, stigmatizzandone gli effetti financo deresponsabilizzanti nei confronti dei condannati tossicodipendenti. In tal senso A. BECONI, L. FERRANNINI, *Problemi di applicazione delle misure alternative alla detenzione del tossicodipendente*, cit., 864 ss. In argomento, cfr. anche E. FASSONE, *Commento all'art. 4-ter del d.l. 22.4.1985 n. 44, convertito nella legge 21.6.1985 n. 297*, in *La Legislazione penale*, 1986, 47 ss.; G. NEPPI MODONA, *Premessa al commento del d.l. 22.4.1985 n. 144, convertito in legge 21.6.1985 n. 297*, cit., 19 e ss.; B. GUAZZALOCA, *L'esecuzione della pena del tossicodipendente*, cit., 510-511.

anche T.U. stupefacenti), nonostante si prevedano anche alcune misure alternative e l'istituzione dei Ser.T., si assiste a un vero e proprio giro di vite nella direzione di un'impostazione fortemente repressiva che punisce anche la detenzione ad uso personale, a prescindere dalla quantità¹¹. La conseguenza è un aumento esponenziale della popolazione detenuta, che infatti, tra il 1989 e il 1992, quasi raddoppia: si passa dai 26.000 detenuti del 1989 ai circa 47.000 del 1992, di cui il 32% risultano essere tossicodipendenti. Nel solo 1990 i tossicodipendenti reclusi passano dal 16,4% della popolazione detenuta al 28% circa.

Neppure il Referendum abrogativo del 1993 rispetto alla detenzione ad uso personale di qualsiasi quantitativo di droga è stato in grado di incidere sul vorticoso aumento delle presenze in carcere dei condannati per reati droga-correlati. Alla sua crescita ha poi contribuito anche la successiva legge n. 49/2006 (Fini-Giovanardi), nota per il suo approccio fortemente punitivo che, dati alla mano, è stata in grado di sovvertire il *trend* in leggera diminuzione degli ingressi in carcere connessi a violazione dell'art. 73 T.U. stupefacenti che si era registrato negli anni immediatamente precedenti rispetto alla sua entrata in vigore. Essa ha infatti reintrodotta la rilevanza penale della detenzione ad uso personale ed eliminato la distinzione tra droghe pesanti e droghe leggere.

Come noto, in prosieguo di tempo la sentenza della Consulta n. 32/2014 ha infine dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge Fini-Giovanardi¹², con conseguente riviviscenza dell'originario minimo editale previsto dall'art. 73 comma 1 T.U. stupefacenti pari ad anni 8. La pronuncia non ha avuto considerevoli conseguenze sul numero di presenze in carcere, contribuendo nel breve periodo a una leggera flessione

¹¹ Per un commento, cfr. R. RICCIOTTI, M.M. RICCIOTTI, *Gli stupefacenti. Commento al T.U. 9 ottobre 1990, giurisprudenza, decreti ministeriali, tabelle, relazioni parlamentari*, Padova, 2000, III ed.

¹² Per un commento, cfr. A. DELLA BELLA, F. VIGANÒ, *Sulle ricadute della sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale sull'art. 73 t.u. stup.*, in www.archiviodpc.diritto penaleuomo.org, 27 febbraio 2014; V. MANES, L. ROMANO, *L'illegittimità costituzionale della legge c.d. "Fini-Giovanardi": gli orizzonti attuali della democrazia penale*, *ivi*, 23 marzo 2014; G. RICCARDI, *Giudicato penale e "incostituzionalità" della pena*, *ivi*, 26 gennaio 2015; G. FILIPPETTA, *La sentenza n. 32 del 2014 della Corte costituzionale, ovvero dell'irresistibile necessità e dell'inevitabile difficoltà di riscrivere l'art. 77 Cost.*, in www.federalismi.it, 11 luglio 2014.

della popolazione carceraria che dall'anno seguente ha ricominciato però inesorabilmente a crescere, nonostante il d.l. n. 36/2014, conv. in legge n. 76/2014, abbia ripristinato il distinguo tra droghe pesanti e droghe leggere, riducendo le pene per il piccolo spaccio¹³.

Ad oggi il numero di detenuti per reati droga-correlati è duplicato, assestandosi, al 31.12.22, sul 34,3% della popolazione detenuta. Di questi, la stragrande maggioranza (oltre il 60%), si trova in carcere per violazione dell'art. 73 T.U. stupefacenti (detenzione a fini di spaccio), solo il 5% circa per violazione dell'art. 74 T.U. stupefacenti (associazione a fini di traffico illecito di sostanze stupefacenti). Se ne deduce che la composizione della popolazione detenuta consta per la maggior parte di piccoli spacciatori: si tratta dunque di criminalità c.d. marginale, in linea con l'idea di un carcere divenuto ormai "discarica sociale"¹⁴. A più di 30 anni dalla sua approvazione, il T.U. stupefacenti rimane pertanto, quanto a titoli di reato, il principale veicolo di ingresso di condannati in carcere (circa un terzo).

¹³ Per un commento, cfr. F. VIGANÒ, *Convertito in legge il d.l. n. 36/2014 in materia di disciplina degli stupefacenti, con nuove modifiche (tra l'altro) al quinto comma dell'art. 73*, in *archiviodpc.dirittopenaleuomo.org*, 19 maggio 2014.

Le numerose modifiche normative intervenute hanno ulteriormente ampliato il divario sanzionatorio creatosi tra il primo comma e il quinto comma dell'art. 73 T.U. stupefacenti: il minimo edittale previsto per l'ipotesi ordinaria era divenuto pari al doppio del massimo previsto per l'ipotesi lieve. Ciò ha portato alla proposizione di numerose questioni di legittimità costituzionale fondate sull'asserita violazione del principio di proporzionalità della pena. Tali censure sono state accolte dalla Corte costituzionale che, con sentenza n. 40/2019, ha dichiarato illegittimo il minimo edittale (reclusione di 8 anni) previsto per il delitto di cui al primo comma dell'art. 73 T.U. stupefacenti individuando quello più mite di 6 anni. Sul punto, cfr. A. DELLA BELLA, *Emergenza carceri e sistema penale*, Torino, 2014, 49 ss.; R. BARTOLI, *La Corte costituzionale al bivio tra "rime obbligate" e discrezionalità? Prospettabile una terza via*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2, 2019, 139 ss.; C. BRAY, *Stupefacenti: la Corte costituzionale dichiara sproporzionata la pena minima di otto anni di reclusione per i fatti di non lieve entità aventi a oggetto le droghe pesanti*, in *www.archiviodpc.dirittopenaleuomo.org*, 18 marzo 2019; M. PASSIONE, *La fine è ignota. Un commento alla sentenza n. 40/2019 della Corte costituzionale*, in *Giurisprudenza penale Web*, 3, 2019.

¹⁴ Da ultimo, così G. COLOMBO, intervista sul quotidiano *La Stampa*, 27 dicembre 2022.

Quanto al numero dei detenuti tossicodipendenti, non possiamo non evidenziare il *trend* in netta crescita a far data dal 2018, con un'unica flessione nel 2021 e poi un'ulteriore crescita fino alla data attuale (circa il 28% nel 2019, di cui il 96% uomini e un terzo stranieri, circa il 30% a fine 2023). Questo dato deve però essere riletto alla luce dell'accezione del termine tossicodipendenza fatta propria dall'Amministrazione penitenziaria, secondo cui vengono considerati tossicodipendenti tutti coloro che presentano problematiche correlate all'uso di droghe indipendentemente dalla diagnosi accertata di tossicodipendenza: normalmente, infatti, solo i 2/3 di questo numero – il 20% circa della totalità della popolazione detenuta – ha una diagnosi di tossicodipendenza da parte del Ser.T.

Se questa è la fotografia dell'esistente, è chiaro che è con questa realtà che ci si deve confrontare nell'approntare nuove politiche criminali che siano in grado di operare, prima che in chiave repressiva, o esclusivamente repressiva, in chiave preventiva. Di tutta evidenza come, dati alla mano relativi a comprovate flessioni della recidiva¹⁵, l'implementazione del ricorso alle misure alternative rimanga la strada da percorrere¹⁶.

2. *L'individualizzazione del trattamento per i detenuti tossicodipendenti*

Preso atto dell'incidenza numerica dei detenuti per reati droga-correlati o comunque tossicodipendenti, è doveroso confrontarsi con la realtà del carcere.

¹⁵ Cfr. sul punto F. PESCE, *Analisi economica del diritto penale e misure alternative per tossicodipendenti*, in questo volume.

¹⁶ In quest'ultima direzione sembra orientarsi il recente d.l. n. 92 del 4 luglio 2024 in materia di «Misure urgenti in materia penitenziaria, di giustizia civile e di personale del ministero della giustizia». In particolare l'art. 8 prevede l'istituzione di un elenco di strutture residenziali, su base regionale, idonee all'accoglienza e al reinserimento sociale che dovranno garantire accoglienza, assistenza, riqualificazione professionale, reinserimento socio-lavorativo e riabilitazione anche ai soggetti tossicodipendenti o affetti da disagio psichico.

A questo riguardo, rileva in particolar modo un corollario della finalità rieducativa della pena, quello della sua individualizzazione¹⁷, che, in fase esecutiva, trova espressione nell'art. 13 o.p.

L'individualizzazione del trattamento rieducativo, come noto, si attua attraverso l'osservazione scientifica, in cui debbono essere messe in luce le carenze psico-fisiche e le altre cause del disadattamento sociale che hanno portato il condannato alla commissione del reato (commi 1 e 2), che si riflette nella predisposizione di un programma trattamentale rieducativo. Tra le citate condizioni non può non rilevare anche lo stato di tossicodipendenza.

Nell'approntare il c.d. programma rieducativo bisogna tenere in considerazione che il tossicodipendente che si trova in esecuzione di pena in carcere non è solo un criminale ma anche, e prima di ciò, un malato. E, infatti, il processo di medicalizzazione del tossicodipendente può dirsi concluso nel momento in cui l'abuso di droghe è passato dall'essere considerato un vizio a essere invece considerato una vera patologia¹⁸. Una riprova della progressiva medicalizzazione della tossicodipendenza si rinviene nel fatto che essa viene definita come una condizione patologica attraverso il rinvio alle definizioni contenute nei c.d. sistemi di nosografia psichiatrica quali lo *Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e l'*International Classification of Diseases* (ICD)¹⁹.

Pertanto, il trattamento dovrà adattarsi alle specificità del caso, caratterizzandosi sia sul versante rieducativo in senso stretto, sia su quello del trattamento terapeutico e curativo. Ne deriva che il trattamento riservato al detenuto tossicodipendente deve necessariamente essere an-

¹⁷ In argomento, per tutti, cfr. M. VENTUROLI, *Modelli di individualizzazione della pena, L'esperienza italiana e francese nella cornice europea*, Torino, 2020.

¹⁸ In argomento, cfr. anche I. MERZAGORA, *Le droghe e lo spirito del tempo*, in questo volume.

¹⁹ Approfondisce il tema, M. RODELLI, *Una comunità con le sbarre. Etnografia di un Istituto a Custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti*, Tesi di Dottorato di ricerca in Scienze sociali: Interazioni, comunicazione, costruzioni culturali, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata, Università degli studi di Padova, inedita, 25 ss.

che terapeutico²⁰. Quando ci si deve rapportare alla commissione di reati droga-correlati bisogna comprendere che l'unico approccio vincente in termini di recidiva è quello che punta prima sulla cura: bisogna, cioè, prima curare per poter meglio riabilitare, in un'ottica di approccio possibilmente multidisciplinare (presa in carico da parte dell'*équipe* multidisciplinare).

A questo riguardo preme richiamare una sentenza della Cassazione del 2016, con la quale la Suprema Corte precisa la nozione di tossicodipendenza, quale presupposto per la concessione dell'affidamento in prova in casi particolari di cui all'art. 94 T.U. stupefacenti, ribadendo come il giudice possa richiamarsi ai parametri nosografici elaborati dall'*American Psychiatric Association* nel celebre Manuale diagnostico dei disturbi mentali (DSM), tenendo conto della sua versione più aggiornata, il c.d. DSM V²¹. In particolare, in tale ultima versione, scompare la distinzione tra tossicodipendenza e abuso di sostanze stupefacenti, sul presupposto scientifico che tutte le dipendenze e i relativi problemi comportamentali rientrino nella categoria generale dei "disturbi da uso di sostanze", tanto da essere inserite in un unico capitolo del DSM V, intitolato «Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze», che oggi distingue soltanto una gradazione del disturbo in lieve, moderato e grave, a seconda del numero di caratteristiche comportamentali riscontrate nel paziente (2 o 3, 4 o 5, 6 o più).

La questione è vieppiù rilevante e sulla stessa si innesta l'ondivaga giurisprudenza della Cassazione che nei suoi arresti più recenti si è espressa per il vero in maniera negativa circa la fungibilità dello *status* di tossicodipendente con quello di consumatore abituale e ciò con il fine ultimo di evitare che l'affidamento in prova in casi particolari di

²⁰ Lo stigma che investe coloro che, tossicodipendenti, si trovano in carcere in esecuzione di pena è duplice: essi, infatti, sono stigmatizzati in quanto malati e delinquenti. Sul tema, cfr. il fondamentale contributo di E. GOFFMAN, *Stigma. L'identità negata*, Verona, 2003.

²¹ Così: Cass. pen., 13 gennaio 2016, n. 14008, in *Foro italiano*, Rep. 2016, voce *Ordinamento penitenziario*, n. 122. Il DSM 5 è stato pubblicato negli Stati Uniti nel 2013; versione in lingua italiana (a cura di), M. BIONDI, Milano, 2014; *Text revision* (a cura di), G. NICOLÒ, E. POMPILI, Milano, 2023.

cui all'art. 94 T.U. stupefacenti sia oggetto di strumentalizzazioni da parte dell'istante²².

2.1. *Differenziazione degli istituti e raggruppamento dei detenuti*

Se l'individualizzazione del trattamento rimane il riferimento principale nella definizione del percorso riabilitativo *lato sensu* inteso per il detenuto tossicodipendente, anche la differenziazione degli istituti e il raggruppamento dei detenuti dovrebbe muoversi nella medesima direzione se è vero che, a livello di riferimenti normativi, è dato cogliere una loro funzionalizzazione a esigenze trattamentali in quanto «le possibilità di successo di un programma risocializzante sono collegate all'omogeneità e all'affinità del gruppo di trattamento»²³.

Rilevano a questo proposito, da un lato, l'art. 64 o.p., ove si prevede che i singoli istituti, oltre a essere differenziati in base alla posizione giuridica, all'età e al sesso dei detenuti, debbano essere differenziati anche sulla base delle necessità di trattamento individuale o di gruppo dei detenuti e, dall'altro, l'art. 14 commi 1 e 3 o.p., laddove, nell'individuare i criteri per l'assegnazione e il raggruppamento dei detenuti, si prevedono due criteri che possono essere collegati al trattamento rieducativo: la possibilità, da un lato, di procedere a un trattamento rieducativo comune, da cui evidentemente l'esigenza di raggruppare i detenuti, e, dall'altro, la necessità di evitare influenze nocive reciproche, il tutto nell'ottica di prevenire dinamiche turbative dell'attività trattamentale.

Funzionale al trattamento è poi anche l'ulteriore indicazione fornita dal comma 1, ultima parte, dell'art. 14 o.p., secondo cui «Il numero dei detenuti e degli internati negli istituti e nelle sezioni deve essere limita-

²² Sul punto, cfr. recentemente S. REGINI, *La Cassazione inverte nuovamente la rotta: stato di tossicodipendenza e uso abituale di sostanze stupefacenti non si equivalgono ai fini dell'affidamento c.d. terapeutico*, in *Foro italiano*, 4, 2024, 209 ss.; G. MALAVASI, *Affidamento in casi particolari per i tossicodipendenti*, in F. FIORENTIN (a cura di), *Misure alternative alla detenzione*, Torino, 2012, 476 ss.

²³ Così F. GIANFILIPPI, L. CESARIS, *Sub art. 14 o.p.*, in V. GREVI, F. DELLA CASA, G. GIOSTRA (a cura di), *Ordinamento penitenziario commentato*, Milano, 2019, VI ed., 179.

to e comunque tale da favorire l'individualizzazione del trattamento»²⁴. Il contenimento dei numeri delle persone detenute, come sappiamo, è infatti condizione necessaria ai fini della realizzazione dell'opera rieducativa e di qualsiasi percorso trattamentale interno agli istituti risultando, prima ancora, funzionale alla stessa tutela della dignità della persona²⁵.

In virtù del combinato disposto degli artt. 16 o.p. e 36 reg. esec. è al regolamento interno che bisognerebbe rifarsi per la definizione delle «modalità di trattamento che caratterizzano la funzione specifica dell'istituto»²⁶ ed è la stessa Amministrazione penitenziaria a dover stabilire i criteri per realizzare la differenziazione degli istituti. Si tratta di una vera "delega in bianco" che ha conseguentemente contribuito a dilatare la discrezionalità della Amministrazione penitenziaria.

Per quanto riguarda il tema dell'assegnazione dei detenuti ai singoli istituti, cfr. *infra sub* par. 4.

3. Il circuito differenziato per detenuti tossicodipendenti: cenni storico-comparatistici

Le prime esperienze di strutture/sezioni dedicate ai detenuti tossicodipendenti le ritroviamo negli Stati Uniti, a partire dagli anni Sessanta. Si tratta delle *Therapeutic Communities*²⁷, il cui modello è stato successivamente importato anche in Europa con l'istituzione delle *Drug free*

²⁴ Sulla stessa linea si pone anche l'art. 31 comma 1 reg. esec. che dispone: «Gli istituti penitenziari, al fine di attuare la distribuzione dei condannati e degli internati secondo i criteri indicati nel secondo comma dell'articolo 14 della legge, sono organizzati in modo da realizzare nel loro interno suddivisioni in sezioni che consentano raggruppamenti limitati di soggetti».

²⁵ Cfr., in argomento, anche la regola n. 93 delle Regole Minime per il trattamento dei detenuti adottate nel 2015 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. *The United Nations Standard Minimum Rules for the treatments of Prisoners*, c.d. *Mandela Rules*, in www.unodc.org *The Mandela Rules*.

²⁶ L'art. 16 o.p. comma 1 prevede: «In ciascun istituto il trattamento penitenziario è organizzato secondo le direttive che l'amministrazione penitenziaria impartisce con riguardo alle esigenze dei gruppi di detenuti ed internati ivi ristretti».

²⁷ In argomento, cfr. J.A. INCIARDI, *Drug treatment and criminal justice*, Newbury Park, 1993.

Unit (in sigla DFU), e, in Italia, con le sezioni e gli istituti a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti (in sigla rispettivamente Se.ATT e ICATT).

Le *Therapeutic Communities* applicavano un modello comune, ispirato alla tristemente nota realtà della comunità di *Synanon*, nata come innovativa comunità terapeutica, che per prima ha sperimentato la c.d. terapia di gruppo, e presto convertitasi in una setta pseudoreligiosa²⁸.

Il modello terapeutico di *Synanon* aveva come fine ultimo il reinserimento sociale dei membri della comunità e si articolava in un percorso della durata di almeno due anni e mezzo, organizzato secondo tre fasi, al termine del quale i membri ricevevano una sorta di “diploma” di riabilitazione. Progressività e gradualità del trattamento ne costituivano dunque caratteristiche primarie. Durante la prima fase, i membri non potevano allontanarsi dalla comunità, all’interno della quale lavoravano e risiedevano, partecipando regolarmente agli incontri di terapia di gruppo. Durante la seconda fase del percorso di riabilitazione, i membri potevano iniziare a lavorare all’esterno della comunità, ma continuavano a risiedere al suo interno e a partecipare regolarmente agli incontri. Infine, nella terza fase del programma, i membri lavoravano e risiedevano all’esterno della comunità continuando però a frequentare regolarmente gli incontri che si svolgevano al suo interno.

In prosieguo di tempo, negli Stati Uniti le *Therapeutic Communities* verranno realizzate anche all’interno del circuito penitenziario, anche se la stragrande maggioranza ha avuto vita breve ed è stata chiusa negli anni Ottanta per mancanza di risorse, *burn out* degli operatori e contrabbando di droghe. Ciononostante, i primi studi di *follow-up* evidenziarono la buona riuscita del modello in termini di incidenza sulla recidiva²⁹. Esse mantenevano quale obiettivo principale quello di natura terapeutica e presentavano molti degli aspetti salienti del modello *Synanon*: la residenzialità, l’impiego di ex-tossicodipendenti come membri dello staff, oltre che di psichiatri e assistenti sociali, la strutturazione gerarchica del percorso riabilitativo e l’ampio utilizzo di terapie di

²⁸ In argomento, per tutti: R. JENSEN, *A rise and fall of Synanon. A California Utopia*, Baltimore, 2001; L. YABLONSKY, *The tunnel back: Synanon*, New York, 1965.

²⁹ Si rinvia, anche per le notazioni bibliografiche, a M. RODELLI, *Una comunità con le sbarre*, cit., 47 ss.

gruppo, oltre al requisito della volontarietà nella sottoposizione al trattamento. A queste caratteristiche se ne aggiungevano poi altre, tipicamente legate alle caratteristiche dell'ambiente carcerario, tra cui il criterio della premialità attraverso il quale venivano selezionati i detenuti per partecipare a questo tipo di percorso e l'importanza della disciplina e del rispetto delle regole.

In Europa e in Italia, le DFU e gli ICATT rappresentano invece realtà molto diverse tra loro, il cui unico tratto comune è, oltre alla loro separazione fisica, quello di essere destinate esclusivamente a detenuti con problematiche di dipendenza, i quali sottoscrivono volontariamente un patto attraverso il quale si impegnano a intraprendere un percorso di recupero e riabilitazione³⁰.

4. Storia degli ICATT: i riferimenti normativi

L'*iter* normativo che nello specifico ha portato all'istituzione dei c.d. ICATT può essere schematicamente riassunto in tre fasi: una prima fase relativa alla seconda metà degli anni Ottanta con l'adozione della legge n. 685/1975 e le prime sperimentazioni; una seconda fase relativa al d.P.R. n. 309/90 e ai conseguenti decreti attuativi; una terza fase relativa alla realizzazione del circuito a custodia attenuata su base regionale (cfr. art. 115 del d.P.R. n. 230/2000).

Ripercorrendo la prima delle citate fasi, come chiarito, negli anni Settanta il fenomeno della tossicodipendenza registrò una vera e propria esplosione, tanto che anche il Consiglio d'Europa adottò la risoluzione n. (73)6 sugli "aspetti penali dell'abuso di droghe", con la quale raccomandava agli Stati membri di prevedere con legge «la possibilità di trattamento e di riadattamento sia all'interno che all'esterno degli istituti penitenziari» dei soggetti tossicodipendenti sottoposti a misura penale³¹.

Il legislatore italiano, a fronte dell'aumento esponenziale dei detenuti tossicodipendenti e al dilagare dell'AIDS, optò, come abbiamo visto, per un trattamento del condannato tossicodipendente esclusivamente

³⁰ In argomento, cfr. *infra*.

³¹ Cfr. in argomento: G. DI GENNARO, *Il trattamento penitenziario*, in V. GREVI (a cura di), *Diritti dei detenuti e trattamento penitenziario*, Bologna, 1981, 119.

intra moenia, prevedendo all'art. 84 della legge n. 685/75 che «chiunque si trovi in stato di custodia preventiva o di espiazione di pena e sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione» e affidando al Ministero di Grazia e Giustizia il compito di organizzare, su base territoriale, «reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali», i c.d. reparti carcerari speciali.

L'art. 84, però, non trovò mai attuazione e la stessa Amministrazione penitenziaria prenderà di lì a poco espressamente posizione sul punto attraverso una circolare del 1977 in cui si affermava che «isolare il tossicodipendente in una condizione di ghettizzazione e sostanziale emarginazione» fosse del tutto inopportuno³².

Nel medesimo anno entrava in vigore anche la legge sull'ordinamento penitenziario con i già citati artt. 13, 14, 42, 64, 16, in tema di individualizzazione del trattamento, di specializzazione degli interventi trattamentali e diversificazione delle tipologie delle strutture penitenziarie in base alle caratteristiche dei detenuti.

Solo molti anni dopo, e segnatamente nel 1989, ebbe luogo la prima vera sperimentazione del circuito a custodia attenuata nella Casa circondariale di Sollicciano ispirata a una «differenziazione in positivo nel trattamento inframurario dei detenuti tossicodipendenti»³³. Il modello ribattezzato “Solliccianino”, caratterizzato da una forte valorizzazione del principio di territorialità della pena, con un importante coinvolgi-

³² Cfr. Circ. DAP, n. 2414/4868 del 29 aprile 1977, in *www.giustizia.it*. Per la tesi secondo cui l'allocatione in siffatte sezioni avrebbe dovuto riguardare solo condannati il cui stato di tossicodipendenza avesse avuto rilevanza causale rispetto al fatto di reato: C. CASTELLANI, E. FASSONE, *Tossicodipendenza e processo penale. Osservazioni sulle prospettive di riforma della legge 685/1975*, cit., 366-374.

³³ Cfr. L. SCOMPARIN, *Il sistema penitenziario. Circuiti penitenziari e differenziazioni tra detenuti*, in G. NEPPI MODONA (a cura di), *Giustizia penale e servizi sociali*, Bari, 2009, 275. La stessa promotrice dell'iniziativa la presenta come attuativa del dettato di cui all'art. 13 o.p. e dunque espressiva del principio di individualizzazione della pena. Così M.G. GRAZIOSO, “Solliccianino”: *prima esperienza italiana di struttura penitenziaria a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti*, in *Bollettino Informativo dell'Osservatorio Nazionale*, 2 agosto 1993, 52.

mento degli enti locali, verrà poi esportato in altri istituti, soprattutto dopo l'entrata in vigore del d.P.R. n. 309/1990, che fa espresso riferimento sia alle sezioni che agli istituti a custodia attenuata (Se.ATT e ICATT).

Nello specifico, il primo comma dell'art. 95 del T.U. stupefacenti prevede che chi si trovi in stato di detenzione per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza abbia diritto a espriare la pena presso «istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi». L'art. 96 stabilisce poi che «chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza ha il diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione», all'interno di «istituti idonei per lo svolgimento dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi» oppure di istituti ordinari dotati di «reparti carcerari opportunamente attrezzati» (art. 96 comma 4), in ciò riconoscendo una specifica declinazione del diritto alla salute non limitata a coloro i quali abbiano commesso reati droga-correlati ma anche a chi risulti abitualmente dedito all'assunzione di sostanze o comunque abbia problemi di tossicodipendenza (torna qui l'accezione di tossicodipendenza fatta propria dall'Amministrazione penitenziaria)³⁴.

Infine, il secondo comma dell'art. 95 T.U. stupefacenti rimandava a un decreto del Ministro di Grazia e Giustizia il compito di individuare e destinare case mandamentali al trattamento detentivo dei soggetti tossicodipendenti anche non definitivi. Con il d.m. del 10 maggio 1991, attuativo della citata norma, vennero istituite alcune sezioni per condannati o imputati tossicodipendenti presso vari istituti penitenziari (tra cui,

³⁴ Cfr. in argomento E. FASSONE, *Commento all'art. 4-ter del d.l. 22.4.1985 n. 44, convertito nella legge 21.6.1985 n. 297*, cit., 51; G. GRASSO, *Misure alternative alla detenzione*, in G. VASSALLI (a cura di), *Dizionario di diritto e procedura penale*, Milano, 1986, 667. Cfr. *infra* anche il dettato dell'art. 115 reg. esec. che si riferisce a detenuti e internati che presentino problematiche di tossicodipendenza. Cfr. anche A. PULVIRENTI, *Il trattamento penitenziario del tossicodipendente*, in P. CORSO (a cura di), *Manuale della esecuzione penitenziaria*, Milano, 2019, 475 ss.

per esempio, Rebibbia e Poggioreale); alcuni istituti furono destinati *in toto* all'accoglienza dei detenuti tossicodipendenti (come nel caso della Casa di reclusione di San Severo a Foggia oppure della Casa lavoro di San Giuliano a Modena); vennero acquisite dall'Amministrazione penitenziaria 27 case mandamentali riservate ai detenuti tossicodipendenti meno pericolosi (es. Palestrina o Iglesias)³⁵.

Poco dopo, in data 8 giugno 1991, fu adottato il decreto interministeriale attuativo dell'art. 135 del d.P.R. n. 309/90, che affidava al Ministro di Grazia e Giustizia, di concerto con i Ministri della Sanità e degli Affari sociali, il compito di approvare i programmi finalizzati, da un lato, alla prevenzione e alla cura dell'AIDS, dall'altro, al trattamento socio-sanitario, al recupero e al successivo reinserimento dei tossicodipendenti detenuti, sia definitivi che in custodia cautelare. Nel decreto si individuano gli interventi terapeutici e socio-riabilitativi da predisporre in favore dei tossicodipendenti detenuti: in primo luogo la visita medica generale d'ingresso prevista all'art. 11 comma 5 o.p., funzionale a individuare lo stato di tossicodipendenza³⁶ e poi la predisposizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo che il detenuto doveva concordare con gli operatori del Ser.T. e sulla base delle informazioni cliniche e psicologiche fornite dal paziente o già in possesso del Ser.T.³⁷.

³⁵ Ove il decreto avesse avuto piena attuazione, si sarebbero dovute realizzare ben 58 sezioni maschili e 23 sezioni femminili a custodia attenuata.

³⁶ Ai sensi dell'art. 23 reg. esec., nel caso sussista un disturbo droga-correlato, il soggetto deve essere segnalato al Servizio tossicodipendenze operante all'interno dell'istituto (Ser.T.) perché possa procedere alla sua presa in carico. Nelle *Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*, allegate al D.P.C.M. 01.04.2008 (allegato A), si stabilisce infatti che: «L'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita dal Ser.T. dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia all'interno dell'istituto penale che nel territorio, con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica».

³⁷ Il decreto interministeriale individuava inoltre due diverse modalità di intervento sanitario: un c.d. "intervento di primo livello" e uno c.d. "di secondo livello" o "avanzato". Il trattamento di base era rivolto a tutti gli individui che, al momento dell'ingresso nel circuito penitenziario, risultavano consumare, abitualmente o meno, sostanze stupe-

Il trattamento terapeutico da svolgersi all'interno degli ICATT o delle Se.ATT corrisponde all'intervento di c.d. "secondo livello" previsto dal decreto interministeriale e viene riservato ai condannati che, prima dell'ingresso in carcere, si trovano già nelle more di un programma terapeutico e socio-riabilitativo presso una struttura autorizzata ovvero a coloro che hanno superato positivamente l'intervento di "primo livello" rivolto a tutti i detenuti con problemi droga-correlati e che appaiono realmente motivati a proseguire il percorso riabilitativo intrapreso.

Gli istituti idonei per lo svolgimento dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi furono successivamente regolamentati dalla circolare del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (d'ora in poi DAP) del 31 maggio 1991, n. 3317/5767, che riconobbe l'esistenza di un apposito circuito penitenziario differenziato, dedicato ai detenuti tossicodipendenti, caratterizzato dalla «prevalenza delle esigenze di recupero e reinserimento sociale su quelle, pur importanti e irrinunciabili, della custodia e della sicurezza» e ribattezzato, per la prima volta, a «custodia attenuata». Alla citata circolare del 1991 farà poi seguito la più nota circolare del 21 aprile 1993 che distingue tra Alta Sicurezza, Media sicurezza e Custodia attenuata. Secondo quanto affermato nella medesima circolare, il «circuito» sarebbe un mero "concetto logistico", consistente in un insieme di più strutture e/o sezioni, come tale non incidente, secondo la tesi dell'Amministrazione penitenziaria, sulla libertà e sui diritti delle persone detenute, da cui discenderebbe la massima discrezionalità in termini organizzativi per l'Amministrazione penitenziaria. Al concetto di circuito l'Amministrazione penitenziaria è solita contrapporre quello di «regime», quale "concetto giuridico" inteso come «insieme di regole trattamentali che si applicano, in virtù di un'espressa previsione normativa, a determinati detenuti in presenza di presupposti legittimanti»³⁸. A differenza di quanto accade in materia di circuiti, l'applicazione di un regime di rigore, comportando quale conseguenza della natura derogatoria della disciplina penitenziaria ordinaria ricadute

facenti ed era finalizzato alla disintossicazione e all'orientamento motivazionale per proseguire il trattamento presso una sezione a custodia attenuata.

³⁸ Così F. FALZONE, *Sub art. 14 o.p.*, in F. FIORENTIN, F. SIRACUSANO (a cura di), *L'esecuzione penale. Ordinamento penitenziario e leggi complementari*, Milano, 2019, 179-180.

negative sui diritti facenti capo al detenuto, è circondata da una serie di cautele e può essere disposta dall'autorità amministrativa solo nei casi e nei modi indicati dalla legge, prevedendosi una tutela di tipo giurisdizionale, almeno *ex post*³⁹.

Attraverso l'istituzione di questi circuiti si volevano organizzare strutture dotate di spazi e mezzi adeguati a realizzare iniziative volte ad attivare un processo di responsabilizzazione rispetto ai programmi terapeutici, funzionali a scelte di vita diverse e rapporti costruttivi tra il soggetto e la comunità sociale esterna.

Bisogna però dar conto del fatto che i sopra richiamati decreti attuativi delle disposizioni di cui agli artt. 95 e 135 del d.P.R. n. 309/90, adottati nel 1991, a causa della mancanza di risorse sia economiche che di personale, rimasero lungamente disattesi e le sezioni a custodia attenuata furono realizzate solo in una trentina di carceri.

Nonostante la sua non compiuta attuazione, il circuito a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti verrà recepito dal nuovo reg. esec. (d.P.R. n. 230/2000) che, all'art. 115 commi 3 e 4, prevede che «per detenuti e internati di non rilevante pericolosità, per i quali risultano necessari interventi trattamentali particolarmente significativi, possono essere attuati, in istituti autonomi o in sezioni di istituto, regimi a custodia attenuata, che assicurino un più ampio svolgimento delle attività trattamentali predette. I detenuti e gli internati che presentino problematiche di tossicodipendenza o alcooldipendenza e quelli con rilevanti patologie psichiche e fisiche e, in particolare, con patologie connesse alla sieropositività HIV, possono essere assegnati ad istituti autonomi o sezioni di istituto che assicurino un regime di trattamento intensificato».

L'implementazione di questi istituti o sezioni viene affidata, dal d.P.R. n. 230/2000, all'iniziativa autonoma a livello regionale, con l'invito a ogni Regione di organizzarsi in modo da assicurare una ricettività che soddisfi il principio di territorialità dell'esecuzione penale, che – come noto – è stato ulteriormente valorizzato dalla mini-riforma del 2018 con la riformulazione dell'art. 14 o.p. che oggi prevede un vero e

³⁹ Per un approfondimento in tema di circuiti e un parallelo con la disciplina dei regimi, cfr. A. MENGHINI, *Carcere e Costituzione. Garanzie, principio rieducativo e tutela dei diritti dei detenuti*, Napoli, 2022, in particolare cap. IV.

proprio diritto a eseguire la pena nell'istituto più prossimo a quello di stabile dimora della famiglia del detenuto, seppur depotenziato dalla clausola di chiusura «salvi specifici motivi contrari»⁴⁰. Ciò, nel caso specifico, risulta ulteriormente funzionale anche alla presa in carico del tossicodipendente da parte delle istituzioni territoriali competenti.

Rileva a questo proposito la disciplina di cui all'art. 30 reg. esec. relativa all'allocazione del c.d. nuovo giunto⁴¹, di fatto inalterata rispetto alla corrispettiva previsione di cui al d.P.R. n. 431/1976 (reg. esec. precedente), tema che si collega a quello dell'osservazione scientifica di cui all'art. 13 o.p.: a una c.d. pre-assegnazione⁴² segue l'osservazione scientifica funzionale alla definizione di un programma rieducativo – che deve essere approvato dal Magistrato di Sorveglianza – e la conseguente assegnazione definitiva disposta sulla base del programma. E non è un caso che lo stesso art. 30 reg. esec. faccia rinvio all'art. 115 reg. esec., laddove si fa espresso riferimento ai c.d. circuiti a custodia attenuata⁴³. Infatti, a differenza dei circuiti di Alta sicurezza – in cui la c.d. classificazione è immediata e discendente esclusivamente o principalmente dal titolo di reato – per l'inserimento nelle sezioni a custodia attenuata, di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 115 reg. esec., l'assegnazione avviene seguendo l'*iter* virtuoso già richiamato di cui all'art. 30 reg. esec., e dunque attraverso l'osservazione scientifica della personalità,

⁴⁰ Ad oggi, tra gli istituti a custodia attenuata, si annoverano anche gli ICAM (Istituti a custodia attenuata per detenute madri) e le 17 sezioni di cui alla Circ. DAP n. 3675/6125 del 27 luglio 2017 per i detenuti ritenuti meno pericolosi. Importante appare infatti la scelta di aver esteso il circuito a custodia attenuata anche a detenuti considerati meno pericolosi, a prescindere dal fatto che abbiano o meno un problema di tossicodipendenza. Sottolinea questo aspetto: F. DE SIMONE, *La sanzione detentiva. Dal modello securitario al modello trattamentale*, Torino, 2018, 134.

⁴¹ Viene definito “nuovo giunto” il detenuto che fa ingresso in istituto di pena, sia che giunga dalla libertà sia che giunga per trasferimento da altra struttura.

⁴² Il più delle volte essa dipende dalla scelta dello stesso condannato, ove sia lui a costituirsi presentandosi in carcere o dalla scelta della polizia giudiziaria che traduce la persona presso la Casa circondariale del luogo in cui è avvenuto il fermo o l'arresto in flagranza di reato, come previsto dall'art. 386 c.p.p.

⁴³ Cfr. art. 30 comma 4 reg. esec.: «4. Per l'assegnazione definitiva dei condannati e degli internati si ha riguardo alla corrispondenza fra le indicazioni del trattamento contenute nel programma individualizzato e il tipo di trattamento organizzato negli istituti ai sensi dell'articolo 115».

specificamente funzionale all'individualizzazione del trattamento. In queste sezioni, dunque, le esigenze di sicurezza sono assicurate attraverso «modalità tali da non interferire con la prevalente funzione di recupero sociale della struttura».

Va inoltre sottolineato che nel lungo *iter* che ha condotto all'istituzione degli ICATT rileva certamente anche il riordino della medicina penitenziaria che ha visto il passaggio delle competenze per la tutela della salute in carcere dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute e, nello specifico, alle Asl territorialmente competenti. Peraltro, la Riforma della sanità penitenziaria, che ha preso l'avvio con il d.P.R. n. 230/1999, può considerarsi conclusa solo con DPCM del 1° aprile 2008 che ha sancito il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Da ultimo, più recentemente, la Conferenza Unificata ha approvato, in data 22 gennaio 2015, l'Accordo sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali», con le quali si sono descritte le caratteristiche generali dei servizi sanitari penitenziari cui ogni Regione e Pubblica Amministrazione deve far riferimento e si è prevista l'applicazione di metodologie operative standard e condivise, anche con specifico riguardo ai detenuti tossicodipendenti, impegnando le Regioni e le Asl a garantire l'istituzione e l'organizzazione di regimi di custodia attenuata almeno in ogni regione. L'art. 2 comma 5 dell'Accordo prevede infatti che «[...] le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie garantiscono sul proprio territorio ai detenuti con comorbilità complesse, tossicodipendenti, alcooldipendenti, soggetti con disagio/disturbo mentale, nonché quelli con patologie croniche o con disabilità che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate».

Nell'allegato dell'Accordo si prevede l'istituzione di sezioni specializzate dedicate ai soggetti con malattie infettive (con particolare riguardo all'infezione da HIV), ai soggetti con disturbi mentali e ai soggetti tossicodipendenti (ICATT e Se.ATT), in cui, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territorialmente competente e, se necessario, del

DSM, si svolge «attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcool-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma». Nel medesimo Allegato si prevedono anche sezioni dedicate al trattamento della sindrome astinenziale⁴⁴.

5. *Principi fondativi e caratteristiche degli ICATT*

Di seguito intendiamo richiamare l'attenzione su quelli che sono i principi e i caratteri fondamentali che ispirano e caratterizzano gli istituti a custodia attenuata.

Il primo carattere è quello della volontarietà. Come chiarito, è infatti richiesto il consenso del detenuto tossicodipendente per la sua allocazione presso la sezione/istituto a custodia attenuata che si traduce nella sottoscrizione del c.d. patto terapeutico-trattamentale. L'ingresso in ICATT deve dunque essere frutto di una libera scelta da parte del detenuto di intraprendere un percorso terapeutico e riabilitativo durante il periodo di detenzione. Ciò appare in perfetta linea con l'interpretazione che, con riferimento all'art. 27 comma 3 Cost., la Corte costituzionale ha dato del verbo "tendere" nella nota sentenza n. 313/1990, per cui il consenso del detenuto diventa vera e propria *conditio sine qua non* di un fruttuoso cammino rieducativo⁴⁵. Ne consegue che il detenuto ha diritto di recedere in qualsiasi momento dal patto sottoscritto e di richiedere di essere ritrasferito nel carcere di provenienza.

Il secondo aspetto, strettamente correlato al carattere della volontarietà, è quello della progressiva responsabilizzazione, in quanto, con la

⁴⁴ L'Allegato, a questo proposito, prevede che: «In questo caso l'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate».

⁴⁵ Ciononostante, in dottrina si è sottolineato come la custodia attenuata sia in realtà espressione "del lato più repressivo" del T.U. stupefacenti, in quanto «tenta di forzare il reo inducendo delle scelte terapeutiche non rinunziabili, barattandole, per raggiungere l'obiettivo, con i benefici premiali previsti dall'ordinamento». Così F. DE SIMONE, *La sanzione detentiva. Dal modello securitario al modello trattamentale*, cit., 139.

sottoscrizione del patto, il detenuto si impegna a rispettare tutte le regole dell'istituto/sezione a custodia attenuata. Il patto infatti richiede un esplicito impegno del detenuto a sottoporsi a un percorso terapeutico e a partecipare alle attività trattamentali, pena l'espulsione dall'istituto/sezione che interviene invero con una certa frequenza.

Principio operativo fondamentale è poi quello della preminenza della finalità trattamentale e terapeutica su quella custodiale. Presso gli ICATT la funzione custodialistica, tipica del carcere, viene coniugata con quella trattamentale che diviene prioritaria grazie anche al supporto di un' *équipe* di professionisti che predispone percorsi riabilitativi e di reinserimento sociale e lavorativo per i detenuti. Nel programma trattamentale la parte fondamentale è infatti costituita dall'assistenza socio-sanitaria, che si realizza attraverso la somministrazione di terapia farmacologica e il supporto medico e psicologico.

Caratteristica degli ICATT dovrebbe essere poi anche quella di coinvolgere, ancor più di quanto non dovrebbe accadere nella normalità dei casi, la comunità esterna nel progetto psico-socio-riabilitativo. I servizi territoriali per le dipendenze (Ser.D.), infatti, sono coinvolti all'interno dell' *équipe* di osservazione. Ciò dovrebbe risultare funzionale anche alla successiva presa in carico del paziente che, in un sistema virtuoso, dovrebbe realizzarsi attraverso l'accesso a una misura alternativa da eseguirsi in una comunità *ex art. 94 T.U.* stupefacenti o che, comunque, deve avvenire una volta che il detenuto abbia terminato di eseguire la sua pena in carcere.

Le sezioni/gli istituti a custodia attenuata si distinguono inoltre dalle sezioni del circuito di Media sicurezza sia per caratteristiche strutturali che funzionali e organizzative⁴⁶. Da un punto di vista strutturale, l'architettura deve rispettare le esigenze trattamentali. Ciò implica un numero contenuto di detenuti e spazi più ampi, anche all'aperto, in particolare dedicati alle attività terapeutiche e trattamentali. Le strutture inoltre dovrebbero essere ben inserite nel contesto urbano per permettere quel collegamento con il territorio che dovrebbe essere precondizione di un progressivo reinserimento sociale⁴⁷. Quanto invece alle caratte-

⁴⁶ Per questi, aspetti, cfr. già M. RODELLI, *Una comunità con le sbarre*, cit., 56 ss.

⁴⁷ Così F. DE SIMONE, *La sanzione detentiva. Dal modello securitario al modello trattamentale*, cit., 143.

ristiche funzionali e organizzative, si applica nelle sezioni a custodia attenuata il sistema della c.d. sorveglianza dinamica, per cui la vigilanza degli agenti di polizia penitenziaria rimane di regola esterna alla sezione⁴⁸, garantendo ai detenuti uno spazio di libertà maggiore di quanto non avvenga nelle sezioni del circuito di Media sicurezza. Come la dottrina non ha mancato di sottolineare, infatti, la sorveglianza dinamica non è funzionale solo a esigenze di sicurezza ma anche «alla responsabilizzazione dei soggetti in stato di detenzione e all'incremento delle attività trattamentali necessarie per la concreta attuazione della finalità rieducativa della pena»⁴⁹. Essa esalta il ruolo della sicurezza in chiave funzionale al trattamento rieducativo: diventando in effetti parte integrante del trattamento, definisce un sistema che comporta un “apporto multidisciplinare” in cui addetti alla sicurezza e personale penitenziario svolgono i loro compiti in maniera integrata verso un unico obiettivo⁵⁰. Il personale addetto alla sorveglianza (la polizia penitenziaria) è dunque

⁴⁸ Cfr. la regola n. 51 delle Regole penitenziarie europee che dispone: «La sicurezza fornita dalle barriere fisiche e da altri mezzi tecnici deve essere completata dalla sicurezza dinamica costituita da personale pronto a intervenire che conosce i detenuti affidati al proprio controllo».

⁴⁹ Così F. DE SIMONE, *Alcune considerazioni intorno alle nuove modalità operative della sanzione detentiva*, in *Archivio penale Web*, 1, 2018, 15, la quale afferma: «Finalmente la sicurezza non costituisce più l'elemento da contrapporre al trattamento, né si trova sullo stesso piano, ma rappresenta la condizione affinché si realizzino gli scopi propri del trattamento rieducativo per il tramite della conoscenza del reo». Conforme: V. SEMERARO, *Sorveglianza dinamica e trattamento rieducativo: ambiti di tutela giurisdizionale per il detenuto*, in *Giurisprudenza penale web*, 10, 2018, 3; E. ANNICIELLO, *I circuiti penitenziari: biunivocità tra sicurezza e trattamento*, in *Gli spazi della pena. Tutela dei diritti umani e circuiti penitenziari*, in *Quaderni ISSP*, 10 novembre 2012, 37 ss. Rammentiamo che la responsabilizzazione del detenuto è stata particolarmente valorizzata anche dalla mini-riforma del 2018 e che essa rappresenta il filo rosso che percorre l'intero novero di proposte di modifica della legge sull'ordinamento penitenziario e del relativo regolamento approntate dalla Commissione Ruotolo, il cui articolato, insieme alla Relazione di accompagnamento, è pubblicato in www.sistemapenale.it, 11 gennaio 2022.

⁵⁰ Cfr. F. DE SIMONE, *La sanzione detentiva. Dal modello securitario al modello trattamentale*, cit., 174 ss.; ID., *Alcune considerazioni intorno alle nuove modalità operative della sanzione detentiva*, cit., 15; V. SEMERARO, *Sorveglianza dinamica e trattamento rieducativo: ambiti di tutela giurisdizionale per il detenuto*, cit., 1 ss.

chiamato ad assumere un ruolo attivo nel processo di responsabilizzazione del soggetto, in collaborazione con gli altri operatori.

6. *La disciplina degli ICATT*

Il progetto di Sollicciano venne preso come esempio per la realizzazione di altre strutture dedicate ai detenuti tossicodipendenti, ma quantomeno nella fase di prima sperimentazione, come chiarito, queste strutture presentavano notevoli differenze ed erano disciplinate attraverso ordini di servizio o regolamenti interni.

Le difformità più rilevanti riguardavano principalmente: a) i criteri di ammissione, che estendevano o meno, a seconda dei casi, l'accesso al programma terapeutico alle persone in attesa di giudizio; b) il termine massimo o minimo del fine-pena; c) l'organizzazione della vita carceraria; d) le modalità di accertamento dello stato di tossicodipendenza; e) la richiesta o meno della previa disintossicazione per l'ammissione; f) le procedure di compimento dei *drug-test*.

Allo scopo di rimediare a questa situazione di grande sperequazione nell'attuazione del diritto alla salute, in evidente conflitto con il principio di eguaglianza, è stato predisposto, da un gruppo di studio istituito in seno al DAP, e poi diffuso, uno schema di Regolamento interno-tipo per gli ICATT mediante lettera circolare del 2 dicembre 2004 (Prot. n. 0435205-2004), il quale ha tratto le sue linee fondamentali dalla somma delle esperienze più significative della prassi. Nell'ottica della massima valorizzazione del requisito della volontarietà e della responsabilizzazione del detenuto, è lo stesso regolamento-tipo a richiedere, quale condizione necessaria per l'allocazione in questi istituti, la sottoscrizione, al momento della presentazione dell'istanza di ammissione alla struttura a custodia attenuata, di un "contratto riabilitativo-trattamentale", il c.d. "patto terapeutico". Nello specifico si prevede che la domanda debba pervenire dall'interessato e che il detenuto debba avere una

età tra i 18 e i 40 anni, debba provenire dal territorio in cui è situata la struttura e non presentare un elevato grado di pericolosità⁵¹.

Si assiste a un vero e proprio doppio filtro: la richiesta deve essere prima valutata dal gruppo osservazione e trattamento (c.d. GOT), integrato da alcuni operatori del Ser.T., dell'istituto inviante e, in un secondo momento, dall'*équipe* dell'ICATT durante il primo periodo di permanenza nella struttura attraverso una valutazione della motivazione per stabilire se inserire ufficialmente il detenuto in osservazione all'interno della struttura.

Negli ICATT opera, infatti, con il coordinamento del direttore dell'istituto, un'*équipe* composta dal responsabile del servizio tossicodipendenti e dagli operatori penitenziari, tra cui figura un esperto *ex art. 80* legge 354/1975 (psicologo), un rappresentante del personale di custodia, un educatore, un assistente sociale, un medico, il responsabile e gli operatori del servizio tossicodipendenti dell'Asl territorialmente competente, gli operatori degli enti locali, gli operatori di comunità terapeutiche convenzionate con gli enti locali⁵².

L'*équipe* che filtra le domande di accesso alla struttura a custodia attenuata svolge tutte quelle funzioni che sono attribuite dall'art. 13 o.p. al gruppo di osservazione negli istituti ordinari. Sua prerogativa principale è quella di riunirsi periodicamente per redigere, verificare e aggiornare i programmi trattamentali⁵³, che, nel caso di specie, ove possibile debbo-

⁵¹ Secondo la circolare n. 3317/5767, è il Direttore, insieme al GOT, a valutare il prerequisite della contenuta pericolosità sociale. Rileva a questo riguardo l'impossibilità di potere impugnare un'eventuale decisione che neghi l'allocazione in ICATT da parte del detenuto. Con gli opportuni distinguo il tema è quello più generale del mancato ossequio della riserva di giurisdizione allorché a venire in oggetto sia la libertà personale del detenuto. In argomento, con riferimento specifico al circuito di Alta sicurezza, cfr. A. MENGHINI, *Carcere e Costituzione. Garanzie, principio rieducativo e tutela dei diritti dei detenuti*, cit., 370 ss.

⁵² Cfr. art. 118 del d.P.R. n. 309/1990.

⁵³ A questo riguardo, si riportano a stralcio alcuni passaggi del lavoro sull'ICATT di Padova di M. RODELLI, *Una comunità con le sbarre*, cit., 179 ss., relativi alla c.d. fase dell'accoglienza che «ha inizio con l'arrivo del detenuto all'interno dell'istituto e ha una durata prevista di circa un mese durante il quale l'*équipe* socio-sanitaria dell'ICATT, attraverso una serie di attività di osservazione, di *assessment* e di rinforzo motivazionale (tra cui il colloquio filtro, la valutazione psicodiagnostica e la valutazione multidi-

no prevedere anche il coinvolgimento della famiglia e delle strutture pubbliche o private territoriali. L'*équipe* verifica poi anche la persistenza di una effettiva motivazione e idoneità del soggetto alla permanenza nel circuito differenziato. Quest'ultima valutazione si basa sul comportamento del soggetto e sul rispetto delle regole di condotta fissate dal regolamento interno del circuito a custodia attenuata.

7. Conclusioni

Se l'idea di un circuito in cui la dimensione curativa deve prevalere su quella contenitiva appare rispondente alle esigenze del detenuto tossicodipendente, bisogna comunque farsi carico del timore di certa parte della dottrina e della giurisprudenza – che non a caso ha preferito sostenere anche di recente la non perfetta sovrapponibilità tra lo *status* di tossicodipendente e la posizione del consumatore abituale – di una

mensionale dei bisogni), arriva alla definizione del cosiddetto “livello di evolutività” di ciascun detenuto», che può essere basso, medio o alto, procedendo conseguentemente alla stesura del Progetto trattamentale individualizzato che definisce le attività sia individuali che di gruppo che dipendono ovviamente dal livello di evolutività individuato nel caso concreto. Il livello di evolutività viene fissato sulla base di 4 parametri: «consapevolezza della dipendenza, consapevolezza del reato, motivazione al cambiamento e competenza nelle *life skills* (alfabetizzazione emotiva, comunicazione efficace e *problem solving*)».

«Il colloquio filtro consiste in un'intervista semi-strutturata, solitamente condotta dal personale educativo dell'*équipe* sanitaria e mira a effettuare un'anamnesi del detenuto, approfondendo la sua storia di dipendenza, i precedenti trattamenti a cui si è sottoposto e la presenza di eventuali patologie psichiatriche correlate all'uso di sostanze. Inoltre, il colloquio filtro si interessa di effettuare un'analisi delle risorse personali del detenuto, approfondendo in particolar modo gli aspetti motivazionali e le aspettative relative al percorso da intraprendere all'interno dell'ICATT. La valutazione psicodiagnostica prevede, invece, la realizzazione di un *assessment* psicologico del detenuto giunto in ICATT, attraverso la somministrazione di vari test volti ad indagare la presenza di disturbi psicopatologici. Questa valutazione viene effettuata dalle psicologhe presenti all'interno dell'istituto. [...] La valutazione multidimensionale dei bisogni mira, infine, a definire gli obiettivi individualizzati del trattamento, attraverso l'analisi della relazione fornita dall'istituto inviante, l'identificazione delle aspettative del detenuto e l'analisi del suo profilo motivazionale».

strumentalizzazione o peggio di una falsa affermazione relativa all'uso abituale di sostanze.

Il problema non dovrebbe però riguardare, a nostro modo di vedere, la dimensione dell'esecuzione intramuraria, e dunque non dovrebbe rilevare con riferimento all'allocazione negli ICATT o nelle SE.ATT che certamente riconoscono spazi di libertà maggiori, se comparate alle sezioni del circuito di Media sicurezza, ma impongono anche regole particolarmente stringenti.

Il discorso appare evidentemente diverso se si ragiona in termini di accesso alle misure alternative. A questo riguardo ci sembra, però, che il vero nodo gordiano sia rappresentato dalla previsione di cui all'art. 58-*quater* o.p., in particolare del comma 2, e dall'interpretazione che oramai può dirsi maggioritaria in giurisprudenza per cui sia a fronte di una revoca di un affidamento in casi particolari sia a valle di una revoca di altra misura alternativa, è ben possibile richiedere una nuova misura (nel secondo caso quella di cui all'art. 94 T.U. stupefacenti) senza incorrere nella preclusione ultrattiva del triennio prevista nella normalità dei casi di revoca di misura alternativa "ordinaria". Per il vero, non si può non sottolineare come la posizione assunta dalla giurisprudenza appaia del tutto condivisibile e come anche di recente la stessa Corte costituzionale si sia mossa nella medesima direzione valorizzando la particolare *ratio* ispiratrice di talune misure alternative per escluderle dal novero di operatività della preclusione citata⁵⁴: laddove emergano interessi di terzi o ulteriori rispetto a quello al reinserimento sociale – nel nostro caso la salute – si deve cioè aprire alla discrezionalità della Magistratura di Sorveglianza sul caso concreto. Ciò non significa all'evidenza che la nuova misura verrà necessariamente concessa, ma semplicemente che la Magistratura di Sorveglianza potrà entrare nel merito bilanciando adeguatamente gli interessi contrapposti. Ebbene, a questo ri-

⁵⁴ Cfr. Corte cost., 18 luglio 2019, n. 187, in www.giurisprudenzapenale.com e in *Archivio penale*, 2, 2029, con nota di A.M. CAPITTA, *Revoca della misura alternativa e detenzione domiciliare per la cura dei minori: la Consulta rimuove l'automatismo ma continua a imporre la regola di giudizio*. Sulla sentenza Cass. pen., 10 luglio 2018, n. 32331, che aveva sollevato la questione, cfr. il commento di L. CARACENI, *Preclusioni assolute ex art. 58-*quater* ord. pen. e detenzione domiciliare speciale: verso una nuova declaratoria di incostituzionalità?*, in *Diritto penale contemporaneo*, 10, 2018, 257 ss.

guardo e più in generale, ci sembra che la preclusione di cui all'art. 58-*quater* o.p., proprio in quanto cristallizza una presunzione assoluta che non ammette prova contraria ma limita il potere del giudice a una semplice declaratoria di inammissibilità, potrebbe e dovrebbe essere superata anche con riferimento alle diverse misure alternative ivi espressamente previste, in linea con quanto già asserito in numerose pronunce della Consulta⁵⁵. Vero che la questione, posta con estrema puntualità

⁵⁵ Rammentiamo sole le principali, tra le numerose: Corte cost., 22 ottobre 2014, n. 239, in www.giurcost.org. Per un commento alla sentenza, cfr.: A.M. CAPITTA, *Detenzione domiciliare per le madri e tutela del minore: la Corte costituzionale rimuove le preclusioni stabilite dall'art. 4-bis, co. 1, ord. penit. ma impone la regola di giudizio*, in *Archivio penale online*, 3, 2014; D.M. SCHIRÒ, *La "carcerazione degli infanti" nella lettura della Corte costituzionale*, in *Cassazione penale*, 2015, 238 ss.; F. FIORENTIN, *La Consulta dichiara incostituzionale l'art. 4-bis ord. penit. laddove non esclude dal divieto di concessione dei benefici la detenzione domiciliare speciale e ordinaria in favore delle detenute madri*, in <https://archivioldpc.dirittopenaleuomo.org>, 27 ottobre 2014. Corte cost., 8 marzo 2017, n. 76, in www.cortecostituzionale.it, con nota di A. MENGHINI, *Cade anche la preclusione di cui al comma 1-bis dell'art. 47-quinquies ord. penit.*, in *Diritto penale e processo*, 8, 2017, 1047 ss. Corte cost., 23 luglio 2018, n. 174, in www.cortecostituzionale.it, con nota di A. MENGHINI, *L'esigenza di bilanciare in concreto l'interesse del minore con quello alla difesa sociale fa venir meno un'altra preclusione*, in *Diritto penale e processo*, 1, 2019, 48 ss. Cfr., inoltre, Corte cost., 11 luglio 2018, n. 149, in www.cortecostituzionale.it. Per un commento: E. DOLCINI, *Dalla Corte costituzionale una coraggiosa sentenza in tema di ergastolo (e di rieducazione del condannato)*, in <https://archivioldpc.dirittopenaleuomo.org>, 18 luglio 2018; M. PELISSERO, *Ergastolo e preclusioni: la fragilità di un automatismo dimenticato e la forza espansiva della funzione rieducativa*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 2018, 1359 ss.; A. PUGIOTTO, *Il "blocco di costituzionalità" nel sindacato della pena in fase esecutiva (nota all'inequivocabile sentenza n. 149/2018)*, in *Osservatorio costituzionale*, 19 novembre 2018. Più recentemente, cfr. le fondamentali pronunce sull'art. 4-bis o.p., tra cui Corte cost., 11 dicembre 2019, n. 253, in www.cortecostituzionale.it. Per un commento: M. RUOTOLO, *Reati ostativi e permessi premio. Le conseguenze della sent. n. 253 del 2019 della Corte costituzionale*, in www.sistemapenale.it, 12 dicembre 2019; S. BERNARDI, *Per la Consulta la presunzione di pericolosità dei condannati per reati ostativi che non collaborano con la giustizia è legittima solo se relativa: cade la preclusione assoluta all'accesso ai permessi premio ex art. 4-bis comma 1 o.p.*, ivi, 28 gennaio 2020; D. GALLIANI, R. MAGI, *Regime ostativo e permesso premio. La Consulta decide, ora tocca ai giudici*, in www.giustiziainsieme.it, 29 gennaio 2020; A. RICCI, *Riflessioni sull'interesse del condannato per delitto ostativo e non collaborante all'accertamento di impossibilità o inesigibilità di utile collaborazione con la giustizia ex art. 4-bis, comma 1-bis, o.p. a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 253 del 2019*, in [167](http://www.giuri</p>
</div>
<div data-bbox=)

dalla più sensibile Magistratura di Sorveglianza, è stata dalla Consulta dichiarata non fondata, ma è anche vero che in quella stessa sentenza la Corte costituzionale ha rivolto un monito al legislatore⁵⁶. D'altra parte, in questa direzione si muoveva già lo schema di decreto legislativo licenziato dalla Commissione Giostra sulla base della legge delega Orlando, legge n. 103/2017.

Stando così le cose, allora, nella misura in cui venisse finalmente superata anche questa preclusione assoluta, verrebbero verosimilmente meno anche le resistenze di coloro che paventano un utilizzo strumentale dello stato di tossicodipendenza, in quanto l'accesso all'affidamento in casi particolari non rappresenterebbe più l'unica possibilità per superare la preclusione di cui all'art. 58-*quater* comma 2 o.p. come invece accade oggi.

Vi è poi da chiedersi se, alla luce della *ratio* e della disciplina dei circuiti a custodia attenuata, sia davvero tutt'oro quel che luccica. In realtà non constano, per quanto di nostra conoscenza, studi specifici sulla recidiva rispetto alle persone detenute tossicodipendenti che abbiano eseguito la propria pena all'interno di questo particolare circuito e, purtroppo, raramente l'allocazione nelle suddette sezioni risulta esse-

sprudenzenapenale.com, 27 gennaio 2020; A. GALLINA, *Benefici penitenziari e collaborazione con la giustizia: quale presente e quale futuro?*, in *www.questionegiustizia.it*, 17 aprile 2020; A. PUGIOTTO, *La sent. n. 253/2019 della Corte costituzionale: una breccia nel muro dell'ostatività penitenziaria*, in *Studium iuris*, 4, 2020, 399 ss.; F. FIORENTIN, *La Consulta rimodella solo l'istituto previsto per i "delitti ostativi"*, in *Guida al diritto*, 5, 2020, 77 ss.; C. FIORIO, *Ergastolo ostativo e diritto alla speranza? Sì, però...*, in *Processo penale e giustizia*, 3, 2020, 649 ss.; A. PUGIOTTO, *Due decisioni radicali della Corte costituzionale in tema di ostatività penitenziaria: le sentenze nn. 253 e 263 del 2019*, in *www.rivistaaic.it*, 1, 2020, 501 ss.; A. MENGHINI, *Permesso premio: la consulta apre un varco nell'art. 4-bis, 1° comma, ord. penit.*, in *Giurisprudenza italiana*, 2, 2020, 410 ss. Cfr. infine Corte cost., 11 maggio 2021, n. 97, con nota di A. PUGIOTTO, *Leggere altrimenti l'ord. n. 97 del 2021 in tema di ergastolo ostativo alla liberazione condizionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 3, 2021, 1182 ss.; L. RISCATO, *L'incostituzionalità riluttante dell'ergastolo ostativo: alcune note a margine di Corte cost., ordinanza n. 97/2021*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 2, 2021, 653 ss.

⁵⁶ Solleva la questione di legittimità costituzionale dell'art. 58-*quater* commi 1, 2 e 3 o.p.: Ord. Mag. Sorv. Spoleto, 5 novembre 2020, n. 197, in *Gazzetta Ufficiale, prima serie speciale*, 3, 2021 su cui si è pronunciata Corte cost., 23 luglio 2021, n. 173, in *www.cortecostituzionale.it*.

re il viatico per l'accesso a una misura alternativa, come invece dovrebbe essere nell'ottica della progressività del trattamento. In questo senso i collegamenti con l'esterno, in particolare con i presidi territoriali del Ser.D., non sempre risultano ottimali, salvo qualche pregevole eccezione legata a determinate realtà territoriali.

Dati alla mano, poi, si tratta in ogni caso di una goccia nel mare: i detenuti attualmente allocati in ICATT sono 491 su 785 posti disponibili rispetto ai circa 20.000 tossicodipendenti detenuti in carcere.

Molto spesso, inoltre, l'allocazione ha durata breve perché viene meno nel breve periodo la spinta motivazionale o il comportamento in spregio alle regole della sezione non è tale da poter permettere la continuazione dell'esperienza.

A ciò si aggiungono alcuni ulteriori nodi problematici, ben messi in evidenza negli studi sul campo che si sono interessati di approfondire specifiche realtà, tra cui l'elevato *turnover* di pazienti e di personale, l'inadeguatezza delle strutture e dell'attrezzatura e la carenza di personale e risorse che rischia di frustrare l'individualizzazione del trattamento a favore di trattamenti standardizzati, cui si associa una scarsa propensione alla collaborazione tra operatori dei diversi settori⁵⁷.

Molto, allora, bisogna ancora fare, soprattutto da un punto di vista attuativo, per rendere l'allocazione in queste sezioni un passaggio utile ai fini di un reinserimento sociale che porti buon frutto e sia pertanto in grado di contrastare quel pendolarismo carcerario che è caratteristica specifica del delinquente tossicodipendente.

⁵⁷ Così M. RODELLI, *Una comunità con le sbarre*, cit., 355 ss.

PATOLOGIE DA DIPENDENZA E TRATTAMENTO SANITARIO IN CARCERE E NELLE MISURE ALTERNATIVE

L'ESIGENZA DI INTEGRAZIONE DEI SAPERI PROFESSIONALI
È PRIORITARIA PER CONSENTIRE L'ESERCIZIO DEI DIRITTI
DELL'ADULTO AUTORE DI REATO

*Sandro Libianchi*¹

SOMMARIO: 1. La detenzione nel mondo. 2. Il calcolo e la valutazione del fenomeno 'carcerazione'. 3. La sanità nelle carceri italiane, il fenomeno della alcol-tossicodipendenza e le misure alternative. 4. Il fenomeno dell'alcol-tossicodipendenza. 5. Le misure alternative al carcere per i consumatori di sostanze stupefacenti. Tossicodipendenti e alcolodipendenti. 6. Il conflitto tra lessico medico-scientifico e lessico giuridico. 7. La diagnosi, la certificazione, l'idoneità al programma terapeutico. 8. Alcune sommarie conclusioni.

1. La detenzione nel mondo

Il problema più rilevante nella raccolta dei dati a livello mondiale è costituito dall'eterogeneità delle metodologie di registrazione in uso nei diversi paesi. Queste diverse rilevazioni sono correlate sia alle diverse normative in vigore, sia alle definizioni stesse di detenzione, nelle sue varie forme (detenzione domiciliare, temporanea, amministrativa, presso polizia o in carcere, in misura alternativa, condannati definitivi o

¹ Si ringraziano la dott.ssa Flavia Tagliafierro, responsabile della Sezione Statistica presso l'Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia, per la consueta disponibilità e professionalità nell'analisi e verifica dei dati prodotti dall'Amministrazione Penitenziaria per la popolazione detenuta italiana e la dott.ssa Alessandra Cauchi, giurista del Centro Studi Penitenziari del Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane – Co.N.O.S.C.I., per la revisione professionale dei testi e per i preziosi suggerimenti in corso d'opera.

meno, ecc.); inoltre, nella rilevazione, mancano le persone detenute presso autorità locali non riconosciute a livello internazionale. Le fonti originarie dei dati presentati sono fornite dalle amministrazioni penitenziarie del Paese considerato o dal Ministero responsabile delle carceri locali. La pubblicazione dove maggiormente si opera per ottimizzare questa raccolta dei dati è la *World Prison Population List*. Questa, edita dall'*Institute for Crime & Justice Policy Research* (ICPR) presso Birkbeck, dell'Università di Londra, consiste in un database *online* disponibile su www.prisonstudies.org che viene aggiornato mensilmente e alimenta il database *World Prison Brief*, con gli elenchi delle carceri di 223 sistemi carcerari di diversi Paesi. Sebbene sia stata posta una grande attenzione per superare le difficoltà legate alla raccolta dei dati, non tutti i paesi considerati li rendono disponibili, o lo fanno solo parzialmente (e.g. Eritrea, Somalia e Repubblica popolare democratica della Corea del Nord). Inoltre, in taluni casi, si assiste a uno sfasamento temporale dei dati disponibili.

Nella ultima edizione (tredicesima) della 'Lista della popolazione carceraria mondiale' si forniscono dettagli sul numero di detenuti evidenziandone le differenze nei valori di detenzione nel mondo e viene presentata una stima del totale della popolazione carceraria mondiale con informazioni risalenti all'ottobre 2021. I dati pubblicati nel *report* evidenziano come globalmente in quasi tutti i Paesi del mondo siano incrementate le presenze, soprattutto nelle ultime due decadi, ma con ampie fluttuazioni intercontinentali. Tutte le informazioni del *report* possono essere integrate da altre banche di dati come la *World Female Imprisonment List* (quarta edizione: 2017) e la *World Imprisonment List* (quarta edizione: aprile 2020). Le informazioni fornite da questi strumenti statistici possono essere di grande utilità per quei Paesi che vogliono riconsiderare strategie di riduzione del ricorso alla custodia cautelare nelle carceri, riducendo il grave sovraffollamento di cui soffre il comparto carcerario. Il dato complessivo della rilevazione mostra che il numero di persone detenute nel mondo per qualunque causa o grado di giudizio è compreso tra 10,77 e 11,5 milioni. Il Paese con il numero maggiore in valore assoluto è rappresentato dagli Stati Uniti d'America con più di 2 milioni di detenuti, seguiti dalla Cina con 1,69 milioni, dove però prevalgono le forme di detenzione maggiormente non rilevate

in quanto atipiche (c.d. detenzione amministrativa). Seguono il Brasile (811.000), l'India (478.000), la Federazione Russa (471.000), la Thailandia (309.000), la Turchia (291.000), l'Indonesia (266.000), il Messico (220.000), l'Iran (189.000) e le Filippine (165.000). Se invece consideriamo il tasso di popolazione carceraria ogni 100.000 abitanti del totale nazionale, le stime cambiano e si apprezzano maggiormente gli effetti delle legislazioni locali che, laddove più severe, creano alti tassi di incarcerazione. Secondo queste misure i Paesi con il valore più alto sono gli Stati Uniti (629 detenuti per 100.000 abitanti), seguiti dal Ruanda (580), dal Turkmenistan (576), da El Salvador (564), da Cuba (510), da Palau (478), dalle Isole Vergini britanniche (447), da Panama (436). Più della metà dei Paesi hanno tassi inferiori a 150 detenuti per 100.000 abitanti (53%).

Nel suo complesso, il tasso di popolazione carceraria mondiale, basato su stime delle Nazioni Unite sulle popolazioni nazionali è di 140 per 100.000. Importanti variazioni dei tassi di popolazione carceraria si riscontrano tra le diverse regioni del mondo e tra parti diverse dello stesso continente.

In Africa, il tasso mediano per l'Africa occidentale è di 44,5 ogni 100.000 abitanti, mentre per i Paesi africani meridionali è di 248 per 100.000. Nelle Americhe, il tasso mediano per il Nord è di 212,5 per 100.000, mentre per i Paesi dell'America centrale è di 278 per 100.000. In Asia il tasso mediano per i Paesi meridionali è di 85 per 100.000, mentre per i Paesi dell'Asia Sud-orientale è di 171 per 100.000. In Europa, il tasso mediano per la parte occidentale è di 73 per 100.000, mentre per i Paesi dell'Europa dell'est, quali la Federazione Russa e la Turchia, è di 253 per 100.000. In Oceania il tasso medio è di 166,5 per 100.000. In generale si osserva che dall'anno 2000 il numero totale delle persone detenute nel mondo è leggermente aumentato, sebbene più lentamente (-24%) rispetto alla stima generale di questa popolazione nello stesso periodo (-28%). Anche per queste variazioni incrementali o decrementali ci sono notevoli differenze tra i continenti. Tant'è vero che il totale della popolazione carceraria in Oceania è aumentato dell'82%, quella nelle Americhe del 43%, quella in Asia del 38% e quella in Africa del 32%. In Europa, al contrario, la popolazione carceraria totale è diminuita del 27% con un forte calo della popolazione carceraria

in Russia (-56%), come anche nell'Europa centrale e orientale (-49%). Rilevanti aumenti sono stati registrati in Sud America (+200%) e nel Sud-Est asiatico (+116%). I livelli della popolazione carceraria sono stati influenzati anche da altri fattori non giudiziari come quelli legati alla pandemia di COVID-19².

2. Il calcolo e la valutazione del fenomeno 'carcerazione'

Numerose sono le metodiche per il calcolo dell'impatto generale del sistema giustizia sulle presenze e sui transiti delle persone in detenzione nelle strutture penitenziarie, sia in ogni Paese che in raffronto tra Paesi diversi. Questi sistemi, usualmente abbastanza semplici possono calcolare prevalenze o incidenze. Con il termine 'prevalenza' si intende la misura proporzionale di eventi presenti in una popolazione in un dato momento, laddove per 'evento' si intende un qualsiasi carattere ricercato, come, per esempio, il numero di presenti in un luogo, il numero di morti in un dato momento, un'infezione o una gravidanza. L'epidemiologia clinica utilizza molto frequentemente questo tipo di parametri in quanto gli eventi ricercati sono delle malattie. Quindi, si può affermare che la prevalenza misura la proporzione (o il numero) di individui di una popolazione che, in un dato momento, presentano la condizione ricercata (per esempio, il dato relativo a detenuti definitivi, appellanti o ricorrenti). Appare evidente come in questo tipo di ricerca di tipo statico, il «fattore tempo» non viene considerato. D'altro canto, l'incidenza è una misura della frequenza per indicare quanti nuovi casi di un dato parametro (per esempio, detenuti nuovi giunti o detenuti con una certa malattia) compare in un periodo di tempo predeterminato all'interno di una popolazione considerata. Pertanto, nell'ambito sanitario, l'incidenza misura la proporzione di "nuovi eventi" che si verificano in una popolazione in un certo periodo di tempo e molto spesso l'incidenza si utilizza per misurare la comparsa di nuovi casi di una certa malattia. La durata del periodo di tempo da considerare è arbitraria e viene scelta in

² H. FAIR, R. WALMSLEY, in https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_13th_edition.pdf (2021).

rapporto al parametro che si sta studiando. Tipicamente i dati giudiziari e penitenziari sono relativi a una annualità (per esempio, quanti detenuti c.d. nuovi giunti hanno fatto accesso in carcere nell'anno). Per riassumere, quindi, la prevalenza indica i *tutti* in un certo momento, mentre l'incidenza tutti i *nuovi* in un certo periodo di tempo. Per metafora, la prevalenza è definibile come una fotografia e l'incidenza come un film.

Per analizzare l'impatto sul sistema penitenziario delle presenze di persone che ne entrano a far parte possono essere utilizzate diverse metodiche e parametri, anche a seconda dello specifico aspetto che si voglia evidenziare e che qui di seguito brevemente citiamo:

- a) presenze in un giorno preciso: sono le rilevazioni più note e semplici da ottenere e sono rilevate quotidianamente dal Ministero della giustizia e pubblicate mensilmente per ogni singola struttura penitenziaria e per Regione di appartenenza di quel dato carcere. In essa sono ripartite le persone detenute in base al sesso (M e F), allo stato di straniero e di semilibertà. Sono pubblicate dal Ministero della Giustizia il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno;
- b) transiti in un dato periodo: sono tutte le persone che accedono in carcere in un certo periodo di tempo che generalmente è riportato per anno, semestre o mensilità. Questo parametro è particolarmente importante perché da un punto di vista di sistema sanitario, ma anche penitenziario, rappresenta il vero carico di lavoro e il numero di persone reali da prendere in carico, indipendentemente dal periodo della loro permanenza in stato di detenzione;
- c) presenze medie durante un periodo che generalmente è nel corso dell'anno: questo indicatore è utilizzabile dal punto di vista della programmazione delle dotazioni organiche in quanto specifica la media, benché fluttuante, delle presenze di detenuti;
- d) presenti per 100.000 cittadini residenti liberi: questo parametro si applica ai diversi Paesi ed è un indicatore molto specifico della severità delle leggi nazionali e del loro potere di incarcerazione. Il valore massimo riscontrato nelle rilevazioni annuali e confermato nel tempo è a carico degli Stati Uniti ed è pari (v. *sub* § 1) a 629 detenuti ogni 100.000 abitanti. Contribuiscono al determinarsi di questo valore anche l'efficienza delle forze di polizia, il funzionamento dei tribunali e la possibilità economica del soggetto di farsi assistere da

- avvocati o pagare le cauzioni per uscire dal carcere. Quindi gli elementi che determinano questo valore sono multipli e concomitanti;
- e) percentuale di sovraffollamento: questo indicatore fornisce e quantizza il dato dell'affollamento delle carceri di un Paese ed è la risultante del rapporto tra le persone che effettivamente sono presenti e la capienza intesa come posti liberi di un carcere o di un intero sistema carcerario. Non si hanno i dati relativi al numero di posti disponibili o programmati dei diversi paesi che non sono messi a disposizione e di alcuni Paesi (forse molti) si ritiene che non esistano proprio queste programmazioni e che valga il principio del riempimento indistinto. Ovviamente queste pratiche di cui si ha notizia anche fotografica di alcuni Paesi del Sud America sono da considerarsi assimilabili a torture. Per l'Italia il dato è noto e al 30 aprile 2024 il tasso di sovraffollamento era pari al 119,7%. Ciò significa che a quella data sulla base di una disponibilità di 51.167 posti regolamentari c'era il riscontro di una presenza di 61.297 detenuti, pari a un eccesso di 10.130 persone detenute (*overbooking*);
- f) tempo medio di permanenza: è il tempo trascorso in carcere effettivamente e al netto di misure alternative o sentenze successive a esito favorevole per l'appello o il ricorso. Il tempo medio di permanenza è un buon indicatore per identificare e quantificare i gruppi di condannati, anche non definitivi, che possono beneficiare di provvedimenti normativi di liberazione, come la liberazione anticipata o le misure alternative;
- g) presenze in base al residuo della pena: in genere si applica questo parametro alle persone detenute con almeno un giudizio definitivo e si calcola sul periodo residuo da scontare in concreto.

Numerosi altri parametri sono regolarmente censiti dal Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio del Capo del Dipartimento – Sezione Statistica, quali: l'andamento per classi di età (18-20, 21-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-59, 60-69, ≥ 70 , non rilevato); l'andamento per età media; le presenze suddivise per posizione giuridica (imputati, condannati, posizioni miste, suddivise a loro volta per uomini-donne-stranieri); le presenze suddivise per sottogruppi (donne con bambini, parametri sociodemo-

grafici, stranieri, ecc.); i dati sul trattamento dei detenuti, in particolare lavoro, istruzione e attività culturali.

Alcune altre interessanti rappresentazioni sono date dalle c.d. serie storiche che mostrano tutti gli andamenti nel corso degli anni mettendo ben in evidenza gli incrementi, decrementi e le situazioni stazionarie³.

Ulteriori analisi di dettaglio possono essere svolte con l'utilizzazione dei dati di dettaglio, che non – essendo pubblicati – devono essere specificamente richiesti all'ufficio preposto. Per l'intero settore della giustizia minorile e delle misure alternative la competenza è in capo alla Direzione Generale Direzione generale esecuzione penale esterna e di messa alla prova.

3. La sanità nelle carceri italiane, il fenomeno della alcol-tossicodipendenza e le misure alterative

Con il d.p.c.m. 1° aprile 2008 le Regioni sono state individuate come responsabili della presa in carico delle persone detenute, delle diagnosi e delle terapie, oltre che dei programmi terapeutici all'esterno del carcere in caso di disagio psichico o di alcol-tossicodipendenza⁴. Da quella data quindi tutto il sistema di assistenza in ambito penitenziario per adulti e minori – personale, attrezzature, fondi, locali, e così via – è di fatto transitato nella gestione regionale, e, quindi, a carico delle A.s.l. (o comunque denominate) territorialmente competenti per ogni struttura penitenziaria. Corollario più recente a questa importante riforma è stata la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) nel 2014. La risposta alle esigenze cautelari e di cura dei pazienti portatori di patologie psichiatriche e autori di reati è consistita nella contemporanea apertura di nuove strutture, questa volta a carattere precipuamente terapeutico, ma con limitazioni delle libertà personali. Queste *forensic clin-*

³ I dati sopramenzionati sono liberamente consultabili all'indirizzo: https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/statistiche?frame11_item=2.

⁴ *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria* (GU Serie Generale n. 126 del 30.05.2008), in www.gazzettaufficiale.it.

ic della letteratura anglosassone, in Italia sono state denominate Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), che sono delle strutture a basso numero di presenze (circa venti persone a struttura), dotate di personale di trattamento esclusivamente di tipo sanitario, sebbene talora siano organizzate delle sorveglianze a chiamata o per il solo esterno. Oltre le patologie di tipo puramente psichiatrico è interessante rappresentare lo stato di salute delle persone in stato di detenzione, ma purtroppo questa sia pur rilevante esigenza anche programmatoria e di intervento da parte degli enti sanitari è ancora destinata a essere frustrata, in quanto in Italia non esiste un sistema di rilevazione di queste condizioni. L'unica rilevazione prodotta in tal senso, completa e altamente affidabile, è quella prodotta con il coordinamento dell'Agenda di sanità regionale della regione Toscana nel 2014 con i fondi del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM)⁵. Essa, condotta con una metodologia scientifica rigorosa, riguardò lo stato di salute di circa sedicimila detenuti a una data prefissata, andando a costituire una delle più vaste casistiche presenti in letteratura scientifica internazionale⁶. Questo virtuoso esempio di ricerca clinica epidemiologica avrebbe dovuto trovare una sua collocazione sistematica divenendo una attività strutturale delle Regioni, che avrebbero così potuto rappresentare la fonte-dati essenziale per il Ministero della Salute per poter attuare tutte le attività connesse a una programmazione nazionale e alla prevenzione degli stati patologici in ambito penitenziario. Purtroppo, la frammentazione regionale con sistemi di rilevazione talora anche assenti, unitamente alla frequente non interoperabilità dei sistemi regionali di raccolta dati, non permette di disporre di queste conoscenze.

La proposta a suo tempo avanzata dalla nostra associazione consisteva nell'identificazione di un numero limitato, ma concordato di indi-

⁵ Cfr. Dati riportati all'indirizzo: https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2015/carcere_2015_definitivo.pdf.

⁶ Cfr. Dati riportati all'indirizzo: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00023-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00023-9/fulltext).

catori di malattia, uguali per tutte le Regioni e messi a disposizione del Ministero della Salute⁷.

4. Il fenomeno dell'alcol-tossicodipendenza

Nello studio citato del 2015 circa il 50% delle diagnosi relative a disturbi psichici in generale sono correlabili all'uso di sostanze stupefacenti (c.d. disturbo da uso di sostanze) con discrete differenze tra Regioni. La fascia di età di questi pazienti era compresa tra 30 e 39 anni (38% dei soggetti), seguita da quella 40-49 anni (29,3%) e da quella 18-29 anni (22%); la media totale era pari a 37,3 anni. In questa casistica i nordafricani risultavano essere il gruppo più coinvolto con circa il 37% delle persone provenienti dall'Africa del Nord che hanno manifestato il disturbo. A seguire vi sono gli italiani, con il 27% degli arruolati, seguiti dai cittadini dell'Europa dell'Est (12%).

Per ciò che attiene all'abuso e alla dipendenza da droghe per tipologia di sostanza e per fasce di età si notano diverse prevalenze: la droga certamente più diffusa nell'ambito delle persone detenute è la cocaina nel 23,5% dei casi di abuso, seguita dalla dipendenza da oppioidi (16,6%) e dalla dipendenza da altre droghe (15,2%) e dalla dipendenza da cocaina (15,1%). Percentuali minori si riscontrano per l'abuso di cannabinoidi (12,5%), abuso di oppioidi (10%) e la dipendenza da cannabinoidi (5,5%).

⁷ V. https://www.iss.it/documents/20126/45616/19_22_web.pdf/e8fc4e7c-2eb1-9f44-667c-e0a048589c8a?t=1581099496916.

Abuso e dipendenza da sostanze	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=1.053)	% (N=1.772)	% (N=1.336)	% (N=385)	% (N=69)
Dipendenza da cocaina	16,6	14,8	14,2	15,1	14,5
Abuso da cocaina	22,0	24,3	22,0	26,2	42,0
Dipendenza da oppioidi	11,6	16,0	21,5	16,6	13,0
Abuso di oppioidi	7,6	10,2	12,9	14,0	7,2
Dipendenza da cannabinoidi	9,5	5,4	3,8	1,8	0,0
Abuso da cannabinoidi	16,8	13,0	9,3	10,6	7,2
Altra dipendenza da droghe	14,8	15,1	15,6	14,5	15,9
Altro abuso da sostanze	1,0	1,1	0,7	1,0	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. I: Le diverse dipendenze per fascia d'età.

L'abuso di cocaina rappresenta quindi il fenomeno più frequente ed essa costituisce da diversi anni la droga più ricercata e utilizzata, avendo soppiantato l'eroina, sostanza stupefacente che in passato era particolarmente associata a un certo disagio sociale tipico della popolazione detenuta. Se per la cocaina si parla più spesso di abuso (la dipendenza si registra nel 15% dei casi), per l'eroina la problematica maggiore è la dipendenza (l'abuso si verifica nel 10% circa dei casi). Questa differenza è dovuta agli effetti indotti sull'organismo dalle due sostanze: gli oppioidi creano immediatamente una forte dipendenza sia fisica che psichica, mentre la cocaina ha una minor capacità di indurre dipendenza che riguarda soprattutto la sfera psichica. La terza sostanza stupefacente maggiormente sperimentata è costituita dai cannabinoidi, con un abuso relativamente frequente (12,5% dei casi), soprattutto nelle fasce di età più giovani, mentre meno diffusa è la dipendenza, proprio in virtù delle proprietà farmacodinamiche di questo genere di sostanze, che sono in grado di indurre soltanto quella di tipo psicologico. La voce «altra dipendenza da droghe», che costituisce circa il 15% del totale, include la dipendenza da farmaci sedativi/ipnotici o ansiolitici (la più frequente),

quella da amfetamina e altri psicostimolanti, quella da allucinogeni e da altre droghe non specificate.

Come si può vedere *sub* Tab. I, le diagnosi di dipendenza e abuso di cocaina sono abbastanza costanti per tutte le fasce di età, con un picco nei soggetti ≥ 60 anni. Quelle di abuso e dipendenza da oppioidi si concentrano maggiormente nei detenuti tra i 40 e i 59 anni e quelle relative ai cannabinoidi spiccano tra le persone più giovani comprese tra 18 e i 39 anni. L'abuso e la dipendenza da amfetamine e sostanze allucinogene sono stati riscontrati rispettivamente in 19 e 11 casi, la maggior parte dei quali (circa l'80%) distribuiti nelle fasce di età più giovani (18-39 anni).

In questa indagine il numero di detenuti con diagnosi di «dipendenza da droghe» corrisponde a 1.992 detenuti e rappresenta il 12,6% degli arruolati totali. Nella popolazione generale presente in Italia nel 2012 la stima della prevalenza di tossicodipendenti con bisogno di trattamento è stata dello 0,8%, per un totale di circa 461.000 individui, di cui soltanto il 36% è stato effettivamente trattato dai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.), pari a 127.365 pazienti. Di questi, un dato da sottolineare è quello relativo all'età media che dai 31,2 anni del 1999 è passata ai 43,3 del 2022. L'età di primo uso è rimasta costante dal 2014 e corrisponde a 21,5 anni con differenze non significative tra maschi e femmine. L'età di primo trattamento è leggermente aumentata, da 27,4 anni a 28,9, con un tempo di latenza di richiesta di trattamento e relativa presa in carico che da 6,9 anni è passata a 7,4 anni.

Altri dati importanti pervengono dalla “Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle dipendenze in Italia – 2023” su dati relativi all'anno 2022⁸. La tendenza generale, per quanto riguarda la purezza e il prezzo delle sostanze, è quello dell'aumento della media di principio attivo per l'*hashish*, con una contestuale riduzione del prezzo. A fronte di ciò, si registra un aumento generale dell'utenza sia presso i servizi pubblici sia presso le comunità terapeutiche, oltre a un contemporaneo aumento degli accessi al Pronto Soccorso e dei ricoveri dovuti a problematiche droga-correlate. Inoltre, si è registrato anche un lieve au-

⁸ La relazione è liberamente consultabile all'indirizzo: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>.

mento delle diagnosi di infezione da HIV e di altre malattie infettive. A questi incrementi corrisponde anche un aumento della richiesta di trattamento presso i servizi per le dipendenze con un +13,6% di nuovi utenti (di cui l'85,5% sono uomini e il 16,3% donne), soprattutto con problematiche di dipendenza da oppiacei (62,4%), da cocaina/*crack* (24,8%) e cannabinoidi (7,8%). Anche i trattamenti presso le comunità terapeutiche sono in aumento soprattutto per le problematiche correlate al consumo di cocaina (39,1%).

Per ciò che attiene al settore penale e al carcere, il numero dei detenuti tossicodipendenti e la loro percentuale sul totale di detenuti presenti al 31 dicembre degli ultimi trenta anni è sostanzialmente invariato, passando dal 31,3% del 1992 al 30,0% del 2022. L'aumento che si è registrato nel valore assoluto è legato all'incremento totale delle persone detenute e passa dalla media 14.818 soggetti ai 16.845 del 2022.

Mantenendo il riferimento temporale 1992-2022 la percentuale di tossicodipendenti di nazionalità straniera sul totale degli stranieri presenti è aumentata, passando dal 23% al 31%, con una certa stabilità (30-32%), in rapporto alla popolazione detenuta italiana.

Il numero complessivo degli ingressi dalla libertà delle persone alcol-tossicodipendenti con riferimento agli anni 2010-2022 ha mostrato un notevole calo e dai 24.008 ingressi del 2010, di cui 8.379 stranieri (pari al 34,9%) su un totale ingressi di 84.641 si è passati ai 15.509 ingressi del 2022, di cui 5.545 stranieri (pari al 35,8%) su un totale ingressi di 38.125 soggetti⁹. Questo effetto deflattivo su questa specifica popolazione è legato a un maggiore ricorso alle misure alternative e all'efficacia dei mezzi di prevenzione generale sul territorio. La distribuzione percentuale dei detenuti tossicodipendenti per classe di età e nazionalità (anno 2022) mostra che nelle fasce giovanili (15-39 anni) i detenuti assistiti in carcere sono per la maggioranza di nazionalità straniera, mentre nelle fasce più adulte (45-65 anni) sono italiani, anche in questo caso con ampie oscillazioni regionali. Il 29,2% delle persone detenute e consumatrici di sostanze stupefacenti che richiedono un trat-

⁹ Fonte dati: "Elaborazioni CNR-IFC su dati Ministero della Giustizia-Dipartimento Amministrazione Penitenziaria".

tamento sono assistite con un trattamento psicosociale e il 41,6% è sottoposto a un trattamento integrato¹⁰.

Nel periodo 2002-2022 le denunce penali per reati commessi in violazione del d.P.R. n. 309 del 1990 (artt. 73 e 74) ha subito delle oscillazioni, anche ampie (v. Tab. II).



Tab. II: Denunce ex artt. 73 e 74 d.P.R. 309/90 (Fonte: Relazione annuale al Parlamento 2023 e Ministero dell'Interno - DCSA).

Nel 65% dei casi alle denunce è seguito l'arresto, mentre nel 34% dei casi il soggetto è restato in libertà; il numero di stranieri denunciati è rimasto quasi costante nel periodo 2002-2022 ed è passato da 9.863 a 9.105 soggetti. Simili valori si sono riscontrati nell'ambito minorile dove i denunciati sono stati 1.362 nel 2002 e 1.126 nel 2022 con un andamento pressoché costante nel ventennio. Le sostanze più frequentemente consumate sono state la *cannabis* e le nuove sostanze sintetiche, con una forte riduzione dell'eroina e degli oppiacei in generale.

Le persone presenti in carcere a seguito di condanna per violazione degli artt. 73 e 74 del d.P.R. n. 309 del 1990, seppur con qualche oscillazione legata alla l. 49 del 2006 e alla l. 79 del 2014, appaiono in numero poco modificato nel tempo: 15.133 soggetti nel 2002, 18.844 nel 2014 e 19.283 nel 2022.

¹⁰ Fonte dati: "Gruppo tecnico interregionale Dipendenze. Elaborazioni CNR-IFC; dati parziali".

Un interessante, quanto opportuno, studio condotto su base empirica dalla Corte di Cassazione – Ufficio del processo ha riguardato il tema della definizione di «lieve entità» nell'ambito del possesso e della cessione di sostanze stupefacenti. Si era constatato che nelle sentenze c'è una enorme differenza di pena per i condannati. Infatti, l'art. 73 del d.P.R. n. 309 del 1990, al quinto comma, prevede una pena da sei mesi a quattro anni (contrariamente alla previsione del secondo comma di una pena da sei a ventidue anni), senza distinguere tra droghe leggere e droghe pesanti. L'intervento della Corte di cassazione si è reso necessario per la rilevante disparità applicativa del concetto di «lieve entità» che mostrava variazioni anche notevoli, tra un giudice e l'altro e tra una sentenza e l'altra. Tale disomogeneità determinava condanne di gran lunga tra loro differenti. Ovviamente questa disparità di applicazione dell'art. 73 si rifletteva immediatamente sul sovraffollamento carcerario. A seguito di una sentenza impugnata con rinvio ad altra sezione della Corte di Appello di Roma¹¹, lo studio ricognitivo condotto ha semplicemente raggruppato 398 sentenze considerate statisticamente significative (pubblicate tra il 2020 e il 2022), considerando sia le quantità di principio attivo delle diverse sostanze che la purezza media e il quantitativo del singolo sequestro¹². In questo modo sono state indicate le soglie massime per considerare lo spaccio come fatto «lieve entità» (v. *sub* Tab. III).

Sostanza	Quantitativo (gr.)*	Range riscontrato nelle sentenze (gr.)	Purezza media (%)	Principio attivo (gr.)**
COCAINA	25 (23,66)	0,2-150	68	17
EROINA	28,4 (30)	013-107,71	17	5,1
MARIJUANA	108,3 (100)	0,55-246	12	12,1
HASHISH	101,5 (102)	0,97-386,93	25	25,5

Tab. III: Le soglie massime per considerare lo spaccio come fatto di «lieve entità»

(Fonte: Corte di Cassazione - Ufficio del processo).

*: arrotondate per eccesso ** : peso corretto in relazione al grado di purezza

¹¹ Cassazione Penale, sez. VI, 25 novembre 2022, ud. 3 novembre 2022, n. 45061, Presidente P. Di Stefano, Estensore: P. Di Geronimo.

¹² Lo studio è stato pubblicato all'indirizzo: https://www.sistemapenale.it/pdf_contenuti/1682541935_rel-massimario-orientamenti-della-giurisprudenza-di-legittimita-sul-fatto-lieve.pdf.

Pertanto, ai fini della valutazione della sussistenza del «fatto lieve», il giudice può tenere conto, unitamente agli elementi descrittivi della condotta (bilancino, prossimità di scuole, minori, recidiva, presenza di una contabilità, reddito incongruo rispetto ai contanti sequestrati, suddivisione in dosi, ecc.), del dato ponderale risultante dalla ricognizione statistica su quel campione significativo di sentenze.

A latere è bene ricordare che, con decreto del Ministro della Salute dell'11 aprile 2006, è stato individuato il quantitativo di principio attivo idoneo a produrre l'effetto stupefacente in un soggetto tollerante e dipendente e corrispondente a mg. 0,05 per l'LSD, mg. 25 per eroina, *hashish* e *marijuana*, mg. 100 per le amfetamine, e mg. 150 per cocaina ed *ecstasy*.

5. Le misure alternative al carcere per i consumatori di sostanze stupefacenti. Tossicodipendenti e alcolodipendenti

Il sistema sanzionatorio italiano, sin dal 1975 con la l. n. 354 – e successivamente con il regolamento esecutivo contenuto nel d.P.R. del 6 giugno 2000, n. 230 – ha riservato particolare impegno per il trattamento penitenziario e per la cura dei soggetti affetti da quella che al tempo era definita «alcolodipendenza» o «tossicodipendenza», mentre oggi è detta «disturbo da uso di sostanze stupefacenti o psicotrope». Si stabilì così il superiore interesse del trattamento riabilitativo rispetto alla pena da eseguire in concreto, riservando alle persone che avessero manifestato l'intento di curarsi dal loro stato di patologia di poter essere ammessi a particolari forme di misura alternativa. Qualora accettati dal Tribunale di Sorveglianza, questi programmi terapeutici possono avere immediato inizio, ovvero proseguire qualora siano già in atto prima dell'arresto. La norma, oltre a tutelare l'individuo, mira anche a una riduzione del tasso di recidiva e a un incremento della sicurezza collettiva (art. del d.P.R. n. 309 del 1990). Anche con l'art. 90 del d.P.R. n. 309 del 1990 vengono facilitati i percorsi terapeutici, prevedendosi che

Nei confronti di persona che debba espriare una pena detentiva inflitta per reati commessi in relazione al proprio stato di tossico-dipendente, il

Tribunale di Sorveglianza può sospendere l'esecuzione della pena detentiva per cinque anni qualora, all'esito dell'acquisizione della relazione finale di cui all'articolo 123, accerti che la persona si è sottoposta con esito positivo ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo eseguito presso una struttura sanitaria pubblica od una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116.

Più recentemente con l'art. 4-*bis*, c. 1, lett. g), del d.lgs. 30 dicembre 2005, n. 272, convertito con modificazioni nella l. 21 febbraio 2006, n. 49, all'art. 73 del d.P.R. n. 309 del 1990 è stato previsto che, in presenza di reati di minore gravità commessi da persone tossicodipendenti o da utilizzatori di sostanze stupefacenti o psicotrope, vi è la possibilità di sostituire la pena detentiva e pecuniaria con la sanzione del lavoro di pubblica utilità, con le modalità previste dall'art. 54 del d.lgs. 274/2000 e sotto il controllo dell'UEPE, ufficio coinvolto dalla fase istruttoria sino al momento della stesura del programma riabilitativo, di concerto con gli enti preposti (A.s.l. e Ser.D., Comunità Terapeutiche, la Magistratura di Sorveglianza e con gli Istituti penitenziari).

Infine, le modifiche introdotte al d.lgs. 285/1992 (Codice della Strada) dalla l. 29 luglio 2010, n. 120 (art. 187, c. 8-*bis*) prevedono, nei casi di guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti, la possibilità di sostituire la pena detentiva e la pena pecuniaria con il lavoro di pubblica utilità, mediante la partecipazione a un programma terapeutico e socio-riabilitativo della persona tossicodipendente, definito ai sensi degli artt. 121 e 122 del d.P.R. n. 309 del 1990.

Al 31 dicembre 2022 risultavano in carico agli UEPE 73.982 soggetti, dei quali il 48% per misure alternative alla detenzione (affidamento in prova, affidamento in prova per persone alcol/tossicodipendenti, detenzione domiciliare, semilibertà), il 33% per misure di comunità o messa alla prova, il 13% per sanzioni di comunità (lavori pubblica utilità) e il 6% per misure di sicurezza o libertà vigilata.

In particolare, i lavori di pubblica utilità hanno mostrato un netto decremento nella loro concessione per i soggetti con problemi correlati all'alcol-tossicodipendenza e si è passati dal 16% del 2012 a poco meno dell'8% nel 2022.

Nella "Relazione al Parlamento 2023" appare che l'inserimento nelle comunità terapeutiche è applicata a beneficio dei consumatori di co-

caina (83% dei casi). In una buona parte dei casi, comunque, si assiste all'applicazione delle misure alternative ordinarie anche per le persone alcol-tossicodipendenti, specie nei casi di carenza documentale o indisponibilità di posti nelle strutture del privato sociale.

Gli UEPE intervengono nel procedimento sia nella fase istruttoria, contribuendo alla definizione del programma terapeutico con i servizi sanitari e le Comunità terapeutiche, sia nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di supporto, verifica delle prescrizioni e attuazione del programma trattamentale. A tal fine, gli UEPE operano in stretta collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, i Servizi Sanitari, la Magistratura di Sorveglianza e gli Istituti penitenziari.

6. Il conflitto tra lessico medico-scientifico e lessico giuridico

Uno degli strumenti professionali più importanti e che possono essere determinanti nel compimento di un'azione professionale di qualità o comunque che risulti efficace per gli interessi del nostro assistito, sia legalmente che dal punto di vista sanitario, è rappresentato dalla comunicazione. Di certo nel corso della preparazione universitaria è molto raro che ci sia una attenzione su questo tema, favorendo invece le discipline classiche, più tecniche, senz'altro fondamentali, ma che non favoriscono una comunicazione pienamente fruibile all'interlocutore. Talora il linguaggio può rivelarsi un espediente da parte del professionista che interpone una barriera tra sé e il suo assistito. La stessa problematica, spesso anche inconsapevolmente, si può interporre tra professionisti di discipline differenti (sanitaria e giuridica), laddove ognuno utilizzi il linguaggio che gli è più proprio e ciò, ancora una volta, non favorisce la reciproca fruibilità delle analisi dei fatti. Questo comportamento spesso diviene un automatismo, tanto da richiedere una vera e propria translitterazione semantica¹³. La lunghissima storia che ha accompagnato sia la medicina che la giurisprudenza ne ha rinsaldato le terminologie, rendendole uniche e insostituibili, quanto ultra-settoriali e ciò ancora una volta a tutto svantaggio dell'utente finale o del paziente. Il progresso

¹³ U. ECO, *Dire quasi la stessa cosa: esperienze di traduzione*, Milano, 2003, 80.

delle conoscenze, il continuo evolversi della lingua italiana, lo sviluppo della ricerca in tutti i Paesi e l'evoluzione dei linguaggi che si aggiornano di continuo, non ha mitigato queste difficoltà. La formazione professionale, che almeno dal punto di vista sanitario si evolve da una derivazione usualmente anglosassone, viene prodotta da agenzie specializzate e istituti di ricerca che adottano questi linguaggi, spingendosi a traduzioni, talora soggettive.

Sono queste le necessità che ci spingono a trovare linguaggi comuni o per lo meno 'interoperabili', anche attraverso glossari condivisi che superino i 'linguaggi speciali' che possano ridurre gli involontari malintesi, connessi anche alle diverse finalità d'uso professionale¹⁴.

Paradossalmente, proprio per alcuni temi sono stati creati neologismi che circoscrivono i loro lessici: la terminologia legale viene seriamente chiamata *legalese*, la terminologia medica *medichese*; poi c'è il *politichese*, e così via.

Accade pertanto che negli stessi idiomi poi esistano parole diverse che indicano stati simili ma distinti. I termini *illness*, *disease*, *sickness* nella letteratura anglosassone esprimono concetti diversi di 'malattia'.

Una sana comunicazione è anche alla base di una giusta promozione dei diritti umani attraverso l'azione delle molte voci delle associazioni e movimenti e quando si lavora insieme per promuovere la giustizia razziale, sociale ed economica attraverso i tribunali, dobbiamo avere una comprensione condivisa delle parole e dei loro significati. Ciò aiuta le comunità a comprendere la terminologia legale in modo che possano prendere in considerazione gli strumenti della giurisprudenza e integrarli nelle loro campagne per il cambiamento. La comprensione della terminologia legale è importante anche per integrare l'analisi giuridica nel lavoro di *advocacy*, per rafforzare le strategie di attivismo e per partecipare al dibattito pubblico¹⁵.

Le tematiche dell'ambito delle malattie o del semplice consumo di sostanze stupefacenti negli ultimi decenni sono state al centro di pro-

¹⁴ P. DONADIO, *Le lingue per scopi speciali: definizioni e prospettive di studio*, in S. ARDUINI, M. DEMIANI (a cura di), *Linguistica applicata*, Padova, 2016.

¹⁵ Cfr. *Systemic Justice, Community-driven litigation for racial, social, and economic justice. Words for justice: A glossary of essential legal terms* (2023), consultabile al sito <https://systemicjustice.ngo/>.

fonde discussioni anche politiche che, oltre a cercare di definirne i contorni e le strategie di contrasto o terapeutiche, hanno messo in luce l'esigenza di un comune glossario. Ciò avrebbe ridotto lo stigma che spesso induce la trattazione di questi temi e migliorato la concettualizzazione stessa della malattia da dipendenza¹⁶, abrogando termini quali "abusatore di sostanze"¹⁷. Singolarmente, le patologie legate al consumo di alcol hanno avuto meno problemi nell'essere riconosciute, trattate e meno stigmatizzate. Proprio in tema di definizione dello stato di malattia da consumo di sostanze stupefacenti che da anni ha subito profondi cambiamenti di descrizione e definizione, si possono distinguere diversi riferimenti lessicali, a secondo della destinazione di uso in uno specifico contesto: fonti lessicali ufficiali (il vocabolario), definizioni scientifiche (la diagnosi e le terapie), definizioni giuridiche (le leggi e le sentenze), definizioni di divulgazione (i *media*), definizioni gergali o dialettali (il parlato).

Nel tentativo di dipanare la matassa terminologica del significato che viene attribuito dalle diverse fonti alle diverse parole nel campo delle patologie da dipendenza, può essere utile riferirsi anche alle fonti dei vocabolari italiani, anche se purtroppo desueto ne è l'uso¹⁸. Proprio

¹⁶ J.F. KELLY, C.M. WESTERHOFF, *Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms*, in *Int J Drug Policy*, 2010, 21, 202.

¹⁷ AA.VV., *The Incidence and Disparities in Use of Stigmatizing Language in Clinical Notes for Patients With Substance Use Disorder*, in *J Addict Med*, 2023, 17, 424.

¹⁸ Cfr. Definizione di 'tossicodipendenza' nell'enciclopedia Treccani: «Condizione caratterizzata dall'incoercibile bisogno di far uso continuato di sostanze psicotrope in senso lato, senza alcun riguardo per il danno che ne deriva. A seconda che si faccia uso abitualmente di una sola droga o di più droghe, si parla rispettivamente di monotossicodipendenza e di politossicodipendenza. Il concetto di t. è particolarmente complesso e la sua stessa delimitazione da condizioni affini pone problemi non facili; per es., la differenza tra consumo abituale e consumo coatto di droga è tutt'altro che netta; lo stato d'intossicazione cronica, requisito specifico delle t. tradizionalmente intese, non è costante e non può considerarsi elemento caratterizzante. Prova di questa incertezza definitoria può essere considerata la raccomandazione da parte del Comitato degli esperti dell'OMS di sostituire i due termini, t. e abitudine, con quello di farmacodipendenza; denominazione che, a differenza di quella di t., non implica giudizi morali e che contribuisce a far considerare la t. una malattia sociale da prevenire e curare e non un vizio da reprimere. Ha anche il vantaggio di evidenziare la vastità del problema, di includere fra

da ciò è possibile constatare quanto la semantica può essere diversa nelle varie fonti e, di conseguenza, quanto spazio rimane aperto per le interpretazioni e i possibili personalismi. Questi saranno diversi con significati variabili a seconda del soggetto che scrive e spesso con un potenziale conflitto con colui che successivamente legge questi testi. Tipico esempio di questo disallineamento lessicale può essere il lettore sanitario e lo scrivente giudiziario che, purtroppo, è spesso costretto a utilizzare gli stessi termini che sono contenuti nei testi di legge, ma che a una lettura tecnico-scientifica appaiono obsoleti, confusivi e inopportuni nella loro utilizzazione¹⁹. Tra i numerosi esempi che possiamo valutare alcuni rappresentano l'espressione del profondo *gap* tra mondo della scienza con i suoi aggiornamenti anche molto frequenti e celeri e il mondo della giustizia e delle leggi. Un esempio classico di questa difficoltà ci deriva dallo stesso d.P.R. n. 309 del 1990 che tradisce la probabile estensione a cura di molti attori diversi, tali che nel corpo del testo e attraverso una semplice ricognizione terminologica risulta una estesa disparità espressiva di tipo lessicale. Infatti, molti dei termini utilizzati creano potenziali conflitti con una regolare interpretazione dal punto di vista sanitario e medico. A tale proposito è sufficiente evidenziare le volte che alcuni termini del testo si alternano con sinonimi o

le condotte tossicodipendenti l'alcolismo cronico e di fornire un utile punto di riferimento per i provvedimenti generali da adottare nella lotta a questa complessa forma di dipendenza».

¹⁹ Cfr. Definizione di 'droga' nell'enciclopedia Treccani: «In farmacologia, ogni prodotto naturale, vegetale o animale, contenente uno o più principi attivi (alcaloidi, glicosidi, saponine, oli essenziali, sostanze amare, purgative, aromatiche ecc.) e che pertanto, opportunamente preparato e conservato, trova indicazioni terapeutiche o sperimentali. (...) Nel linguaggio corrente viene chiamata d. qualsiasi sostanza capace di modificare temporaneamente lo stato di coscienza o comunque lo stato psichico dell'individuo; rientrano pertanto fra le d. gli stupefacenti, gli allucinogeni, i barbiturici e gli altri psicostimolanti, nonché alcune sostanze atte ad aumentare le energie e il rendimento fisico, soprattutto nelle competizioni sportive. In tale quadro il termine d. è molto generico poiché comprende sostanze con proprietà diversissime e spesso indica in senso restrittivo composti esclusi per legge dal prontuario farmaceutico quali l'eroina, la cocaina, l'LSD. Solitamente si fa distinzione tra d. leggere e d. pesanti (...), distinzione fondata soprattutto sulla considerazione dei danni che le varie d. possono produrre sull'organismo di chi ne fa uso, e sulla condizione di dipendenza che esse tendono a indurre».

equivalenti, ma spesso non equipollenti: ‘tossicodipendenti/nza’ 131; ‘uso/uso abituale’ 39; ‘dipendenza’ 27; ‘assunzione/tore 10; ‘abuso’ 9; ‘alcolismo/sta’ 3; ‘tossicofilia’ (?) 3.

Il citato d.P.R. n. 309 del 1990 appare quindi essere molto coerente e attuale per l’anno in cui è stato redatto, ma il limite della norma risiede nel trascinare per decenni termini ormai obsoleti e più volte sostituiti nelle procedure diagnostiche con altri termini derivati dai frequenti progressi della ricerca. Il nodo centrale di questa disputa è rappresentato proprio dal ritardo di adozione delle nuove terminologie e delle nuove visioni offerte dalla scienza, anche di decine di anni. Ciò è la causa prima della frequente difficoltà di comunicazione interdisciplinare. Nei testi riportati nelle note a piè di pagina, solo per fare un esempio, viene citata la differenza tra ‘droghe leggere’ e ‘droghe pesanti’, che è stata abbandonata da decenni confluendo in un’unica categoria che è quella delle ‘sostanze stupefacenti’ ognuna ben caratterizzata e diversa dalle altre.

Si consideri anche la dizione ‘uso abituale/assuntore abituale’ (art. 73 c. 5-ter del d.l. 1° luglio 2013, n. 78): essa è equipollente al termine ‘tossicodipendente’? e l’alcol? A nostro avviso non lo può essere sia per la genericità dei termini che non identificano una vera e propria diagnosi, bensì una sorta di abitudine (una volta al mese? tre volte al giorno?). Un’altra riflessione merita anche il termine ‘psicotropo’, utilizzato nel T.U. stupefacenti, in quanto anche la caffeina contenuta nel caffè è un alcaloide psicoattivo e stimolante, anche se il DSM-V non indica uno specifico disturbo da uso di caffeina, evitando in questo modo di creare una categoria psicopatologica specifica. Lo stesso non vale per il tabacco che crea una forte dipendenza individuale, in quanto contenente un *mix* di sostanze psicotrope che viene considerato alla stessa stregua delle sostanze stupefacenti e dell’alcol.

Oltre l’espressione ‘uso abituale’, altri esempi di denominazioni incoerenti rispetto ai canoni scientifici attuali sono: il termine ‘abuso’, utilizzato per le sanzioni amministrative previste nell’art. 75 e 75-bis d.P.R. n. 309 del 1990, l’espressione ‘stato di tossicodipendente o alcol-dipendente’ di cui agli artt. 89 c. 2, 94 e 90 d.P.R. n. 309 del 1990, il termine ‘ubriachezza’ e l’espressione ‘comportamento sotto azione degli stupefacenti’ (preordinati alla commissione di reato o a precostitu-

zione di una scusante per l'aumento della pena) di cui agli artt. 92 e 93 c.p., la 'dedizione alle sostanze stupefacenti' di cui all'art. 94 c.p., la 'cronica intossicazione', come condizione per la riduzione o l'esclusione di imputabilità *ex art.* 95 c.p., la locuzione 'abuso abituale di bevande alcoliche e di stupefacenti' riguardo all'inabilitazione o interdizione *ex art.* 415 c.c.

Anche nello specifico caso dell'alcol numerosi sono gli esempi a tale proposito nell'ambito del Codice penale: si considerino, infatti, le espressioni "piena ubriachezza" (art. 91, c. 1 c.p.), "se l'ubriachezza non era piena, ma tale da scemare... grandemente la capacità di intendere..." (art. 91 c. 2 c.p.), "ubriachezza non derivata da caso fortuito..." (art. 92 c. 1 c.p.), "ubriachezza abituale... dedito all'uso di bevande alcoliche... ubriaco abituale... frequente ubriachezza..." (art. 94 c.p.), "cronica intossicazione da alcol o da sostanze stupefacenti..." (artt. 95, 88 e 89 c.p.).

La norma ha fortemente posto l'esigenza di definire e chiarire la differenza tra stato di 'cronica intossicazione' determinato dall'uso di alcool e stato di 'ubriachezza abituale' (art. 94 c.p.), per i quali il legislatore ha predisposto un trattamento differenziato. Infatti, nel primo caso non c'è imputazione, mentre per la seconda ipotesi si prevedono aumenti di pena.

La Corte costituzionale, con la sentenza del 9 aprile 1998, n. 114, ha chiarito che la cronica intossicazione si differenzia dalla ubriachezza abituale in quanto questo è un dato irreversibile ovvero, in questo caso, i fenomeni tossici sono stabili, persistendo anche dopo l'eliminazione dell'alcool assunto e di conseguenza la capacità del soggetto può essere permanentemente esclusa o grandemente scemata, mentre nell'ubriachezza abituale i fenomeni tossici non sono onnipresenti, venendo meno negli intervalli di astinenza, durante i quali il soggetto riacquisterebbe la capacità d'intendere e di volere.

Nella stessa definizione di 'droga' fornita dall'enciclopedia Treccani, si fa riferimento alla 'pesantezza' di una droga rispetto a un'altra in relazione ai danni e al grado di dipendenza che possono singolarmente indurre. Anche in questo caso, laddove il parametro sia il possibile danno, nella complessa valutazione di esso, l'alcol, pur non essendo considerato una droga, ma rientrando notoriamente nelle sostanze psicotrope

ed equiparato alle stupefacenti (per esempio, per quanto riguarda l'ammissione alle misure alternative), è quella sostanza che più di ogni altra risulta dannosa per l'uomo e per la società²⁰, anche se con alcune differenze per Paesi, etnie ed età. Per il computo dei danni da droghe nel grafico sottostante sono stati considerati diciassette diversi parametri (v. *sub* Tab. IV).

Considerevoli dal punto di vista del miglioramento della comunicazione nel contesto della giustizia sono da considerarsi i progetti che hanno coinvolto direttamente l'Accademia della Crusca, come quello della "Risposta al quesito sulla scrittura rispettosa della parità di genere negli atti giudiziari posto all'Accademia della Crusca dal Comitato Pari opportunità del Consiglio direttivo della Corte di Cassazione"²¹, l'organizzazione di un corso di perfezionamento sulla scrittura del diritto²², il corso per una nuova scrittura del provvedimento giudiziario²³ e il corso di perfezionamento per giornalisti, per raccontare le leggi e la giustizia²⁴.

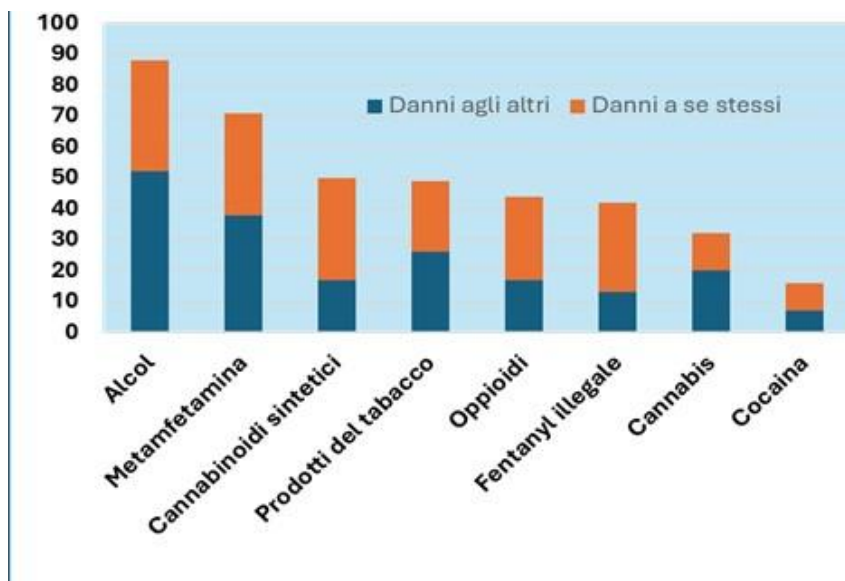
²⁰ AA.Vv., *The New Zealand drug harms ranking study: A multi-criteria decision analysis*, in *J Psychopharmacol.*, 2023, 37, 891.

²¹ V. quesito all'indirizzo: <https://accademiadellacrusca.it/it/contenuti/titolo/31174>.

²² Cfr. <https://accademiadellacrusca.it/it/contenuti/titolo/31132>.

²³ Cfr. <https://accademiadellacrusca.it/it/contenuti/titolo/30003>.

²⁴ Cfr. <https://accademiadellacrusca.it/it/contenuti/titolo/15339>.



Tab. IV: Uso di droghe. Danni a sé stessi e alla popolazione generale.

Altri esempi terminologici che possono aumentare la difficoltà di comunicazione e interpretazione sono rappresentati dai termini derivati dall'anglosassone e "italianizzati" in neologismi usualmente non riportati dai vocabolari, anche se sul sito dell'Accademia della Crusca è presente una specifica sezione a questi dedicata²⁵. Uno dei termini che sta diffondendosi nell'uso comune è 'misuso', derivato dall'inglese *misuse*, che il vocabolario dell'Accademia della Crusca considera sinonimo di 'abuso', termine ormai esso stesso obsoleto dopo l'introduzione del DSM-V. In inglese questo termine viene descritto nella sua forma verbale come «to use something in the wrong way or for the wrong purpose»: usare qualcosa nel modo sbagliato o per lo scopo sbagliato. Dal punto di vista sanitario il termine ha un significato molto generico e può comprendere differenti comportamenti di consumo. Un esempio potrebbe essere quello di continuare una regolare prescrizione medica oltre il periodo previsto o in dosi o forme di assunzioni diverse da quelle medicalmente previste. Ovviamente il termine, non indicando una

²⁵ Cfr. <https://accademiadellacrusca.it/it/contenuti/parole-nuove/7092>.

condizione clinica specifica, deve essere decodificato con una diagnosi di dettaglio. L’Agenzia del Farmaco, proprio per chiarire queste necessità si è espressa in proposito definendo il misuso e spiegando che esso «si riferisce a situazioni in cui il medicinale è usato intenzionalmente ed in modo inappropriato non in accordo con le condizioni di autorizzazione»²⁶. Le cause del misuso sono correlate al sottodosaggio di farmaci sostituiti in corso di terapia controllata e la necessità di aumentarne le quantità assunte, raggiungere migliori effetti euforizzanti o antidepressivi o la riduzione di un dolore fisico, quindi un’automedicazione con un rationale di partenza perfettamente legittimo e che può riguardare qualsiasi farmaco. A tal proposito ricordiamo episodi mortali in età pediatrica per sovraccarico di antiinfiammatori (paracetamolo) da parte dei genitori. Un ulteriore meccanismo di misuso si ottiene con l’interpellare diversi medici che prescrivono il farmaco indipendentemente uno dall’altro, con il risultato di disporre di più ricette ‘valide’. Sono questi pazienti che inducono una relazione terapeutica molto complessa per il rapporto fiduciario che deve essere istaurato e sempre tenuto conto del rischio di *overdose* a cui si espongono. A tale proposito sono stati definiti alcuni programmi specifici di prevenzione²⁷.

Un altro termine che sta acquisendo spazi nella discussione sulle dipendenze è quello di *diversion* che sempre secondo l’*Oxford Dictionary* descrive «the act of changing the direction that somebody or something is following or what something is used for», cioè: l’atto di cambiare la direzione che qualcuno o qualcosa sta seguendo o lo scopo per cui qualcosa viene utilizzato. Nell’ambito delle patologie da dipendenza la ‘diversione’, parola che non viene però usata nella versione italiana, indica che un medicinale (legale) viene invece ottenuto attraverso vie illecite o illegali, utilizzando una prescrizione destinata a un’altra persona, rubandolo o acquisendolo attraverso canali illegali o non control-

²⁶ La definizione dell’AIFA è reperibile all’indirizzo https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/Procedura_Operativa_RLFV_ottobre-2018.pdf; in argomento v. anche A. CASATI, R. SEDEFOV, T. PFEIFFER-GERSCHEL, *Misuse of medicines in the European Union: a systematic review of the literature*, in *Eur Addict Res.*, 2012, 18, 228.

²⁷ S. HEBARD, G. WEAVER, W.B. HANSEN, S. RUPPERT, *Evaluation of a Pilot Program to Prevent the Misuse of Prescribed Opioids Among Health Care Workers: Repeated Measures Survey Study*, in *JMIR Form Res.*, 2024, 12, 8.

lati (*internet*, mercato nero). Talvolta si riscontrano *mix* di farmaci raccolti con prescrizioni (legali) diverse²⁸.

Il misuso e la *diversion* sono due fenomeni molto frequenti nel percorso di presa in carico della persona che consuma stupefacenti e talora possono costituire un quesito giuridico per l'incertezza diagnostica di dipendenza e l'ammissibilità alle misure alternative. Anche altri termini di derivazione anglosassone sono diventati di uso comune nell'ambito del linguaggio non specialistico (*stress*, *borderline*, *test*, *follow up*, *addiction*, ecc.) e ciò ha contribuito talora a confondere pensieri e significati. Il termine che forse riveste un ruolo primario nell'ambito di una visione moderna delle patologie da dipendenza è *addiction*. Il significato che assume nella versione inglese il termine *addict* è «a person who is unable to stop taking harmful drugs or a person who is very interested in somethings and spends a lot of their free time on it», che letteralmente tradotto indica una persona che non riesce a smettere di assumere farmaci dannosi, o una persona che è molto interessata a qualcosa e trascorre gran parte del suo tempo libero su di essa. Con queste definizioni però si è ancora lontani dal suo significato clinico che invece è stato così riproposto:

Cronico o abituale uso di dispositivi, comportamenti o assunzione di sostanze chimiche che possano alterare lo stato fisico o mentale, con intenti non medicalmente controllati o ricercati.

Nel 1957 l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) varò la prima definizione di 'tossicodipendenza' che comprendeva sin da allora anche quella di 'alcoldipendenza', in quanto se ne riconobbe da subito la stretta connessione con gli stupefacenti, a fronte di una diversa legittimazione sociale e giuridica di non proibizione. Essa fu descritta quale

Condizione di intossicazione o periodico-recidivante, dannosa all'individuo ed alla società, prodotta dall'uso ripetuto di una sostanza chimica naturale o di sintesi. Sono sue caratteristiche: il desiderio incontrollabile di continuare ad assumere la sostanza e di procurarsela con ogni mezzo,

²⁸ S. CHIAPPINI, F. SCHIFANO, G. MARTINOTTI, *Prescribing Psychotropics: Misuse, Abuse, Dependence, Withdrawal and Addiction*, in *Front Psychiatry*, 2022, 18, 13.

la tendenza ad aumentare le dosi (tolleranza) e la dipendenza psichica e talvolta fisica dagli effetti della sostanza.

Nel corso degli anni si sono succedute molte modifiche di queste definizioni che hanno anche inciso sulla normativa degli Stati che le hanno adottate, non sempre in maniera opportuna o esatta²⁹.

Altre definizioni più recenti hanno evidenziato come la tossicodipendenza fosse descrivibile quale

Modulo comportamentale di uso di farmaci, caratterizzato da travolgente coinvolgimento nell'uso del farmaco (uso compulsivo), dagli espedienti per procurarselo e da un'elevata tendenza alle recidive dopo il disassamento.

L'ultima delle proposte di nomenclatura delle patologie da dipendenza (*addiction* della letteratura anglosassone) ci si presenta allo studio attraverso due pietre miliari della letteratura scientifica. La prima è l'ICD-XI (*International Classification of Diseases*), dove tutti gli stati patologici sono rigidamente classificati e definiti in precise categorie³⁰. Le patologie da *addiction* sono annoverate nel § 6, rubricato *Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders*.

L'altro importante testo di riferimento è il DSM-V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)³¹. Il «disturbo di uso da sostanze» è riconosciuto all'interno del DSM, ove viene definito come una condizione patologica che compromette in modo clinicamente significativo la qualità della salute e della vita della persona che fa uso di sostanze.

²⁹ Per un riepilogo dell'evoluzione di tali definizioni, si rimanda alla consultazione di *The Convention on Psychotropic Substances* (1971), in http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf; WHO, *Basic Principles for Treatment and Psychosocial Support of Drug Dependent People Living with HIV/AIDS*, Ginevra, 2006; WHO, *13th Report*, in https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42059/WHO_TRS_873.pdf?sequence=1.

³⁰ ICD-XI, *The Global Standard for Diagnostic Health Information* (2024), in <https://icd.who.int/en>.

³¹ Trad. it. M. BIONDI, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: DSM-IV*, Cortina, 2013.

I disturbi da uso di sostanze in genere includono una serie di comportamenti nei quali le persone continuano a utilizzare una sostanza (per esempio una sostanza per uso ricreativo), nonostante i problemi causati dal suo uso. Rispetto al passato DSM-IV, che prevedeva la differenziazione tra abuso e dipendenza, ora il DSM-V non distingue queste due diverse diagnosi, ma le fonde in un unico *continuum* di vita di un ‘disturbo’, che viene misurato da ‘lieve’ a ‘grave’ e identificato per il mezzo di undici criteri diagnostici (indicatori quantitativi di gravità), suddivisi in quattro categorie (controllo sull’uso ridotto, compromissione sociale, uso rischioso, sintomi farmacologici). Gli indicatori di gravità possono cambiare nel corso del tempo in relazione ad altri parametri, quali l’intensità e la frequenza dell’uso. Inoltre, il cambiamento della gravità nel corso del periodo di osservazione è rilevabile dai riscontri anamnestici (v. *sub* Fig. 1), la valutazione specialistica e le osservazioni del clinico curante e i test biochimici. Gli individui che soddisfano due o più criteri entro un periodo di dodici mesi sono considerati affetti da un disturbo da uso di sostanze.

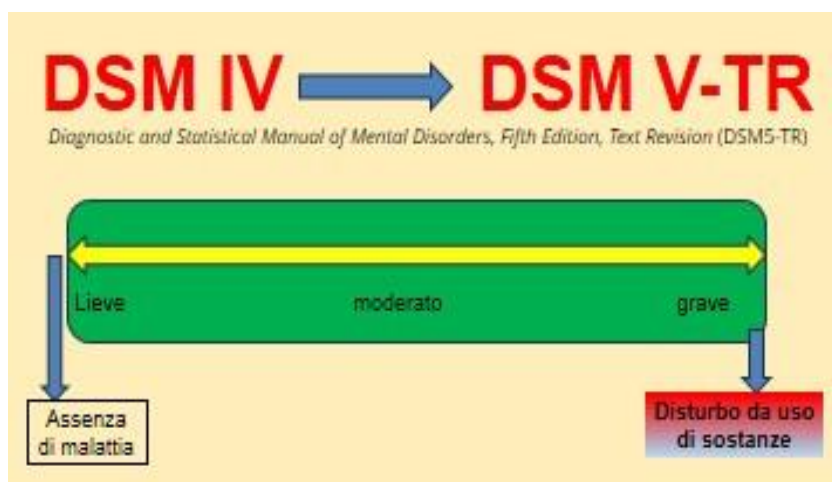


Fig. 1: Schema diagnostico per il Disturbo da Uso di Sostanze sec. DSM-V.

Un importante criterio diagnostico precedentemente riportato dal DSM-IV, ossia quello dei problemi legali ricorrenti e legati all’uso di sostanze, non è stato riconosciuto più come valido ed è quindi stato

espunto dal Manuale. Allo stesso tempo è stato inserito un nuovo criterio, quello del *craving*, quale forte desiderio incontrollabile di uso di una sostanza stupefacente. Per l'alcol i criteri sono simili.

Altresì, in relazione all'incessante aumento del numero di sostanze di nuova sintesi, o sostanze già note ma a concentrazioni diverse (maggiore) rispetto a quelle note e con l'intento di una maggiore capacità diagnostica, è stata creata la denominazione di "Disturbo Non Altrimenti Specificato" (NAS), al fine di permettere al curante di categorizzare un disturbo che non rientra completamente nei criteri diagnostici menzionati. Tutte le codifiche dei due sistemi ICD-XI e DSM-V sono dotate di tabelle di conversione per cui si può passare da una all'altra classificazione e si possono menzionare entrambe nell'ambito delle certificazioni cliniche.

Un'ulteriore e importante novità rispetto al passato è l'ampliamento del capitolo sui disturbi correlati all'uso di sostanze e che oggi include il disturbo da gioco d'azzardo. I disturbi da uso di sostanze coinvolgono un modello patologico di comportamenti in cui i pazienti continuano a usare una sostanza, nonostante vivano notevoli problemi legati al suo utilizzo. L'uso di droghe illegali, anche se problematico perché è illegale, non comporta sempre un disturbo da uso di sostanze. Ugualmente, le sostanze legali, come l'alcol e i farmaci da prescrizione (e la *cannabis*), possono essere coinvolte in un disturbo da uso di sostanze.

Emblematica appare la tematica del "Gioco d'azzardo patologico" (GAP), che veniva precedentemente definito come un 'disturbo del controllo degli impulsi', con comportamenti di gioco persistente, ricorrente e problematico e che avrebbe pregiudicato ogni attività personali, familiari o lavorative. Con il DSM-V si crea una nuova classificazione di questo disturbo, che è stato riclassificato nel gruppo delle dipendenze (*addictions*), proprio per la sua stretta somiglianza comportamentale a quella delle droghe in generale. L'attuale definizione è diventata «disordered gambling» (gioco problematico). Anche per questa specifica fattispecie non viene più considerata come criterio diagnostico quello di aver commesso atti illegali, quando invece questa ne è una frequentissima complicanza sociale. Proprio sul punto del gioco d'azzardo patologico torneremo più avanti per i recenti sviluppi normativi italiani.

Il tema della traduzione in lingue diverse dalla propria pone serie problematiche interpretative del valore scientifico delle condizioni cliniche legate alle patologie da dipendenza, ma anche di altri stati patologici e sociopatici. Il problema è stato recentemente affrontato dall'Unione europea con la creazione di uno specifico *software* di traduzione indirizzato soprattutto ai documenti prodotti e tradotti e che riguardano normative da attuare omogeneamente nei diversi paesi. Il *software*, gratuito per gli utilizzatori, viene frequentemente aggiornato sino alla attuale versione (13.3) e prevede l'*upload* anche di interi documenti³².

I termini utilizzati professionalmente non rappresentano soltanto freddi strumenti tecnici con cui produrre sentenze o diagnosi, ma possono e devono essere considerati dei veri e propri strumenti terapeutici e il loro "misuso", oltre che compromettere il rapporto con il terapeuta, può indurre comportamenti ulteriormente inidonei da entrambe le parti. È proprio sulla base di tali considerazioni che è nata la necessità del *person-first language*, cioè un linguaggio che ponga al primo posto la persona che si ha di fronte e che non la identifichi con il suo disturbo. Un esempio negativo di questo atteggiamento ci viene dalla pessima abitudine di alcuni curanti di definire "sporco" o "pulito" il proprio paziente (e i suoi fluidi biologici), se ha fatto uso o meno di una sostanza stupefacente. Ugualmente per la terapia che ha in atto che potrebbe essere "sporcata" dall'uso di stupefacenti. Un altro esempio dell'importanza di una posizione neutra da parte dei curanti rispetto al problema del paziente ci viene dal fatto che alcuni medici considerano i disturbi da uso di alcol una questione almeno in parte di debolezza morale o personale. In tal caso saranno di conseguenza portati a considerare questo disturbo come un 'vizio' e non una malattia. Il trattamento che ne deriverà potrà essere non appropriato. Queste etichette verbali possono influenzare diagnosi e terapia con riflessi sui processi giurisdizionali: *in nomen omen* (il destino nelle parole).

³² Il *software* è consultabile all'indirizzo <https://webgate.ec.europa.eu/etranslation/public/welcome.html>.

Una attenzione particolare andrebbe riservata alle persone in carcere e agli *ex* detenuti³³. Un linguaggio rispettoso è determinante per ridurre il danno e la sofferenza. Gli operatori sanitari, i ricercatori e i decisori politici che lavorano con le persone coinvolte nel sistema di giustizia penale devono essere guidati da un linguaggio costruttivo e umanizzante che coinvolga le persone e rispetti le loro preferenze con un linguaggio privo di stigmatizzazione. L'uso di termini problematici deve essere evitato perché non trasmette rispetto e deve porsi contestualizzandosi a quello specifico ambiente socio-culturale. Un'attenzione particolare va posta nella frequente doppia denominazione di "detenuto-paziente", di cui si sconsiglia l'uso perché solleva il tema della confusa considerazione da parte del personale sanitario a cui non deve interessare la condizione giuridico-processuale, ma solo quella relativa alle proprie competenze. Il linguaggio e la terminologia che utilizziamo sono particolarmente importanti quando si tratta di condizioni altamente stigmatizzate come quelle relative all'alcol e ad altre droghe. La ricerca scientifica ha dimostrato che, se ne siamo consapevoli, l'uso di determinati termini genera implicitamente pregiudizi che possono influenzare la formazione e l'efficacia delle nostre politiche sociali e di sanità pubblica nell'affrontarli. Tali ricerche hanno reso difficile banalizzare o liquidare il dibattito terminologico come mera semantica o come una preferenza linguistica per una certa correttezza politica.

7. La diagnosi, la certificazione, l'idoneità al programma terapeutico

Il d.P.R. n. 309 del 1990 e il Codice penale affrontano il tema della certificazione di diagnosi di dipendenza in diversi punti, come agli artt. 75, 76, 121, 122, 123 (segnalazione ai Ser.D.), agli artt. 89, 90, 94 (per l'ambito giudiziario e penitenziario) e all'art. 124 (lavoratori tossicodipendenti), all'art. 125 (per i lavoratori con mansioni a rischio), all'art. 108, 109, 110 (per l'ambito militare) e all'art. 415 c.c. (inabilitazione).

³³ N.T. TRAN, S. BAGGIO, A. DAWSON et al., *Words Matter: a Call for Humanizing and Respectful Language to Describe People Who Experience Incarceration*, in *BMC Int Health Hum Rights*, 2018, 18, 41.

Uno dei punti centrali per l'applicazione delle misure alternative in corso di detenzione di un paziente con una patologia da dipendenza è la diagnosi clinica e la sua certificazione, quale presupposto alla stesura di un piano terapeutico esterno che deve essere personalizzato, multimodale e controllato. L'idoneità del servizio sanitario pubblico ne certifica la validità. Il certificato di alcol-tossicodipendenza assume un carattere centrale e di *conditio sine qua non* per l'applicazione della misura e, quindi, la responsabilità professionale del certificatore (o meglio, dell'*équipe* certificante) è rilevante, quanto i casi di falsificazione di tali atti. La responsabilità del certificatore è sancita con gli artt. 480, 481 e 493 c.p., che prevedono delle pene elevate. Ciò induce tutti coloro che sono nella filiera certificatoria ad adottare tutte le prudenze e la professionalità richiesta in questi casi per non incorrere in gravi sanzioni. Ma, ancora una volta, la noma non aiuta affatto a disporre di linee di indirizzo diagnostico che mettano al riparo l'operatore anche da involontari errori o errate valutazioni. A tutt'oggi esiste una sola norma che prevede quali siano i parametri da considerare per tali certificazioni. Il d.m. del 12 luglio 1990 (!), n. 186, promulgato negli anni dell'uso prevalente di eroina per via endovenosa, elenca cinque criteri diagnostici per tali certificazioni (oggi totalmente obsoleti per quanto esposto precedentemente):

1. riscontro documentale di trattamenti sociosanitari e per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche o private, soccorsi ricevuti da strutture di P.S., di ricovero per patologie correlate all'abuso abituale di sostanze stupefacenti, di precedenti accertamenti medico-legali;
2. segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente;
3. sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti;
4. sindrome da astinenza in atto;
5. presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti.

Il variare delle prevalenze di sostanze stupefacenti, anche di nuova sintesi, la drastica diminuzione dell'impiego per via venosa, l'estrema variabilità della sindrome di astinenza e la frequente assenza di segni di assunzione abituale di sostanze, rende inattuale e inapplicabile tale decreto e se ne auspica un aggiornamento.

Oggi tali certificazioni non solo non hanno uno *standard* di riferimento, ma presentano amplissime variazioni compilative da un servizio all'altro e solo raramente le regioni hanno fornito indicazioni per tale fine. È doveroso fare un'annotazione a tale proposito e in merito al *gap* temporale che esiste tra progressi scientifici e assunzione di questi nel corpo delle norme giuridiche.

Con il d.lgs. del 10 ottobre 2022, n. 150, all'art. 31, per la prima volta dalla pubblicazione del DSM-V e dall'ICD-XI, una legge italiana ha applicato le definizioni scientifiche più recenti rispetto alla malattia da dipendenza. In particolare, ci si riferisce alla condanna a pena sostitutiva che stabilisce che:

Il giudice può acquisire altresì, dai soggetti indicati dall'articolo 94 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, la certificazione di disturbo da uso di sostanze o di alcol, ovvero da gioco d'azzardo e il programma terapeutico, che il condannato abbia in corso o a cui intenda sottoporsi.

Non solo sono adottate le giuste terminologie, ma per la prima volta viene riconosciuto che esiste una dipendenza senza sostanza, ovvero da gioco d'azzardo patologico.

8. *Alcune sommarie conclusioni*

La popolazione mondiale detenuta è in crescita: oggi giorno vi sono circa undici milioni di persone in carcere e tre milioni di persone in custodia cautelare. Circa trenta milioni di persone sono rilasciate dalle carceri e tornano nelle comunità sociali ogni anno. I 'drug users' rappresentano da uno a due terzi delle persone detenute nel mondo, il che rende la droga un problema centrale. La percentuale di recidiva e reincarcerazione per conseguente condanna detentiva è particolarmente elevata per i soggetti con 'a drug problem' e molti pochi ricevono un trattamento specialistico. La diagnosi di alcol-tossicodipendenza presenta ancora rilevanti difficoltà concettuali, pratiche, di formazione e di uniformità della raccolta dei dati. In particolare, il triennio 2020-2022, con la pandemia da Covid-19, ha indotto profonde modifiche nei con-

sumi di sostanze stupefacenti e alcol; quindi, i relativi dati devono essere considerati con estrema attenzione. È necessario un nuovo orientamento delle politiche carcerarie che implementino i trattamenti e la riduzione del danno al fine di proteggere la salute delle persone detenute e della popolazione generale. La stima esatta del problema delle droghe costituisce un fondamentale fattore di programmazione nazionale, regionale e aziendale soprattutto per le misure alternative e per le dotazioni organiche delle unità operative di medicina penitenziaria. È sempre più necessario investire in ricerche mirate che riducano i numerosi *bias* o personalismi diagnostici che inficiano l'attendibilità generale dei dati a disposizione del *policy maker*. È necessario un coinvolgimento precoce delle famiglie e delle risorse locali (lavoro, *peer-support*, ecc.) prima della fine della pena e prima dell'uscita dal carcere, così come è essenziale l'individuazione di efficaci indicatori di valutazione terapeutica (ricadute, abbandoni, reati...) con cui calibrare le modifiche terapeutiche. La formazione degli operatori dovrà essere congiunta, condivisa, bidirezionale e interprofessionale. La correlazione tra patologia psichiatrica e consumo di sostanze stupefacenti appare altamente significativa. Non disponiamo ancora di trattamenti specifici per questa comorbilità; è necessario adattare gli specifici trattamenti *evidence-based* ai diversi sintomi. L'assistenza deve essere programmata a lungo termine con un forte aggancio terapeutico; in particolare, i piani terapeutici dovranno essere personalizzati (multimodali, integrati, controllati), anche nella previsione di obiettivi specifici e realistici (astinenza, *metadone long term*, ecc.). Il "Piano Nazionale d'azione nazionale per le Dipendenze 2021-2025" (PAND) rappresenta uno strumento centrale e strategico da implementare e diffondere³⁴.

³⁴ Il piano è consultabile all'indirizzo: https://www.pand-dpa.it/wp-content/uploads/2022/11/PAND___booklet_A4_digital.pdf.

ANALISI ECONOMICA DEL DIRITTO PENALE E MISURE ALTERNATIVE PER TOSSICODIPENDENTI

Francesca Pesce

SOMMARIO: 1. Introduzione: l'analisi economica come nuovo approccio al diritto penale. 2. Analisi economica del diritto penale dalla teoria alla pratica: il livello di efficienza delle opzioni normative in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata. 2.1. Gli obiettivi della ricerca, i dati analizzati e le fonti. 2.2. La definizione di tossicodipendenza e il decorso della malattia come punto di partenza. 2.3. L'importanza dell'analisi dei dati socio-demografici. 2.4. Il metodo della ricerca. 2.5. I risultati della ricerca. 3. Conclusioni.

1. Introduzione: l'analisi economica come nuovo approccio al diritto penale

Il contributo che spero di offrire è un nuovo punto di vista con cui affrontare il tema di questo interessantissimo convegno, un nuovo approccio: quello dell'analisi economica del diritto penale e delle sue possibili applicazioni.

In particolare, vorrei offrire degli spunti di riflessione illustrando il metodo e gli esiti di una ricerca che ho condotto per valutare il livello di efficienza delle opzioni normative in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata applicando i principi e i modelli dell'analisi economica del diritto penale.

Questa “nuova” branca della scienza economica – questo ulteriore approccio/metodo di studio del diritto penale – nasce negli anni Cinquanta e Sessanta, prevalentemente ad opera di economisti statunitensi, come strumento in grado di assistere i formanti legislativo e giurisprudenziale nella produzione, correzione e razionalizzazione del diritto vigente.

L'approccio economico al diritto penale consiste nell'impiego di principi e modelli economici per comprendere e spiegare: il diritto pe-

nale, le istituzioni giuridiche e le regole che governano i rapporti interindividuali.

L'imprescindibile punto di partenza di questo approccio al diritto penale è la consapevolezza che ogni stato disponga di risorse limitate per raggiungere gli obiettivi prefissati e che le leggi sono un mezzo (costoso nella sua applicazione) utilizzabili per perseguire gli obiettivi e fissano dei prezzi impliciti per determinati comportamenti una volta scelti i valori e i beni giuridici da tutelare. Per tali ragioni è evidente come le leggi debbano essere valutate anche in termini di efficienza per ottenere una razionale ed efficiente allocazione delle risorse.

La storia dell'analisi economica del diritto penale mostra il graduale tentativo di applicare gli strumenti della microeconomia allo studio del diritto. La microeconomia è infatti materia dotata di una forte componente di teoria dei comportamenti umani e sociali nonché di strumenti analitici proficuamente utilizzabili al fine di valutare l'efficienza allocativa delle norme giuridiche.

L'obiettivo fondamentale dell'analisi economica del diritto è fornire strumenti di valutazione delle norme, che permettano di comprendere come investire in modo razionale ed efficiente le risorse statali, allocandole in modo coerente all'obiettivo di massimizzazione del benessere collettivo, nel rispetto della tutela dei diritti fondamentali dell'uomo.

L'efficienza è dunque il criterio principe di questo approccio e deve essere intesa come capacità delle norme penali di ottenere il massimo risultato possibile in termini attenuazione e arginamento di fenomeni criminali e dei costi sociali che ne derivano, al minor costo possibile.

Costo che, a dispetto delle numerose critiche mosse contro questo metodo di analisi delle norme, non è inteso in modo meramente economico e monetizzabile, ma comprende oltre agli investimenti economici pubblici anche i costi sociali e umani, quali quelli derivanti dalla compressione dei fondamentali diritti dell'uomo.

L'applicazione di categorie economiche permette di verificare, innanzitutto, l'opportunità di utilizzare lo strumento penale per perseguire un dato obiettivo. In secondo luogo, consente di valutare se le norme vigenti raggiungano il loro scopo e soprattutto a quale costo sociale, con particolare attenzione alla tutela dei diritti fondamentali dell'uomo. Infine, consente di ipotizzare come dovrebbero essere strutturate le leg-

gi in fase di creazione. Tale approccio è perfettamente coerente con quello che dovrebbe essere l'obiettivo principale di ogni sistema giuridico: la razionale ed efficiente allocazione delle risorse statali per il perseguimento del benessere sociale la cui applicazione determina costi elevati. La realtà purtroppo è molto diversa.

Quello che emerge è che gli Stati e i loro Governi sottovalutano costantemente questo importantissimo dato oggettivo, per lasciarsi influenzare dalle suggestioni opportunamente create e fomentate, e soprattutto, mossi da finalità diverse rispetto al perseguimento del benessere sociale.

Ne conseguono i numerosi fattori patologici propri di quel fenomeno critico definito 'crisi della legge' come la cronica ipertrofia normativa, totalmente inadeguata e incapace di dare risposte coerenti e concrete alle esigenze della società; le ormai sempre più frequenti legislazioni di emergenza che fungono da meri palliativi e ingannevoli risposte per le aspettative emotive di una società allarmata, e che, quasi sempre, aprono veri e propri squarci nelle premesse fondanti il nostro ordinamento, comprimendo in modo inaccettabile i diritti fondamentali dell'uomo; e, infine, le leggi "manifesto", frutto di una demagogia mediatica sconfinata, ormai incontrollabile, che mirano a ottenere un effimero consenso 'non informato' e premono pericolosamente contro i sacri confini dello statuto dei diritti costituzionali e palesemente non hanno come priorità l'interesse della *res publica*.

Quello che effettivamente avviene a livello politico è una concentrazione degli sforzi sulla propria reattività, successiva e conseguente alla commissione di un crimine, attraverso una serie di azioni prodromiche al processo e alla comminazione della pena senza alcun investimento nella finalità preventiva, deterrente e riabilitativa.

Alla luce delle ricerche svolte, è possibile affermare che l'analisi economica del diritto penale possa offrire al legislatore un antidoto alla crisi della legge, un essenziale apporto per tre fondamentali motivi: 1) si fonda sul criterio dell'efficienza, 2) impone lo studio approfondito e analitico dei fenomeni criminali da gestire e arginare: l'analisi scientifica dei dati oggettivi e delle statistiche disponibili in tema di criminalità, 3) è in grado di individuare in modo oggettivo e razionale, in assenza di influenze emotive e mediatiche, i punti di forza e le debolezze

delle strategie politico-criminali attuate per combattere i fenomeni sociali che ci affliggono e preoccupano.

2. Analisi economica del diritto penale dalla teoria alla pratica: il livello di efficienza delle opzioni normative in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata

2.1. Gli obiettivi della ricerca, i dati analizzati e le fonti

L'obiettivo generale della ricerca era quello di valutare in modo scientifico il livello di efficienza delle opzioni normative in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata.

Il fine ultimo della ricerca era informare e sensibilizzare sul tema della tossicodipendenza (entità reale del fenomeno) e delle persone affette da tossicodipendenza (eziologia della malattia e analisi dei dati sociodemografici) e offrire elementi per contribuire a indicazioni di opportunità di investimento pubblico idoneo a perseguire un effettivo miglioramento nel contrasto ai fenomeni della tossicodipendenza e della criminalità correlata nel territorio della Provincia autonoma di Trento.

Nello specifico, l'obiettivo della ricerca svolta era comprendere quale fosse il ruolo della sottoposizione a misura alternativa alla detenzione *ex art. 94 del d.P.R. n. 309 del 1990* per i soggetti con diagnosi di tossicodipendenza che abbiano commesso un reato rispetto al tasso di recidiva tossicomantica; al tempo senza recidiva tossicomantica (periodo *drug free*); al tasso di recidiva criminale; alla tenuta media del percorso e al suo ruolo relativo rispetto alla sottoposizione alla sanzione penale in carcere. Trattandosi di valutazione del livello di efficienza si sono ovviamente analizzati anche i costi nella prospettiva del *payer* pubblico.

La popolazione in analisi era costituita da tutte le persone maggiorenti con diagnosi di tossicodipendenza precedente o contestuale alla condanna penale per la commissione di un reato che nel periodo 2008-2015 avessero subito detenzione e trattamento ambulatoriale o misura alternativa. Il periodo di valutazione è stato congruo con il *follow-up* e idoneo al verificarsi di eventuali recidive tossicomantiche, andando dal 2008 al 2015. Le fonti dei dati sono state essenzialmente: i Ser.D. della

Provincia autonoma di Trento (archivio informatico *Ippocrate* sulle persone assistite con diagnosi di tossicodipendenza), le cancellerie penali del Tribunale di Trento per la registrazione di eventuali condanne successive alla precedente e del Tribunale di Sorveglianza, le Comunità Terapeutiche Riabilitative e la Casa Circondariale di Spini di Gardolo per la ricostruzione dei costi nella prospettiva del *payer* pubblico.

I dati ottenuti sono stati anonimizzati prima del loro impiego ai fini di analisi.

2.2. *La definizione di tossicodipendenza e il decorso della malattia come punto di partenza*

Coerentemente al primo obiettivo di sensibilizzazione sul tema e all'approccio dell'analisi economica del diritto, che impone lo studio approfondito di tutti i fenomeni che si intendono arginare attraverso le leggi, ho ritenuto doveroso soffermarmi sulla definizione e la natura della tossicodipendenza e sui dati sociodemografici delle persone analizzate. Ciò per evidenziare un lampante scostamento dalla realtà dei toni allarmistici ed emergenziali che frequentemente deviano la percezione sociale.

Il punto di partenza per una analisi scientifica è necessariamente la definizione della tossicodipendenza fornita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

La tossicodipendenza per l'OMS è una malattia-entità patologica complessa con componenti fisiche e psichiche ad andamento cronico e recidivante che 'spinge' l'individuo ad assumere sostanze stupefacenti in dosi costanti o crescenti, per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza. Le cause possono essere biologiche, psicologiche e sociali: influenza della famiglia e della società e alla disponibilità di sostanze psicoattive, su persone dalle specifiche caratteristiche psicologiche e – probabilmente – neurobiologiche.

Le conseguenze possono essere biologiche, psicologiche e sociali: come effetti psicotropi, dipendenza, tolleranza, patologie correlate, tratti di personalità che il tossicomane sviluppa, problemi familiari, relazionali, occupazionali e giudiziari. Secondo il *Diagnostic and Statisti-*

cal Manual of Mental Disorders, la dipendenza da sostanze è caratterizzata dalla presenza di almeno tre dei seguenti criteri manifestati nell'arco di un anno: astinenza manifestata con effetti fisici o psicologici negativi nel momento in cui l'individuo smette di assumere la sostanza o ne riduce la quantità; assunzione della sostanza in quantità maggiori e per periodi di tempo più prolungati rispetto al previsto (fenomeno della cosiddetta tolleranza), poiché l'uso costante della sostanza rende l'organismo meno sensibile e l'effetto della sostanza tende a diminuire; investimento di una gran quantità di tempo in attività necessarie a procurarsi la sostanza o a riprendersi dai suoi effetti; interruzione o riduzione della partecipazione a molte attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza; uso continuativo della sostanza nonostante i problemi psicologici o fisici da essa prodotti o acuiti; uso eccessivo della sostanza e tentativi infruttuosi di sospendere o controllare l'uso della stessa.

Anche la conoscenza del decorso della malattia è necessaria e imprescindibile per comprendere quali siano i risultati concretamente possibili. Un terzo delle persone affette da tossicodipendenza giunge a guarigione con una presumibile *restitutio ad integrum* senza alcun intervento terapeutico o con un minimo intervento terapeutico appropriato. Due terzi delle persone affette da tossicodipendenza giungono a cronicizzazione con persistenza dei sintomi per più di sei mesi.

Di questi, una parte, con un intervento terapeutico appropriato, può raggiungere una condizione di 'malattia asintomatica' caratterizzata dall'assenza di segni e sintomi per mesi, anni o decenni verso una forma cronica evolutiva. Mentre la restante parte, purtroppo, sviluppa quella che si definisce 'dipendenza cronica recidivante' e presenta fasi alterne caratterizzate da stabilizzazioni e ricadute più o meno frequenti e di durata variabile.

2.3. *L'importanza dell'analisi dei dati socio-demografici*

Di fondamentale importanza risultano infine i dati sociodemografici raccolti. Sul territorio della Provincia autonoma di Trento, analizzando gli anni dal 2008 al 2015, si rileva quanto segue. Le persone affette da tossicodipendenza sottoposte a misura alternativa alla pena detentiva ai

sensi dell'art. 94 del d.P.R. n. 309 del 1990 nel periodo 2008-2015 erano 189, di cui 169 uomini e 20 donne. Delle 189 persone in misura alternativa alla detenzione 165 sono italiane, 24 non italiane. Rispetto al tasso di scolarità si è rilevato un livello molto basso: la maggior parte delle persone ha la licenza media inferiore (105), 17 hanno conseguito il diploma in scuole professionali e 13 il diploma di scuola media superiore.

La situazione lavorativa rilevata evidenzia come la maggior parte dei casi noti sia disoccupata (71) a cui si aggiungono 15 persone sottoccupate, mentre hanno una occupazione stabile 61 persone. Per quanto attiene la situazione dei genitori si evidenzia come la maggior parte siano conviventi (68), 34 siano separati/divorziati, 32 vedovi e 12 deceduti. I problemi familiari riguardano soprattutto uso/abuso di sostanze stupefacenti (40) e disturbi mentali (7). I reati maggiormente commessi dalle persone sottoposte alla misura alternativa alla pena sono: spaccio di sostanze stupefacenti (102), furto (38), rapina (13), lesioni (9) e offesa a pubblico ufficiale (8).

Nel periodo analizzato, 2008-2015, le persone detenute con diagnosi di tossicodipendenza da sostanza stupefacente sono 274, di cui 245 uomini, 29 donne, 167 italiani e 107 non italiani. La loro età media al momento dell'accesso in carcere è di 35,32 anni. La maggior parte dei detenuti affetti da tossicodipendenza ha un'età compresa fra i 20 e i 30 anni (93 persone), seguita dalla fascia di età tra i 30 e i 40 anni (87) e da quella compresa fra i 40 e i 50 (69). Per quanto riguarda il tasso di scolarizzazione, si nota come anche in questo caso il livello sia piuttosto basso: la maggior parte dei detenuti con diagnosi (181) ha conseguito la licenza media inferiore, 29 il diploma di scuola media superiore e 18 la licenza elementare. Per quanto riguarda la situazione lavorativa, si riscontra come la maggioranza dei detenuti con diagnosi sia disoccupata (90), economicamente inattiva (80) o sottoccupata (45) e solo 47 erano occupati stabilmente prima di espriare la pena. Rispetto alla situazione genitoriale è emerso ancora una volta che la maggior parte dei detenuti con diagnosi ha genitori conviventi (114), seguiti da quelli divorziati (53), vedovi (52) e deceduti (32). In merito ai problemi familiari dei detenuti con diagnosi si rileva come per 34 famiglie siano stati ac-

certati problemi di uso/abuso di sostanze stupefacenti, 11 hanno rilevato problemi con la giustizia, 6 disturbi mentali e 2 tentati suicidi.

Attraverso le indagini sui dati socio-demografici dei soggetti che a vario titolo sono noti al sistema giudiziario per via della loro condizione di persone affette da tossicodipendenza, è possibile effettuare ulteriori approfondimenti rispetto alle reali condizioni psicofisiche e socio-familiari. Si è evidenziato al tal proposito come la maggior parte delle persone analizzate hanno espresso la compresenza di due o più dei seguenti fattori: 1) problemi nel nucleo familiare di origine legati all'abuso di sostanze stupefacenti, problemi psichici, problemi con la giustizia; 2) compresenza di alte patologie psichiatriche (comorbidità); 3) scarso livello di scolarizzazione; 4) scarso livello di occupazione.

Tali elementi devono seriamente essere valorizzati perché contribuiscono alla comprensione delle fragilità strutturali e dei comportamenti appresi che possono aver contribuito a determinare l'avvicinamento alle sostanze stupefacenti come soluzione di disagi irrisolti. Sono inoltre degli elementi indicativi utili ai fini dell'elaborazione di percorsi riabilitativi mirati e personalizzati concretamente idonei a perseguire l'obiettivo nel modo meno impattante a livello economico, sociale e soprattutto umano.

2.4. Il metodo della ricerca

Per quanto riguarda il metodo utilizzato per l'elaborazione dei dati, si è proceduto con un'analisi multivariata prospettica di sopravvivenza, successiva alla conclusione del percorso terapeutico. Si è utilizzato l'insieme di metodi statistici usati per analizzare simultaneamente più caratteri. Infatti, quasi nessun problema statistico è caratterizzato da una sola variabile e i fenomeni oggetto di studio sono spesso il risultato di molteplici elementi concomitanti che non è possibile controllare.

Passando ora all'analisi degli esiti della ricerca, è doveroso innanzitutto evidenziare come rispetto alla tematica del completamento (positivo), ovvero all'abbandono/revoca (negativo) della misura alternativa alla detenzione *ex art. 94 del d.P.R. n. 309 del 1990*, i dati raccolti hanno dimostrato un andamento complessivamente positivo, che, tuttavia, in-

duce a sviluppare una più profonda riflessione, se paragonato al dato nazionale sulle misure alternative previste dalla l. 26 luglio 1975 n. 354.

Infatti, il tasso di revoche delle misure alternative alla detenzione in Trentino è stato pari 21,69%, a fronte del 70,89% delle misure conclusesi positivamente (il restante 7,42% era ancora in corso durante la ricerca). Invero, molto diverse sono le percentuali di revoche riportate a livello nazionale per le misure alternative ‘comuni’ previste l. 26 luglio 1975 n. 354, non superando il 5,92%.

Questa notevole differenza nelle statistiche relative all’esito delle misure alternative specifiche per persone affette da tossicodipendenza rispetto a quelle previste per i condannati ‘comuni’, impone due importanti riflessioni. La prima riguarda il fatto che le persone affette da tossicodipendenza hanno certamente delle difficoltà e delle fragilità strutturali derivanti dalla loro malattia che condiziona pesantemente la loro capacità di autocontrollo e influenza negativamente i loro sistemi decisionali, la loro capacità di libera autodeterminazione. È facilmente intuibile, pertanto, come tali persone possano incontrare maggiori difficoltà nell’ottemperanza delle prescrizioni legate alle misure alternative e come ciò determini il più elevato tasso di revoche delle misure. La seconda conseguente riflessione riguarda le motivazioni specifiche dei provvedimenti di revoca delle misure alternative. È noto che una parte delle revoche delle misure alternative specifiche è dovuta a eventuali ricadute tossicomane. Nonostante non sia conosciuto il numero esatto di revoche per ricaduta tossicomane, sarebbe utile comprendere in che misura questo tasso di revoche, molto alto rispetto alle revoche per le misure ordinarie, sia dovuto a tale evento. A tal proposito è necessario, infatti, evidenziare una questione di fondamentale importanza: revocare una misura per un *test* tossicomane positivo significa in modo improprio punire un soggetto affetto da tossicodipendenza per la manifestazione di un sintomo della malattia, che è per sua natura cronica e recidivante. Questo tipo di decisioni frustra il senso della “riabilitazione” delle misure alternative *ex art.* 94 del d.P.R. n. 309 del 1990, nonché il senso profondo del concetto di tossicodipendenza quale malattia e non devianza criminale, con le sue peculiari conseguenze sulle persone che ne sono affette.

2.5. I risultati della ricerca

Gli esiti della recidiva tossicomantica *post* misura alternativa, se paragonati a quelli *post* detenzione, sono inequivocabilmente favorevoli alla misura alternativa: dopo la misura alternativa, il 62% delle persone ha avuto ricaduta tossicomantica contro l'87% dei detenuti a seguito dell'espiazione della pena.

Le frequenze statistiche elaborate hanno anche evidenziato una possibile correlazione fra la ricaduta tossicomantica e quella criminale *post* trattamento: dei 129 soggetti sottoposti al *test* tossicomamico il 37,98% (49) ha ottenuto riscontro negativo (dunque nessuna presenza di sostanze stupefacenti) e il 62,02% (80) ha avuto una ricaduta tossicomantica.

A seguito di *test* tossicomamico negativo, solo il 14,28% (7) ha avuto anche una ricaduta criminale, mentre l'85,72% (42) non ha commesso ulteriori reati. A seguito di *test* tossicomamico positivo, il 28,75% (in proporzione il doppio rispetto a chi aveva un *test* negativo) ha commesso un ulteriore reato, mentre il 71,25% (57) non ha avuto alcuna ricaduta criminale.

Un ulteriore risultato positivo della misura alternativa alla detenzione *ex art.* 94 del d.P.R. n. 309 del 1990 riguarda il tasso di recidiva criminale successivo al trattamento per le persone che erano già state dichiarate recidive prima della applicazione della misura alternativa. Si è infatti voluto verificare quale fosse il tasso di recidiva criminale *post* trattamento considerando anche la 'storia criminale' delle persone analizzate.

Dopo il percorso alternativo solo il 35% dei soggetti già recidivi ha commesso un ulteriore reato, mentre un numero quasi pari al doppio, il 65,12%, non ha commesso ulteriori reati dopo la misura.

Per quanto riguarda l'analisi del livello di efficienza tra la mera detenzione e la misura alternativa dell'affidamento in prova presso la Comunità Terapeutica si sono riscontrati i seguenti risultati.

Il dato prettamente economico evidenzia come a fronte di una spesa di circa 150 euro al giorno per il mantenimento di un detenuto in carcere, la spesa giornaliera per l'affidamento in prova presso le Comunità Terapeutiche è dimezzata, risultando infatti pari a 75,00 Euro.

Uno dei dati più rilevanti è indubbiamente quello che riguarda la tenuta media del periodo *drug free* una volta concluso il percorso e, conseguentemente, il dato che rappresenta il tasso di recidiva tossicomantica riscontrato alla fine dello stesso. Quello che si apprende rispetto a queste due importanti risultanze è che il periodo *drug free* medio per chi ha beneficiato della misura alternativa alla detenzione dell'affidamento in prova presso le Comunità Terapeutiche è di 345 giorni. Sebbene la durata media del periodo *drug free post* scarcerazione sia di fatto identica in termini di valori numerici a quella *post* misura alternativa in Comunità, essa è invero ottenuta con un investimento di tempo pari al doppio rispetto al percorso terapeutico in Comunità: 826 giorni di detenzione contro i 410 giorni di affidamento in Comunità e a un investimento economico pari al quadruplo di quanto investito per l'affidamento in prova presso le Comunità Terapeutiche: 150 euro per 826 giorni di detenzione contro 75 euro per 410 giorni in Comunità.

A ciò si aggiunga come il tasso di recidiva tossicomantica in seguito alla detenzione è più alto rispetto a quello riscontrato successivamente all'affidamento in prova presso le Comunità Terapeutiche: l'87% dei detenuti affetti da tossicodipendenza ha una ricaduta tossicomantica contro il 74% delle persone sottoposte a misura alternativa.

Un ulteriore e rilevante risultato che impone una riflessione è quello riscontrato in tema di ricaduta criminale successiva alla misura alternativa specifica e alla detenzione. Le frequenze statistiche raccolte durante la ricerca, sebbene limitate dall'impossibilità di avere accesso al casellario giudiziale per verificare l'eventuale commissione di reati fuori dal territorio trentino, hanno evidenziato come delle 189 persone che hanno beneficiato di una misura alternativa l'80% non ha reiterato la condotta criminale e solo 19% ha commesso un ulteriore reato dopo la fine della misura. Ciò risulta perfettamente coerente ai dati nazionali per l'anno 2017 sulle misure alternative 'comuni' disposte ai sensi degli artt. 47 e ss. della l. 26 luglio 1975 n. 354, secondo cui solo il 19% dei condannati in esecuzione penale esterna commette nuovi reati una volta estinta la pena (a fronte del 70% delle persone detenute).

Si pone anche in questo caso una interessante riflessione. Se a seguito del buon esito di una misura alternativa specifica una persona affetta da tossicodipendenza ha una probabilità di commettere un nuovo reato

del 19%, al pari di una persona sana che abbia beneficiato di una misura alternativa comune, è possibile affermare come si confermi il valore profondo del percorso riabilitativo e terapeutico che dimostra di essere concretamente in grado di far colmare-attenuare-superare le fragilità, le debolezze, “i cortocircuiti” determinati dalla tossicodipendenza.

3. Conclusioni

Concludendo, all’esito di tale elaborazione scientifica dei dati per la valutazione del livello di efficienza delle diverse opzioni normative in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata è possibile affermare quanto segue.

L’opzione normativa maggiormente efficiente rispetto al tasso di ricaduta tossicomana, alla durata del periodo *drug free*, alla tenuta del percorso e alla ricaduta criminale risulta essere la misura alternativa al carcere, in particolare l’affidamento in prova alla Comunità Terapeutica, che certamente esprime i migliori risultati al minor costo e che potrebbe giungere a risultati anche migliori, se si interviene sui numerosi aspetti ancora perfettibili.

I risultati dello studio dimostrano come sia questa la direzione da perseguire e sulla quale è opportuno e doveroso investire il denaro pubblico per ottenere il miglior risultato possibile a minor costo umano, sociale ed economico.

In questi termini ritengo davvero evidente l’utilità dell’approccio dell’analisi economica del diritto penale e dei suoi strumenti, come insieme di mezzi che possono aiutare a compiere scelte di politica criminale efficienti e come antidoto alla sempre più evidente e grave ‘crisi della legge’.

GIUSTIZIA PENALE, MISURE ALTERNATIVE E PRESTAZIONI SANITARIE PENITENZIARIE NELL'AMBITO DELLA DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE

Maurizio Sgrò

SOMMARIO: 1. Gli elementi programmatici per una migliore gestione dei detenuti tossicodipendenti. 2. Rappresentazione dell'esistente: la gestione della tossicodipendenza nel nostro sistema penitenziario. 3. Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito del disturbo d'uso di sostanze. 4. Analisi delle principali problematiche nel trattamento penitenziario del soggetto tossicodipendente.

1. Gli elementi programmatici per una migliore gestione dei detenuti tossicodipendenti

Quella dei tossicodipendenti costituisce una realtà a sé stante all'interno dell'universo penitenziario del nostro Paese¹. Questa realtà risente delle politiche spesso occasionali, non abbastanza coraggiose e talvolta ambigue adottate dal legislatore nel corso degli anni. La gestione del trattamento penitenziario dei tossicodipendenti è strettamente collegata alla disciplina che sanziona le condotte relative alla produzione e alla cessione di sostanze stupefacenti. Questi due aspetti sono interdipendenti: il fallimento nel recupero e riabilitazione del tossicodipendente comporta l'irrogazione ripetuta della sanzione penale.

Per riuscire a restituire un quadro completo circa la gestione e lo stato dei soggetti tossicodipendenti che si trovano inseriti all'interno dei circuiti penitenziari, occorre innanzitutto partire dall'enunciazione degli aspetti-chiave che, ove rivisti e realmente attuati, porterebbero a un net-

¹ Cfr. Dati forniti dal Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza Consiglio dei Ministri nella “Relazione Annuale al Parlamento 2023” sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.

to miglioramento nel trattamento di questa particolare categoria di condannati. In particolare, risulta di fondamentale importanza indirizzare la propria attenzione e i propri sforzi sui seguenti elementi:

- a) riduzione del rischio e del danno in ambito penitenziario: le misure di riduzione del rischio e del danno sono fondamentali per la gestione dei tossicodipendenti in carcere;
- b) accesso alle cure e alla continuità terapeutica: occorre implementare i farmaci sostitutivi e sviluppare modelli terapeutico-riabilitativi integrati, monitorando i risultati dei trattamenti;
- c) trattamento sociosanitario: è necessario rivedere il funzionamento delle custodie attenuate, evolvere le misure alternative e individuare risorse dedicate per il trattamento dei detenuti tossicodipendenti;
- d) personale sociosanitario: vi è l'urgenza di individuare gli *standard* e definire le figure professionali necessari per operare efficacemente in ambito penitenziario;
- e) modello organizzativo di intervento: occorre rivedere il modello organizzativo per intervenire sulla persona nel suo insieme e non solo sulla singola malattia;
- f) legislazione in materia di droga: bisogna analizzare gli effetti della legislazione sulle droghe sul sovraffollamento carcerario e proporre soluzioni possibili;
- g) regolamentazione delle procedure di invio ai Ser.D. e alle strutture private da parte della Magistratura: occorre assicurare l'appropriatezza dei percorsi terapeutici e individuare risorse dedicate per l'invio da parte della Magistratura.

2. Rappresentazione dell'esistente: la gestione della tossicodipendenza nel nostro sistema penitenziario

Allo stato attuale, il fenomeno della tossicodipendenza all'interno dei nostri istituti di pena è gestito attraverso moduli procedurali che, in estrema sintesi, constano di tre momenti fondamentali: il momento dell'ingresso, il momento della diagnosi medica e psico-sociale e, infine, il momento della presa in carico.

Per quanto riguarda il primo momento, occorre osservare che, all'ingresso in carcere, se viene rilevata una problematica di presunta dipendenza, il medico trasmette la segnalazione al Ser.D. intramurario. L'area sanitaria interna ha il compito di informare il detenuto sui benefici previsti dalla normativa per chi fa uso di sostanze stupefacenti e alcoliche.

Dopo questa prima fase di individuazione e segnalazione della problematica, vi è l'intervento del medico del Ser.D. interno, il quale elabora la diagnosi di dipendenza in base al d.m. 12 luglio 1990, n. 186, che richiede l'uso cronico di sostanze. La diagnosi viene confermata tramite anamnesi, analisi dei liquidi biologici e analisi in archivio, se conosciuto, attraverso i certificati o dalle relazioni dei Ser.D. di provenienza, o dagli istituti penitenziari nei quali il soggetto è stato precedentemente recluso. Ulteriori elementi per confermare la tossicodipendenza e la cronicità di questa possono essere le notizie sanitarie correlate, come per esempio epatiti o test HIV positivi. Anche una franca astinenza all'entrata e i relativi sintomi (sudorazione, orripilazione, midriasi) sono utili elementi per la diagnosi di astinenza da oppiacei. Se il soggetto non è conosciuto da alcun Ser.D., o non è più seguito da tempo, la diagnosi va ulteriormente accertata sull'esame tossicologico su matrici cheratica e urinaria. L'uso sporadico o unico non protratto nel tempo o intervallato da anni o mesi, comunque non continuativo, non è sufficiente a porre una diagnosi di tossicodipendenza. Proprio in ordine alla differenza da consumatore abituale e tossicomane la l. 46 del 2006, che si è occupata di definire e distinguere queste due condizioni, ha previsto l'obbligatorietà da parte dei Ser.D. di seguire comunque e di prendere in carico il paziente. Quindi, dopo una diagnosi di non uso cronico di sostanze, i soggetti vengono sì informati dell'impossibilità per loro di accedere a misure alternative per alcol/tossicodipendenti, ma gli viene al contempo comunicato che potranno comunque usufruire del supporto terapeutico degli operatori del Ser.D. intramurario.

Terminata la fase di diagnosi, inizia quella di presa in carico: se il detenuto era in trattamento presso un altro Ser.D., l'assistente sociale del Ser.D. intramurario mantiene i contatti con il Ser.D. di appartenenza con cui concorda gli interventi. L'obiettivo è di mantenere la continuità terapeutica. Sarà cura del Ser.D. intramurario predisporre e mantenere

eventuali contatti con i servizi esterni (C.T. e Ser.D.). Nel caso in cui il detenuto tossico/alcoldipendente risulti essere stato in trattamento presso un Ser.D., ma non in trattamento al momento della carcerazione, gli operatori Ser.D. intramurario valuteranno la motivazione del soggetto a iniziare un trattamento e, se così, il Ser.D. interno contatterà per iscritto il Ser.D. di competenza per un eventuale percorso idoneo al soggetto. L'operatore che mantiene questi contatti è l'assistente sociale del Ser.D. intramurario. Qualora il detenuto tossico/alcoldipendente non possa beneficiare di misure alternative, verrà seguito dagli operatori del Ser.D. nel trattamento intramurario.

3. Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito del disturbo d'uso di sostanze

Il nostro ordinamento penitenziario, integrato dalle disposizioni del T.U. stupefacenti, prevede degli strumenti *ad hoc* per il trattamento dei soggetti condannati o detenuti affetti da tossicodipendenza. Tra questi, la misura più importante e significativa è, indubbiamente, quella dell'affidamento in prova in casi particolari, disciplinata dall'art. 94 del d.P.R. n. 309 del 1990, così come modificato dalla l. 49 del 2006. Per quanto riguarda la procedura di concessione della misura alternativa dell'affidamento in prova in casi particolari, questa può essere sintetizzata nei seguenti snodi fondamentali:

- il Ser.D. propone/concorda con il detenuto un trattamento terapeutico esterno;
- il Ser.D. consegna al detenuto il programma terapeutico concordato precedentemente che sarà sottoscritto da quest'ultimo per accettazione;
- il detenuto presenta tutta la documentazione ai fini della concessione della misura alternativa dell'affidamento in prova in casi particolari *ex art. 94 del d.P.R. n. 309 del 1990*. In particolare, occorrono il certificato di tossicodipendenza, la dichiarazione del Ser.D. di competenza di idoneità al programma e il programma terapeutico che può essere di tipo ambulatoriale o residenziale (presso comunità terapeutiche accreditate).

La *ratio* di questa disposizione sembra confermare i risultati pubblicati in uno studio condotto in seno alle Nazioni Unite nel 1965 sulle problematiche detentive, nel quale i ricercatori evidenziavano come gli sforzi degli operatori penitenziari per rieducare i detenuti potessero essere neutralizzati dalla ‘fedeltà’ del detenuto alla “comunità dei prigionieri”, ossia dalla cattiva influenza degli altri detenuti sul soggetto che tentava di intraprendere un percorso riabilitativo. Per tal motivo – e allo scopo di intervenire efficacemente su individui facilmente soggiogabili dal contatto non controllato con la sottocultura criminogena – l’analisi del 1965 suggeriva l’adozione di due provvedimenti primari: in prima battuta, era ravvisata l’opportunità di ridurre l’incidenza ansiogena del rapporto gerarchico esistente, all’interno del penitenziario, fra il personale custodiale e i soggetti ivi ristretti, mediante l’adozione di uno schema partecipativo in grado di riprodurre la struttura della “comunità terapeutica”, in seno alla quale i rapporti interpersonali erano (e sono) governati secondo schemi comunicativi orizzontali.

L’isolamento dal resto del contesto sociale, non accompagnato da un opportuno sostegno, colloca i soggetti segregati in seno a una realtà percepita come avulsa e, pertanto, diversa dalla porzione di mondo dalla quale sono stati esclusi. Il contatto continuo con individui già strutturati in senso criminologico, fornisce esclusivamente al detenuto modelli comportamentali antisociali. Per altro verso, poi, l’inattività alla quale è coattivamente esposto il ristretto, è auto-percepita come condizione di mera passività ed è in grado di alimentare, nello stesso, la convinzione circa l’incapacità di valorizzare produttivamente le risorse personali. L’attività lavorativa assume, pertanto, un significato simbolico, quale strumento rieducativo attraverso cui l’individuo che ha deviato è in grado d’autosostentarsi e di recuperare credibilità sociale.

Agli occhi di chi scrive, le riflessioni in ordine alla possibilità di concepire una realtà carceraria come più umanamente rispondente alle necessità degli individui che la abitano, rappresentano, per certi versi, un precedente dottrinale del tutto congruo a fondare le ragioni strutturali che hanno supportato l’intrapresa, all’interno della tradizione penitenziaria italiana, di un percorso detentivo attuato con modalità trattamentali differenziate, a cosiddetta custodia attenuata per soggetti tossicodipendenti e/o alcolodipendenti.

4. *Analisi delle principali problematiche nel trattamento penitenziario del soggetto tossicodipendente*

Tali riflessioni si sviluppano necessariamente intono a cinque macro-temi che mettono in luce altrettante carenze/problematiche:

1. la necessità di riformare il T.U. stupefacenti;
2. la necessità di potenziare il ricorso alle misure alternative;
3. la necessità di prevedere una migliore regolamentazione delle misure di limitazione dei rischi e di riduzione del danno in carcere;
4. la necessità di assicurare la continuità dei trattamenti prima e dopo la detenzione e la loro integrazione dentro e fuori dal carcere;
5. la necessità di prevedere procedure e misure *ad hoc* per i detenuti stranieri con disturbo d'uso di sostanze, ai quali sono precluse opportunità riabilitative esterne all'istituto di pena e, di conseguenza, la possibilità di reinserimento sociale.

Si è scelto, in tale sede, di non affrontare la specifica tematica del trattamento delle donne affette da tossicodipendenza; ci si limita quindi a evidenziare che occorrerebbe supplire alla mancanza di un ufficio centrale che si occupi prioritariamente delle donne detenute, in quanto le stesse presentano delle esigenze di cura e trattamento del tutto peculiari rispetto ai detenuti uomini. Si sottolinea inoltre che la marcata stigmatizzazione che la detenzione comporta per le donne apre alla necessità di un approccio inderogabilmente basato sulla diversità di genere.

Prima di passare poi all'analisi delle singole problematiche, può essere utile soffermarsi su alcuni elementi trasversali, quali l'urgenza di un rilancio della formazione congiunta tra i diversi operatori dell'ambito penitenziario e la necessità che i servizi siano accompagnati da una costante supervisione esterna e la necessità di ridurre lo stigma che colpisce in particolare la persona detenuta con consumo patologico di sostanze, comorbilità psichiatrica e patologie infettive, specie se straniero.

Passando ora a una breve trattazione del primo macro-tema, ossia la necessità di riformare la disciplina contenuta nel T.U. stupefacenti, occorre dire che la prima causa del sovraffollamento penitenziario è la recidiva nel reato. Se ne deduce il fallimento della pena detentiva, così come configurata nelle attuali prassi, nell'assolvere la funzione riabilitativa. L'idea che la detenzione possa rappresentare lo stimolo al cam-

biamento si svuota di significato se l'esperienza del carcere comporta ulteriori conseguenze negative per la ridotta disponibilità trattamentale, soprattutto se il sovraffollamento carcerario priva il detenuto non solo della sua libertà ma anche di altri diritti. La riduzione delle fattispecie incriminatrici, in combinazione con un più esteso e qualificato ricorso alle misure alternative alla detenzione, produrrebbero un'elevata deflazione del circuito carcerario.

Qui, è però necessario fare alcune puntualizzazioni in merito al secondo macro-tema, quello delle misure alternative alla detenzione. Infatti, indubbiamente, le misure alternative si sono rivelate più efficaci nel contenimento della recidiva, più utili ai condannati e alla collettività, più convenienti sotto il profilo della spesa pubblica. Tuttavia, non si può ignorare il fatto che vi sono due aspetti che generano gravi strozzature alla concessione delle misure alternative per le persone dipendenti: il primo si pone a livello di interpretazione della diagnosi medica da parte della magistratura, il secondo, invero, si manifesta al momento della costruzione della certificazione da parte dei medici dei Ser.D. in base ai quadri clinici, per cui risulta indispensabile modificare il d.m. 12 luglio 1990, n. 186 relativo alla certificazione del "disturbo da uso di sostanze" (DUS). Il cambiamento di paradigma che nel mondo medico-scientifico ha portato ufficialmente dal 2013 alla sostituzione, nel DSM-V, del termine diagnostico 'dipendenza' con l'espressione 'disturbo d'uso di sostanze' ha indotto in alcuni casi l'equivoco di interpretare erroneamente il disturbo lieve come semplice consumo e il disturbo medio come abuso, identificando unicamente il disturbo grave come dipendenza.

In merito al terzo macro-tema, vi è innanzitutto la necessità di ripensare e rimodellare il sistema della custodia attenuata alla luce degli obiettivi attuali di cura e riabilitazione con la finalità del reinserimento della persona nella società e della prevenzione. Con riferimento, invece, alle misure di riduzione del danno in carcere occorre evidenziare come la nuova strategia europea sulle droghe, approvata dal Consiglio dell'Unione europea nel dicembre 2020, conferisca all'obiettivo della "riduzione del danno" la stessa rilevanza della "riduzione dell'offerta" e della "riduzione della domanda", considerando nella "riduzione del danno" non solo i rischi sanitari connessi al consumo, ma anche le con-

seguenze negative su più larga scala degli stessi effetti indesiderati della legislazione sulle droghe.

Relativamente all'obiettivo di assicurare la continuità terapeutica dei trattamenti prima e dopo il periodo di detenzione, si può osservare che un modello di presa in carico integrata e multidimensionale della persona con disturbo d'uso di sostanze in regime detentivo necessita di:

- a) una precoce valutazione medico-farmacologica per disporre eventuali interventi d'urgenza sanitari e favorire lo *screening* per patologie infettive o correlate al disturbo d'uso di sostanze;
- b) una valutazione psicologica e una approfondita indagine sociale della persona e del suo contesto e, qualora necessario, valutazione psichiatrica o di altra specialità necessaria;
- c) la certificazione del DUS in base ai parametri già evidenziati: la concorrenza di tutti gli elementi che integrano l'accogliibilità della richiesta dovrebbero essere contenuti nella certificazione/relazione del Ser.D. e nella relazione dell'UEPE, affinché il tribunale possa escludere la "strumentalità per altri fini";
- d) la definizione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI), strumento operativo che consente la realizzazione di un percorso di cura centrato sulla persona ed è affiancato dal "Budget di salute", che definisce e garantisce le risorse economiche, professionali e umane necessarie per sostenerlo. In particolare, il PTRI contiene: diagnosi; obiettivi del progetto concordati con la persona e altri soggetti significativi; declinazione dei tempi, delle modalità e del *setting* dell'intervento complessivo; monitoraggio del percorso; indicatori di efficacia; definizione della rete territoriale coinvolta e individuazione del *Case manager*. Il PTRI si configura ad alta intensità trattamentale per rispondere sia a esigenze di attenzione e cura globale della persona, sia a esigenze di tutela sociale. Sia all'interno del carcere che in misura alternativa, oltre agli interventi socio-sanitari propri dell'ambito dei Ser.D., o dei Centri di Salute Mentale, o ancora, delle strutture di presa in carico del Privato Sociale, sono necessari interventi di formazione professionale e di avviamento al lavoro (cfr. artt. 2 e 19 della l. 328/2000), di sostegno all'abitare e alla risocializzazione.

Inoltre, in questo ambito, ha altresì senso trattare degli strumenti di giustizia riparativa: le proposte di giustizia riparativa verso la vittima, specifica o aspecifica che sia, devono essere contestualizzate nell'ambito del PTRI e favorite durante la sua realizzazione.

Per tali motivi, si impone una profonda rivisitazione della collaborazione tra i diversi servizi e le reti territoriali. All'interno del carcere la presa in carico integrata, oltre il Ser.D., coinvolge soprattutto le Unità Operative di salute in carcere e il personale del trattamento dell'Amministrazione penitenziaria, per allargarsi alla collaborazione col Privato Sociale, il Ser.D. di competenza territoriale e l'UEPE, che deve ampliare composizione e competenze. Alla composizione della rete sono essenziali anche gli altri servizi sanitari territoriali (di prevenzione, materno infantili, specialistici) e quelli che, all'interno dei "Piani di zona", concorrono agli aspetti sociali ed educativi, creando l'indispensabile integrazione degli interventi socio-sanitari. Una cartella informatizzata unificata risulta essenziale per assicurare efficienza comunicativa, tracciabilità e trasparenza del percorso e che permetta la raccolta di dati necessari alle amministrazioni sanitarie centrali dello Stato per la programmazione. La continuità del trattamento è inoltre assicurata dai protocolli di dimissione dal carcere personalizzati a cura dell'*équipe* del Ser.D. (*intra* ed *extra* muraria). La scarcerazione dovrebbe essere accompagnata da uno specifico documento che riporti prescrizioni e diagnosi eventuali con affidamento dei farmaci assunti così da non esporre la persona a gravi rischi per la sua salute, non escludendo anche contatti diretti con il sistema territoriale di presa in carico di base.

Infine, con riferimento allo specifico problema delle persone detenute straniere affette da tossicodipendenza e prive di permesso di soggiorno, occorre innanzitutto dire che delle persone detenute in carcere per violazione dell'art. 73 del d.P.R. n. 309 del 1990, il 34% è costituito da stranieri, dato pressoché costante da circa venti anni. L'art. 1, comma 5, del d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230, stabilisce che "sono iscritti al SSN gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti negli Istituti penitenziari. Hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti a prescindere dal regolare permesso di soggiorno in Italia". Tuttavia, è di difficile accessibilità la fruizione delle misure alternative, per mancanza di risorse sociali di riferimento o irreperibilità di documenti vali-

di a contrarre un regolare contratto di lavoro o d'affitto. È inoltre preclusa di fatto la presa in carico territoriale al momento del rilascio in grado di fornire continuità assistenziale, per cui ogni *compliance* alla cura sanitaria è destinata a vanificarsi. Ne consegue la necessità di un'opportuna revisione dell'art. 89 del d.P.R. n. 309 del 1990, che prevede l'espulsione dello straniero a pena espiata se condannato per i reati di cui agli artt. 73, 74, 79 e 82, commi 2 e 3, del d.P.R. n. 309 del 1990. Per evitare una nuova fase di clandestinità ed emarginazione, circostanze che favoriscono la recidiva nel DUS e nella criminalità, si propone la concessione di un "permesso di soggiorno in prova", similmente all'istituto della messa alla prova, come misura da erogare al termine della pena e di durata temporanea.

COLLANA
‘QUADERNI DELLA FACOLTÀ DI GIURISPRUDENZA’
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRENTO

1. *L'applicazione delle regole di concorrenza in Italia e nell'Unione europea. Atti del IV Convegno Antitrust tenutosi presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trento* - (a cura di) GIAN ANTONIO BENACCHIO, MICHELE CARPAGNANO (2014)
2. *Dallo status di cittadino ai diritti di cittadinanza* - (a cura di) FULVIO CORTESE, GIANNI SANTUCCI, ANNA SIMONATI (2014)
3. *Il riconoscimento dei diritti storici negli ordinamenti costituzionali* - (a cura di) MATTEO COSULICH, GIANCARLO ROLLA (2014)
4. *Il diritto del lavoro tra decentramento e ricentralizzazione. Il modello trentino nello spazio giuridico europeo* - (a cura di) ALBERTO MATTEI (2014)
5. *European Criminal Justice in the Post-Lisbon Area of Freedom, Security and Justice* - JOHN A.E. VERVAELE, with a prologue by Gabriele Fornasari and Daria Sartori (Eds.) (2014)
6. *I beni comuni digitali. Valorizzazione delle informazioni pubbliche in Trentino* - (a cura di) ANDREA PRADI, ANDREA ROSSATO (2014)
7. *Diplomatici in azione. Aspetti giuridici e politici della prassi diplomatica nel mondo contemporaneo* - (a cura di) STEFANO BALDI, GIUSEPPE NESI (2015)
8. *Il coordinamento dei meccanismi di stabilità finanziaria nelle Regioni a Statuto speciale* - (a cura di) ROBERTO TONIATTI, FLAVIO GUELLA (2014)
9. *Reti di libertà. Wireless Community Networks: un'analisi interdisciplinare* - (a cura di) ROBERTO CASO, FEDERICA GIOVANELLA (2015)
10. *Studies on Argumentation and Legal Philosophy. Further Steps Towards a Pluralistic Approach* - (Ed. by) MAURIZIO MANZIN, FEDERICO PUPPO, SERENA TOMASI (2015)
11. *L'eccezione nel diritto. Atti della giornata di studio (Trento, 31 ottobre 2013)* - (a cura di) SERGIO BONINI, LUCIA BUSATTA, ILARIA MARCHI (2015)
12. *José Luis Guzmán D'Albora, Elementi di filosofia giuridico-penale* - (a cura di) GABRIELE FORNASARI, ALESSANDRA MACILLO (2015)

13. *Verso nuovi rimedi amministrativi? Modelli giustiziali a confronto* - (a cura di) GIANDOMENICO FALCON, BARBARA MARCHETTI (2015)
14. *Convergences and Divergences between the Italian and the Brazilian Legal Systems* - (Ed. by) GIUSEPPE BELLANTUONO, FEDERICO PUPPO (2015) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/116513>)
15. *La persecuzione dei crimini internazionali. Una riflessione sui diversi meccanismi di risposta. Atti del XLII Seminario internazionale di studi italo-tedeschi, Merano 14-15 novembre 2014 - Die Verfolgung der internationalen Verbrechen. Eine Überlegung zu den verschiedenen Reaktionsmechanismen. Akten des XLII. Internationalen Seminars deutsch-italienischer Studien, Meran 14.-15. November 2014* - (a cura di / herausgegeben von) ROBERTO WENIN, GABRIELE FORNASARI, EMANUELA FRONZA (2015)
16. *Luigi Ferrari Bravo. Il diritto internazionale come professione* - (a cura di) GIUSEPPE NESI, PIETRO GARGIULO (2015)
17. *Pensare il diritto pubblico. Liber Amicorum per Giandomenico Falcon* - (a cura di) MAURIZIO MALO, BARBARA MARCHETTI, DARIA DE PRETIS (2015)
18. *L'applicazione delle regole di concorrenza in Italia e nell'Unione europea. Atti del V Convegno biennale Antitrust. Trento, 16-18 aprile 2015* - (a cura di) GIAN ANTONIO BENACCHIO, MICHELE CARPAGNANO (2015)
19. *From Contract to Registration. An Overview of the Transfer of Immoveable Property in Europe* - (Ed. by) ANDREA PRADI (2015) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/140085>)
20. *Diplomatici in azione. Aspetti giuridici e politici della prassi diplomatica nel mondo contemporaneo. Volume II* - (a cura di) STEFANO BALDI, GIUSEPPE NESI (2016) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/143369>)
21. *Democrazie e religioni: libertà religiosa, diversità e convivenza nell'Europa del XXI secolo. Atti del convegno nazionale Adec Trento, 22 e 23 ottobre 2015* - (a cura di) ERMINIA CAMASSA (2016)
22. *Modelli di disciplina dell'accoglienza nell'"emergenza immigrazione". La situazione dei richiedenti asilo dal diritto internazionale a quello regionale* - (a cura di) JENS WOELK, FLAVIO GUELLA, GRACY PELACANI (2016)

23. *Prendersi cura dei beni comuni per uscire dalla crisi. Nuove risorse e nuovi modelli di amministrazione* - (a cura di) MARCO BOMBARDELLI (2016)
24. *Il declino della distinzione tra diritto pubblico e diritto privato. Atti del IV Congresso nazionale SIRD. Trento, 24-26 settembre 2015* - (a cura di) GIAN ANTONIO BENACCHIO, MICHELE GRAZIADEI (2016)
25. *Fiat Intabulatio. Studi in materia di diritto tavolare con una raccolta di normativa* - (a cura di) ANDREA NICOLUSSI, GIANNI SANTUCCI (2016)
26. *Le definizioni nel diritto. Atti delle giornate di studio, 30-31 ottobre 2015* - (a cura di) FULVIO CORTESE, MARTA TOMASI (2016)
27. *Diritto penale e modernità. Le nuove sfide fra terrorismo, sviluppo tecnologico e garanzie fondamentali. Atti del convegno. Trento, 2 e 3 ottobre 2015* - (a cura di) ROBERTO WENIN, GABRIELE FORNASARI (2017)
28. *Studies on Argumentation & Legal Philosophy / 2. Multimodality and Reasonableness in Judicial Rhetoric* - (Ed. by) MAURIZIO MANZIN, FEDERICO PUPPO, SERENA TOMASI (2017) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/106571>)
29. *Il Giudice di pace e la riforma della magistratura onoraria. Atti del Convegno. Trento, 3-4 dicembre 2015* - (a cura di) GABRIELE FORNASARI, ELENA MATTEVI (2017) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/178978>)
30. *Il diritto in migrazione. Studi sull'integrazione giuridica degli stranieri* - (a cura di) FULVIO CORTESE, GRACY PELACANI (2017)
31. *Diplomatici in azione. Aspetti giuridici e politici della prassi diplomatica nel mondo contemporaneo. Volume III* - (a cura di) STEFANO BALDI, GIUSEPPE NESI (2017) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/184772>)
32. *Carlo Beduschi. Scritti scelti* - (a cura di) LUCA NOGLER, GIANNI SANTUCCI (2017)
33. *Diplomatici. 33 saggi su aspetti giuridici e politici della diplomazia contemporanea* - (a cura di) STEFANO BALDI, GIUSEPPE NESI (2018)
34. *Sport e fisco* - (a cura di) ALESSANDRA MAGLIARO (2018)
35. *Legal Conversations Between Italy and Brazil* - (a cura di) GIUSEPPE BELANTUONO, FABIANO LARA (2018)

36. *Studies on Argumentation & Legal Philosophy / 3. Multimodal Argumentation, Pluralism and Images in Law* - (Ed. by) MAURIZIO MANZIN, FEDERICO PUPPO, SERENA TOMASI (2018) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/218719>)

37. *Aspetti istituzionali e prospettive applicative del private antitrust enforcement nell'Unione europea. Atti del VI convegno biennale antitrust. Facoltà di Giurisprudenza. Trento, 6-8 aprile 2017* - (a cura di) GIAN ANTONIO BENACCHIO, MICHELE CARPAGNANO (2018)

38. *La Direttiva quadro sulle acque (2000/60/CE) e la Direttiva alluvioni (2007/60/CE) dell'Unione europea. Attuazione e interazioni con particolare riferimento all'Italia* - (a cura di) MARIACHIARA ALBERTON, MARCO PERTILE, PAOLO TURRINI (2018)

39. *Saggi di diritto economico e commerciale cinese* - (a cura di) IGNAZIO CASTELLUCCI (2019)

40. *Giustizia riparativa. Responsabilità, partecipazione, riparazione* - (a cura di) GABRIELE FORNASARI, ELENA MATTEVI (2019) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/234755>)

41. *Prevenzione dei sinistri in area valanghiva. Attività sportive, aspetti normativo-regolamentari e gestione del rischio* - (a cura di) ALESSANDRO MELCHIONDA, STEFANIA ROSSI (2019)

42. *Pubblica amministrazione e terzo settore. Confini e potenzialità dei nuovi strumenti di collaborazione e sostegno pubblico* - (a cura di) SILVIA PELLIZZARI, ANDREA MAGLIARI (2019)

43. *Il private antitrust enforcement in Italia e nell'Unione europea: scenari applicativi e le prospettive del mercato. Atti del VII Convegno Antitrust di Trento, 11-13 aprile 2019* - (a cura di) GIAN ANTONIO BENACCHIO, MICHELE CARPAGNANO (2019)

44. *Conciliazione, mediazione e deflazione nel procedimento davanti al giudice di pace. Esperienze euroregionali. Atti del Convegno. Trento, 10 maggio 2019* - (a cura di) SILVANA DALLA BONTÀ, ELENA MATTEVI (2020) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/259285>)

45. *Diritto e genere. Temi e questioni* - (a cura di) STEFANIA SCARPONI (2020)

46. *Le parti in mediazione: strumenti e tecniche. Dall'esperienza pratica alla costruzione di un metodo* - (a cura di) SILVANA DALLA BONTÀ (2020) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/269082>)
47. *Effettività delle tutele e diritto europeo. Un percorso di ricerca per e con la formazione giudiziaria* - (a cura di) PAOLA IAMICELI (2020)
48. *Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere. Definizioni, accertamento e risposte del sistema penale* - (a cura di) ANTONIA MENGHINI, ELENA MATTEVI (2020)
49. *Le (in)certezze del diritto. Atti delle giornate di studio. 17-18 gennaio 2019* - (a cura di) CINZIA PICIOCCHI, MARTA FASAN, CARLA MARIA REALE (2021)
50. *Studies on Argumentation & Legal Philosophy / 4. Ragioni ed emozioni nella decisione giudiziale* - (Ed. by) MAURIZIO MANZIN, FEDERICO PUPPO, SERENA TOMASI (2021) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/296052>)
51. *Comunicare, negoziare e mediare in rete. Atti del Convegno. Trento, 25 settembre 2020* - (a cura di) SILVANA DALLA BONTÀ (2021) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <http://hdl.handle.net/11572/306972>)
52. *La giurisdizione penale del giudice di pace: un bilancio sui primi vent'anni* - (a cura di) MARCELLO Busetto, GABRIELLA DI PAOLO, GABRIELE FORNASARI, ELENA MATTEVI (2021)
53. *State and Religion: Agreements, Conventions and Statutes* - (Ed. by) CINZIA PICIOCCHI, DAVIDE STRAZZARI, ROBERTO TONIATTI (2021)
54. *Pandemia e gestione responsabile del conflitto. Le alternative alla giurisdizione. Atti del Convegno. Trento, 10 giugno 2021* - (a cura di) ANTONIO CASSATELLA, SILVANA DALLA BONTÀ, ELENA MATTEVI (2021)
55. *Il rapporto tra diritto, economia e altri saperi: la rivincita del diritto. Atti della Lectio Magistralis di Guido Calabresi in occasione della chiusura dell'anno accademico del Dottorato in Studi Giuridici Comparati ed Europei. Facoltà di Giurisprudenza. Trento, 24 ottobre 2019* - (a cura di) GIUSEPPE BELLANTUONO, UMBERTO IZZO (2022)
56. *Il contributo di Pietro Trimarchi all'analisi economica del diritto. Atti del Convegno. Trento, 16-18 dicembre 2020* - (a cura di) GIUSEPPE BELLANTUONO, UMBERTO IZZO (2022)

57. *Le relazioni fra Autonomie speciali e Regioni ordinarie in un contesto di centralismo asimmetrico: le complessità di una dialettica (1970-2020)* - (a cura di) ROBERTO TONIATTI (2022)

58. *Giustizia e mediazione. Dati e riflessioni a margine di un progetto pilota* - (a cura di) SILVANA DALLA BONTÀ, ELENA MATTEVI (2022)

59. ANTONIO ARMELLINI - *L'Italia e la carta di Parigi della CSCE per una nuova Europa. Storia di un negoziato (luglio-novembre 1990)*. Introduzione di GIUSEPPE NESI. Postfazione di ETTORE GRECO. Con contributi di STEFANO BALDI, FABIO CRISTIANI, PIER BENEDETTO FRANCESE, NATALINO RONZITTI, PAOLO TRICHILO (2022)

60. *La rieducazione oggi. Dal dettato costituzionale alla realtà del sistema penale. Atti del Convegno. Trento, 21-22 gennaio 2022* - (a cura di) ANTONIA MENGHINI, ELENA MATTEVI (2022)

61. *La specialità nella specialità* - (a cura di) ROBERTO TONIATTI (2022)

62. *L'amministrazione condivisa* - (a cura di) GREGORIO ARENA, MARCO BOMBARDELLI (2022)

63. *Intelligenza artificiale e processo penale. Indagini, prove, giudizio* - (a cura di) GABRIELLA DI PAOLO, LUCA PRESSACCO (2022)

64. *L'attuazione della procura europea. I nuovi assetti dello spazio europeo di libertà, sicurezza e giustizia* - (a cura di) GABRIELLA DI PAOLO, LUCA PRESSACCO, ROSANNA BELFIORE, TOMMASO RAFARACI (2022)

65. *I rapporti tra attori pubblici e attori privati nella gestione dell'immigrazione e dell'asilo* - (a cura di) ELIANA AUGUSTI, SIMONE PENASA, STEFANO ZIRULLIA (2022)

66. *Trasporto pubblico locale in fase pandemica e post-pandemica: alla ricerca del diritto alla mobilità in condizioni di sicurezza e di sostenibilità economica. Atti del Seminario. Trento, 5 aprile 2022* - (a cura di) ALESSIO CLARONI (2023) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/376915>)

67. *Salute e carcere* - (a cura di) GABRIELE FORNASARI, ANTONIA MENGHINI (2023)

68. *La responsabilità da reato degli enti nel contesto delle cooperative agricole e vitivinicole. Atti del Convegno. Trento, 2 dicembre 2022* - (a cura di) ALESSANDRO MELCHIONDA, ENRICO PEZZI (2023)

69. *Percorsi interculturali* - (a cura di) CINZIA PICIOCCHI, DAVIDE STRAZZARI (2023) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/384871>)
70. *Il diritto fra prospettiva rimediabile e interpretazione funzionale. Atti delle Lectiones Magistrales di Salvatore Mazzamuto e Mario Barcellona in occasione della inaugurazione dell'anno accademico del Dottorato in Studi Giuridici Comparati ed Europei. Facoltà di Giurisprudenza. Trento, 6 aprile 2022* - (a cura di) UMBERTO IZZO (2023)
71. *Il principio di autoresponsabilità nella società e nel diritto. Atti del Convegno. Trento, 16 e 17 settembre 2022* - (a cura di) GABRIELE FORNASARI, TERESA PASQUINO, GIANNI SANTUCCI (2023)
72. *Giuristi d'impresa. La lettura del bilancio* - GIANLUCA CHIARIONI (2023)
73. *La riforma Cartabia tra non punibilità e nuove risposte sanzionatorie. Atti del Convegno. Trento, 24 e 25 marzo 2023* - (a cura di) ANTONIA MENGHINI, ELENA MATTEVI (2023)
74. *Il processo di riforma costituzionale cileno 2019-2023. Profili penalistici* - (a cura di) GABRIELE FORNASARI, CARLOS CABEZAS, EMANUELE CORN (2023)
75. *The Making of European Private Law: Changes and Challenges* - (ed. by) LUISA ANTONIOLLI, PAOLA IAMICELI (2024) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/401105>)
76. *Il giudice di pace nel quadro delle riforme* - (a cura di) GABRIELE FORNASARI, ELENA MATTEVI, TERESA PASQUINO (2024) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/404351>)
77. *COVID-19 Litigation. The Role of National and International Courts in Global Health Crises* - (ed. by) PAOLA IAMICELI, FABRIZIO CAFAGGI (2024) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/406169>)
78. *Trasformazioni della giustizia. Norme, organizzazione, tecnologie* - (a cura di) GABRIELLA DI PAOLO (2024)
79. *Numérique & Environnement. Université d'été franco-italienne, Actes du colloque, 6-8 Juillet 2022, Université de Limoges* - (a cura di) LUISA ANTONIOLLI, MONICA CARDILLO, FULVIO CORTESE, LOUIS DE CARBONNIÈRES, FRANTZ MYNARD, CINZIA PICIOCCHI (2024) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/409990>)

80. *Trento e la comparazione giuridica: voci, esperienze, riflessioni. Dalla testimonianza di Rodolfo Sacco e Mauro Cappelletti* - (a cura di) LUISA ANTONIOLLI, FULVIO CORTESE, ELENA IORIATTI, BARBARA MARCHETTI (2024)

81. *Il ruolo del Consiglio nella forma di governo delle autonomie speciali alpine: valorizzare e innovare* - (a cura di) MATTEO COSULICH, GIANFRANCO POSTAL, ROBERTO TONIATTI (2024)

82. *Beni a titolarità collettiva e sfruttamento della risorsa idrica. Il caso della Magnifica Comunità di Fiemme* - (a cura di) LUISA ANTONIOLLI, DAMIANO FLORENZANO, FLAVIO GUELLA, GIANFRANCO POSTAL (2024) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/412031>)

83. *Ricerca in sanità e protezione dei dati personali: scenari applicativi e prospettive future. Atti del convegno, Trento 29 settembre 2023* - (a cura di) ELISA CHIZZOLA, PAOLO GUARDA, VERONICA MARONI, LUIGI RUFO (2024)

84. *Studies on Argumentation & Legal Philosophy / 5. Una parola buona. Retorica e valori nella decisione giudiziale* - (Ed. by) MAURIZIO MANZIN, FEDERICO PUPPO, SERENA TOMASI (2024) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/421390>)

85. *Prospettive di superamento del voto "tradizionale". Modelli di voto alternativi alla prova della compatibilità costituzionale* - (a cura di) ALESSANDRO DE NICOLA, VINCENZO DESANTIS (2024)

86. *Le transizioni e il diritto. Atti delle giornate di studio. 21-22 settembre 2023* - (a cura di) SIMONE FRANCA, ALESSANDRA PORCARI, SERGIO SULMICELLI (2024) (pubblicazione disponibile solo on-line in Accesso Aperto: <https://hdl.handle.net/11572/434970>)

87. *Lo studio dei papiri nei rivolgimenti metodologici della romanistica tra il 1860 e il 1960* - (a cura di) CHRISTIAN BALDUS, MASSIMO MIGLIETTA, TOMMASO BEGGIO, FILIPPO BONIN (2024)

88. *Il meccanismo unico di vigilanza: un bilancio dopo i primi dieci anni* - (a cura di) ANDREA MAGLIARI (2024)

89. *Stupefacenti e tossicodipendenza. Trattamento sanzionatorio, carcere e misure alternative* - (a cura di) GABRIELE FORNASARI, ANTONIA MENGHINI (2024)