

Trattamento e cura del tossicodipendente autore di reato: il volto di un altro carcere

di *Benedetta Scarcella*

Sommario: 1. Premessa. – 2. Le peculiarità dello stato di tossicodipendenza – 3. Il dibattito – 3.1. La svolta culturale – 4. Normativa attuale – 5. La realtà ed i suoi nodi irrisolti – 6. Considerazioni conclusive.

1. Premessa

Quella dei tossicodipendenti costituisce una realtà a sé stante all'interno dell'universo penitenziario del nostro Paese¹. Coerentemente alle scelte d'incriminazione compiute negli anni dal legislatore, è questa una dimensione che risente di politiche occasionali, non abbastanza coraggiose, spesso ambigue.

Perché, a ben vedere, quello del trattamento penitenziario dei tossicodipendenti e quello della disciplina che sanziona condotte che si inseriscono nel circuito della produzione e della cessione di stupefacenti, sono due aspetti che costituiscono uno il riflesso dell'altro, destinati ad influenzarsi reciprocamente; poiché, ove si fallisca sul piano del recupero e della riabilitazione del tossicodipendente allora si sarà costretti ad irrogare (magari ripetutamente) la sanzione penale; allo stesso modo, ove, in conseguenza all'incapacità del legislatore di selezionare condotte realmente pericolose, si utilizzi in maniera irragionevole e sproporzionata la sanzione penale, allora ci si ritroverà a fare i conti con la necessità sempre più pressante di individuare modalità efficaci di "punizione" di un numero via via maggiore di tossicodipendenti autori di reato.

In tale circolo vizioso il reale interrogativo da porsi è quello circa il *sensu* del ricorso alla pena.

2. Le peculiarità dello stato di tossicodipendenza

La tossicodipendenza è una condizione di per sé particolarmente complessa in cui convergono tanto problematiche di dipendenza fisica a cui spesso si associano complicazioni di natura clinica dovute a deterioramento organico ed a patologie

¹ Al fine di fornire al lettore un'immagine della reale dimensione della problematica in questione, si citano di seguito i dati forniti dal DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA-Presidenza Consiglio dei Ministri nella *Relazione Annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*: la percentuale di detenuti tossicodipendenti attualmente presenti in carcere è pari a circa al 25% della popolazione carceraria (percentuale sostanzialmente stabile negli ultimi cinque anni); il dato si riferisce ai detenuti con problemi droga-correlati, da non confondersi con i detenuti con diagnosi di dipendenza, il cui numero complessivo risulta inferiore.

infettive, quanto aspetti di malessere socio-familiare e di patologia psichiatrica. Qualora intervenga la commissione di reati non si può prescindere da un apprezzamento degli stessi come prodotto ultimo di una generalizzata situazione di difficoltà, di alterazione delle capacità psichiche, eliminata mentalmente la quale, nella maggioranza delle ipotesi, verrebbe meno per il soggetto tossicodipendente la ragione stessa di oltrepassare il limite tracciato dalle norme penali e porsi al di là della convivenza civile². A quel punto, quante delle condotte poste in essere dal tossicodipendente possono ritenersi frutto di una volontà *interamente* esente da vincoli? È, forse, a monte, la stessa assunzione della sostanza stupefacente in condizioni di invincibile dipendenza psichica e sofferenza fisica indotta da sindrome da astinenza a potersi caratterizzare come *actio libera in causa*?

Nonostante la retorica di tali domande la tossicodipendenza è oggi, isolatamente intesa, una condizione sostanzialmente indifferente per il diritto penale³: ai fini del giudizio di responsabilità, nessuna rilevanza viene attribuita alle pure acute alterazioni psicosomatiche che essa comporta sul piano dell'imputabilità del soggetto agente, salvo il caso, disciplinato all'art. 95 c.p., di accertata cronica intossicazione da sostanze stupefacenti tale da poter influire in modo totale o parziale sulle capacità di intendere e di volere del soggetto⁴. Anzi, agli artt. 92, I comma e 93 c.p. viene sancita la piena imputabilità in capo a chiunque commetta il fatto di reato sotto l'azione di sostanze stupefacenti, prevedendo addirittura, all'art.94 c.p., un aggravamento di pena qualora il reato sia stato commesso sotto effetto di sostanze stupefacenti da chi è abitualmente dedito all'uso di esse. Tale ultima disposizione suscita il sentore che si voglia sanzionare un preciso *modus vivendi*, riconducendolo, sul piano della personalità del reo, ad una spuria tendenza a delinquere⁵.

Bisogna prendere atto delle difficoltà che il legislatore avrebbe incontrato se avesse operato scelte diverse da quelle appena richiamate, nel senso della esclusione o anche della mera attenuazione della responsabilità penale per i reati commessi in condizione di tossicodipendenza. Istanze di tutela della collettività dalla criminalità

² ARDITA, *La costruzione di alternative al carcere e di un carcere alternativo per i tossicodipendenti*, in ARDITA (a cura di), *Esecuzione penale e tossicodipendenza*, Milano, 2005, pp. 230 ss.

³ PONTI, *Compendio di criminologia*, Milano, 2008, p. 546.

⁴ “Per accertare l’infermità mentale a carico di chi assume sostanze stupefacenti, occorre la dimostrazione che la tossicodipendenza abbia creato danni permanenti che influiscano sulla capacità di intendere e volere, non essendo sufficiente l’accertamento del semplice stato di crisi di astinenza.” (C. Cass., Sez. VI, 5 maggio 2011, n.17305).

⁵ Fino alla modifica dell'art. 671, co. I c.p.p., introdotta con legge 21 febbraio 2006, n. 49, anche in materia di continuazione di reati per lungo tempo la giurisprudenza di legittimità ha negato la possibilità di applicare la disciplina “di favore” prevista dall' art. 81, comma 2, c.p. al reo che avessero compiuto una pluralità di reati come conseguenza dell'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope e nel perdurare di tale condizione soggettiva. La questione veniva archiviata in vista di una pretesa incompatibilità logica che si riteneva essere sussistente tra lo stato di tossicodipendenza ed il medesimo disegno criminoso, una diversa soluzione, si precisava, avrebbe condotto all' identificazione di tale elemento soggettivo con una più ampia e generale proclività al delitto.

che è inevitabilmente connessa alla diffusione di dipendenze da sostanze stupefacenti, così come esigenze di prevenzione speciale negativa, e lo stesso orientamento dell'opinione pubblica, hanno reso inevitabile la predisposizione di un'azione repressiva. Ed è, dunque, sul diverso piano della esecuzione penale che il legislatore ha intrapreso la lunga e perigliosa strada di una progressiva differenziazione della sanzione criminale e del suo adattamento alla particolare condizione dei soggetti tossicodipendenti, sulla linea di una lenta e matura presa di coscienza circa l'improbabile capacità taumaturgica della detenzione fine a sé stessa.

3. Il dibattito

Gli istintivi bisogni di certezza propri di ogni sistema penale spingevano ineluttabilmente verso l'individuazione del carcere quale strumento altamente simbolico e per ciò stesso risolutivo, non solo in relazione alle citate pretese securitarie ma anche con riguardo al fenomeno del consumo stesso di sostanze stupefacenti.

Le analisi sociologiche e la stessa evidenza dei fatti, a partire dagli anni Settanta del Novecento, smentirono tale convinzione enfatizzando, all'opposto, gli effetti controproducenti della reclusione⁶.

Si evidenziava come la detenzione amplificasse il senso di isolamento ed emarginazione rispetto al mondo esterno, libero, in soggetti verso i quali il proibizionismo e l'etichettamento sociale avevano già visto maturare una sorta di "sub-cultura" della droga, intesa come rifugio ultimo. Inoltre, la promiscuità delle carceri, oltre ad agevolare la trasmissione di patologie infettive quali HIV ed epatiti, favorisce il continuo contatto dei tossicodipendenti con individui caratterizzati da un certo spessore criminale, fornendo al detenuto esclusivamente modelli di comportamento antisociali⁷. A ciò si aggiunge l'inattività che per forza di cose il detenuto è costretto a scontare, generatrice di atti di autolesionismo, di continua ricerca di surrogati della droga, e che nel caso del tossicodipendente viene avvertita come una condizione di mera passività, come ennesima situazione di incapacità nel valorizzare una personalità che sia diversa da quella sfigurata e manovrata dall'uso di sostanze stupefacenti.

In questo orizzonte cominciò a fiorire l'idea di una "cultura terapeutica" opposta a quella penitenziaria, capace di sovvertire il tradizionale rapporto d'autorità che contraddistingue le istituzioni detentive come "istituzioni totali"⁸; cultura nella quale il detenuto tossicodipendente è chiamato in prima persona a svolgere un ruolo attivo in seno al proprio percorso trattamentale e rieducativo.

⁶ TUCCI, *L'esecuzione della pena detentiva nei confronti dei soggetti tossicodipendenti*, in *L'altro diritto*, 2011, disponibile a <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/laws-ways/tucci/cap1.htm>, ultima consultazione il 04 febbraio 2017.

⁷ AMBROSINI-MILETO, *Le sostanze stupefacenti. Le misure di prevenzione*, Roma, 1989, pp. 116 ss.

⁸ GOFFMAN, *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, 1968.

Con la legge 22 dicembre 1975, n. 685, *Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, il legislatore tentò una rivoluzione nella percezione della figura del tossicodipendente come criminale “comune”. L’interpretazione da allora privilegiata fu quella di tossicodipendenza come malattia da curare. Il bisogno impellente divenne quello di rispondere, bilanciandole, alla necessità di tutelare il diritto alla salute del tossicodipendente, ed alla sempre più insistente esigenza repressiva, figlia di un contesto in cui si assisteva alla repentina esplosione del consumo di droghe ed al suo trasformarsi in fenomeno di massa.

Il Legislatore scelse, allora, di affidare il perseguimento di valori antitetici a due diversi apparati: a quello sanitario il recupero e la riabilitazione del tossicodipendente; a quello penale e di esecuzione penale quello di risposta alle richieste sociali di sicurezza. Il punto di incontro e commistione tra le diverse istanze veniva individuato, all’art. 84, nel diritto di ricevere le cure mediche e l’assistenza necessaria a scopo di riabilitazione all’interno di reparti carcerari opportunamente attrezzati per chiunque si trovasse in stato di custodia preventiva o di espiazione di pena e fosse ritenuto dall’autorità sanitaria abitualmente dedito all’uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope. È palese che in tale ordine di idee l’azione terapeutica risentisse inevitabilmente dei vincoli propri di un apparato repressivo, che non potesse operare liberamente al fine del pieno perseguimento del recupero del detenuto, proprio a causa della sua subordinazione ad una dimensione che rimaneva pur sempre quella punitiva. Inoltre, la dottrina più autorevole si assestò in quegli anni su una posizione dominata dalla preoccupazione che il cambio di prospettiva avrebbe creato un diritto speciale, premiale, che avrebbe col tempo condotto alla deresponsabilizzazione dei detenuti tossicodipendenti, i quali avrebbero finito col percepire la propria condizione addirittura come un vantaggio⁹. La stessa Amministrazione penitenziaria, restia alla modifica di prassi consolidate, manifestò il suo disappunto¹⁰, e, di fatto, quanto prospettato dall’art. 84 l. n. 685/75 non vide mai concretizzazione. Al sistema penale spettava principalmente il compito di accertare la reità del soggetto tossicodipendente e di assicurarla alla giustizia, sarebbe stato lo stesso impianto normativo a neutralizzarlo.

3.1. La svolta culturale

La volontà politica di riaffermare con vigore l’avversione al fenomeno della diffusione delle droghe si condensò nel d.p.r. n. 309/1990, *Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti*.

⁹ BECONI-FERRANINI, *Problemi di applicazione delle misure alternative alla detenzione del tossicodipendente*, in *Questione giustizia*, IV, 1986, p.845 (“Ma questo meccanismo, sostanzialmente rispondente ad un’esigenza di difesa della società «normale», porta dei vantaggi secondari anche al tossicodipendente: identificandosi nel ruolo di malato, il soggetto non è costretto a scindersi; può bucarsi e, contemporaneamente, deprecare l’uso di eroina; può sentirsi vittima di una situazione a lui estranea e, al tempo stesso, essere il principale agente della sua condizione.”)

¹⁰ V. MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA, *Circolare n. 2414/4868* del 29 aprile 1977.

Sul piano dell'esecuzione della pena il 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, almeno ideale, del trattamento sanzionatorio con quello terapeutico. Le considerazioni che alimentarono tali scelte legislative furono probabilmente diverse, o almeno in parte diverse, dalla volontà di bilanciare il diritto alla salute dei tossicodipendenti detenuti e la stessa necessità di una finalità rieducativa della pena, con esigenze di tutela della collettività; il motivo determinante fu costituito, forse, dall' "esigenza di addivenire nel più breve tempo possibile ad una soluzione all'impellente problema del sovraffollamento carcerario, a cui i tossicodipendenti contribuivano in notevole misura¹¹". E così, mentre da un lato si inasprivano le pene detentive, si sanzionava addirittura l'uso di sostanze stupefacenti (impostazione poi respinta dal voto popolare col referendum del 18 aprile del 1993), rinfoltendo le schiere di rei tossicodipendenti; dall'altro si prevedevano misure alternative alla detenzione. Si affermò definitivamente la convinzione che il carcere è incompatibile con lo stato di tossicodipendenza¹² e si prospettarono ai tossicodipendenti autori di reato tre strade alternative: l'affidamento in prova in casi particolari (di cui all' art.

¹¹ DE SIMONE, *La disciplina penale degli stupefacenti: un'analisi sul campo. La realtà dei dati*, in BALBI-ESPOSITO (a cura di), *Laicità, valori e diritto penale, Atti del Convegno, Santa Maria Capua Vetere 6 febbraio 2009*, Torino, 2011, p. 200. La stessa esigenza può dirsi ancora attuale, tanto che da ultimo il legislatore è intervenuto con la l. 21 febbraio 2014, n. 10, c.d. svuota carceri, introducendo misure volte proprio al ridimensionamento della popolazione carceraria. Tale provvedimento ha riguardato da vicino anche i tossicodipendenti condannati a pena detentiva, modificando la disciplina sanzionatoria di cui si darà conto nei paragrafi successivi.

¹² Tale incompatibilità viene sancita anche in relazione alla custodia cautelare. L'art. 89 d.p.r. 309/1990 dispone, infatti, che qualora sia imputata persona tossicodipendente e ricorrano i presupposti per la custodia cautelare in carcere il giudice, ove non sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, dispone gli arresti domiciliari. Il presupposto è che la stessa abbia in corso un programma terapeutico di recupero presso servizi pubblici o strutture private autorizzata ai sensi dell'art. 116, e che l'interruzione del programma possa pregiudicare il recupero dell'imputato. Quando si procede per i delitti di cui agli artt. 628, III co., o 629, II co., del codice penale e comunque nel caso sussistano particolari esigenze cautelari, il provvedimento è subordinato alla prosecuzione del programma terapeutico in una struttura residenziale, vengono stabiliti orari, modalità, e controlli necessari al fine di assicurarsi della prosecuzione del programma di recupero ad opera del tossicodipendente. Nel caso in cui il tossicodipendente sia già in custodia cautelare in carcere ed intenda sottoporsi ad un programma di recupero, la misura cautelare è sostituita con quella degli arresti domiciliari su istanza dell'interessato ove non ricorrano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza.

Il giudice dispone la custodia cautelare in carcere o ne dispone il ripristino quando accerta che la persona ha interrotto l'esecuzione del programma, ovvero mantiene un comportamento incompatibile con la corretta esecuzione, o quando accerta che la persona non ha collaborato alla definizione del programma o ne ha rifiutato l'esecuzione.

Deve farsi ritorno agli ordinari parametri cautelari nel caso in cui si proceda per uno dei delitti previsti dall'art. 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, ad eccezione di quelli di cui agli artt. 628, III co., e 629, II co., del codice penale purché non siano ravvisabili elementi di collegamento con la criminalità organizzata od eversiva.

94); la sospensione dell'esecuzione della pena (art. 90); e nel caso non si possa o non si voglia accedere alle due precedenti soluzioni, la detenzione in istituti destinati a soli soggetti con problemi di dipendenza (art. 95).

Il recupero attraverso la cura costituisce la finalità dell'intero assetto normativo dedicato alla disciplina degli stupefacenti, ed anche rispetto a quegli individui che, per divieto di legge o a seguito di provvedimento dell'autorità giudiziaria, sono esclusi dal godimento delle misure sostitutive e che per ciò scontano la pena in carcere, sono previste garanzie di trattamento. Si cerca di utilizzare cura e sanzione una in funzione dell'altra: "al «ti curo punendoti», conseguente ad una concezione della tossicodipendenza come malattia, si coniuga il «ti punisco curandoti» che rimanda alla tossicodipendenza come colpa¹³".

4. Normativa attuale

Se l'istituto dell'affidamento in prova e quello della sospensione dell'esecuzione della pena si pongono fisicamente al di fuori del contesto carcerario, gli *istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi*¹⁴ in cui la pena detentiva deve essere scontata costituiscono *un altro carcere*.

Agli artt. 90 ss. d.p.r. n. 309/1990 è disciplinata la possibilità, in capo a soggetti che debbano espriare una pena detentiva per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza¹⁵, di ottenere, col limite di una sola concessione, la **sospensione dell'esecuzione della pena** per cinque anni, qualora si accerti che la persona si è sottoposta con esito positivo ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o privata autorizzata ai sensi dell'art. 116, d.p.r. n. 309/1990¹⁶. Il beneficio appare, pertanto, diretto a soggetti che avendo concluso con successo il percorso riabilitativo presentino un rischio di recidiva contenuto, l'istituto tende più alla dissuasione del condannato dal commettere ulteriori reati che ad una finalità di recupero vera e propria¹⁷.

All'istanza di sospensione¹⁸, sottoposta al vaglio del tribunale di sorveglianza competente, è, infatti, allegata idonea certificazione rilasciata dal Ser.T. o da

¹³ L'efficace osservazione è tratta da BECONI-FERRANINI, *Problemi di applicazione delle misure alternative*, p. 846.

¹⁴ Art. 95 d.p.r. 309/1990.

¹⁵ "[...] debbono intendersi per reati di tal genere soltanto quelli commessi da soggetto che fosse al momento del fatto in stato di tossicodipendenza ovvero quelli la cui commissione sia stata direttamente motivata da detta patologica situazione." (C. Cass., Sez. I, 14 giugno 2006, n. 35678).

¹⁶ Il beneficio 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 (art. 90, I co., d.p.r. 309/1990).

¹⁷ RECCHIONE, *Esecuzione e sospensione della pena detentiva nei confronti di tossicodipendenti*, in LICATA-RECCHIONE-RUSSO, *Gli stupefacenti: disciplina ed interpretazione*, Torino, 2015, pp. 505 ss.

¹⁸ L'istanza in questione deve essere presentata al P.M. competente, il quale, a norma dell'art. 656 c.p.p., controllata la sua regolarità formale e la completezza della documentazione allegata, sospende l'ordine di esecuzione e provvede a trasmetterla al Tribunale di

struttura privata accreditata attestante l'uso abituale accertato di sostanze stupefacenti o psicotrope, il tipo di programma terapeutico e socio-riabilitativo scelto, le modalità di realizzazione ed i risultati conseguiti a seguito del programma stesso. Il provvedimento che dispone la sospensione rende inapplicabili le misure di sicurezza, le pene accessorie e gli altri effetti penali della condanna, a meno che si tratti di confisca.

L'applicazione provvisoria del beneficio nel caso in cui l'ordine di carcerazione sia già stato eseguito è pure concedibile, su domanda dell'interessato al magistrato di sorveglianza, ove non vi siano elementi tali da far ritenere la sussistenza del pericolo di fuga e siano 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.

Il beneficio della sospensione è revocato di diritto nel caso il soggetto commetta, nei cinque anni successivi alla presentazione dell'istanza, un delitto non colposo punito con la reclusione. In caso contrario, alla buona condotta del tossicodipendente beneficiario conseguirà l'estinzione della pena e di ogni altro effetto penale. Il Tribunale di sorveglianza, competente ad assumere tanto il provvedimento di revoca quanto quello di estinzione della pena, può determinare una diversa e più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione, tenuto conto della durata delle limitazioni e delle prescrizioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto, proprio al fine di valorizzare la volontà del tossicodipendente di abbandonare comportamenti devianti. Laddove la stessa pena detentiva¹⁹ debba essere eseguita nei confronti di un tossicodipendente che abbia già in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, in ogni momento lo stesso può chiedere di essere affidato in prova al servizio sociale al fine di proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma concordato con una struttura sanitaria pubblica o con una struttura privata autorizzata. L'istituto muove dal presupposto dell'attualità dello stato di tossicodipendenza, ma prescinde dal fatto che il reato commesso sia connesso a quello specifico stato. Il sistema dell'affidamento terapeutico è, infatti, teso ad evitare che il tossicodipendente che abbia già volontariamente intrapreso la strada della riabilitazione o sia intenzionato a farlo entri inutilmente in contatto, o vi permanga senza ragione, con la dimensione carceraria. Il fine è quello di evitare una involuzione nel processo di recupero del soggetto²⁰.

Se il tribunale di sorveglianza ritiene di disporre l'affidamento, impartisce prescrizioni in merito alle modalità di esecuzione del programma ed adotta strumenti atti a verificare il corretto prosieguo del percorso riabilitativo. L'esecuzione della pena si considera iniziata dalla data del verbale di affidamento, tuttavia qualora il

Sorveglianza. Il provvedimento del P.M. ha efficacia interinale sino alla pronuncia del Tribunale di Sorveglianza.

¹⁹ V. *sup.* nota 15.

²⁰ IASEVOLI, *Il diritto al trattamento rieducativo e i profili processuali dell'affidamento in prova in casi particolari, dopo le c.d. leggi svuota-carceri*, in LICATA-RECCHIONE-RUSSO, *Gli stupefacenti*, pp. 535 ss.

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.

Anche in tal caso è richiesta apposita certificazione attestante lo stato di tossicodipendenza e l'idoneità del programma concordato ai fini del recupero del condannato. Come previsto per la sospensione dell'esecuzione della pena e con le stesse modalità, è consentita l'applicazione provvisoria della misura in questione.

Con la l. 21 febbraio 2014, n. 10, c.d. svuota carceri, si è provveduto all'abrogazione del quinto comma dell'art. 94 che prevedeva il divieto di disporre l'affidamento terapeutico per più di due volte, limite che non consentiva un'effettiva funzione rieducativa della pena nei confronti di soggetti ancora bisognosi di terapie e supporto psicologico²¹.

All'infuori delle soluzioni appena richiamate o nel caso della revoca di quei benefici, la pena detentiva per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza, *extrema ratio* per il condannato tossicodipendente, 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 istituti a custodia attenuata regolamentati dal d.p.r. 30 giugno 2000, n. 230. Sparsi sul territorio nazionale, gli **Icatt** sono considerati carceri di secondo livello, ad essi i detenuti possono accedere solo se in stato di “divezzamento” dalla dipendenza; gli stessi devono risultare, cioè, già disintossicati essendo possibile in tali istituti solo terapie di sostegno a base di psicofarmaci e non anche terapie di mantenimento a base di metadone, come quelle spesso adottate dagli istituti detentivi ordinari che per primi accolgono i tossicodipendenti.

La procedura di ammissione all'Icatt si attiva con la presentazione di un'istanza di trasferimento valutata dal c.d. gruppo filtro (composto da un magistrato di sorveglianza, psicologi, assistenti sociali) sulla base delle informazioni fornite dall'istituto di provenienza, della personalità dell'individuo, delle sue problematiche e dell'indice di pericolosità sociale²². Attore principale del programma di recupero è il tossicodipendente chiamato a sottoscrivere un vero e proprio *contratto terapeutico*²³ con il quale lo stesso si impegna, dopo un breve periodo di

²¹ Nella stessa direzione si poneva l'abrogazione dell'art. 94 *bis*. L'articolo, dapprima inserito con l. 5 dicembre 2005, n. 51 e poi abrogato con L. 21 febbraio 2006, n. 49, prevedeva limiti alla concessione dei benefici della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari nei confronti dei soggetti recidivi reiterati.

²² Particolarmente rilevante ai fini della valutazione è anche l'età del richiedente; si tende nei fatti a privilegiare i soggetti giovani, ritenendo che su di essi l'intervento riabilitativo possa sortire effetti maggiori. Pure il dato dell'intervento di una condanna definitiva è apprezzato nell'ottica di poter pianificare un percorso a lungo periodo e per ciò stesso maggiormente efficace. DE SIMONE, *La disciplina penale degli stupefacenti*, pp. 203 ss.

²³ MORRONE, *Il trattamento penitenziario e le alternative alla detenzione*, Padova, 2003, p. 150 (“il ricorso ad un paradigma contrattuale – (come il cd. contratto terapeutico) – tra

adattamento, alla proficua e disciplinata partecipazione alle molteplici attività svolte all'interno dell'istituto.

Il graduale reinserimento nella società "sana" passa attraverso un contatto diretto con la realtà esterna al carcere, contatto che concede al tossicodipendente di immaginare la sua vita da soggetto nuovamente libero e che lo sprona, pertanto, a pianificarla proseguendo sulla via del recupero.

Centrale è il concetto di territorializzazione della pena mediante la creazione di appositi protocolli d'intesa con Enti ed Aziende Sanitarie locali, con l'associazionismo ed il volontariato presenti sul territorio, al fine di favorire l'integrazione del detenuto con il tessuto sociale chiamato ad accoglierlo al termine della pena. Sulla base di tali accordi vengono organizzate attività a carattere culturale e ricreativo, lavorative, a cui si accompagnano permessi premio finalizzati al recupero delle relazioni familiari del detenuto. Elemento caratterizzante degli Icat è proprio la volontà di sottrarre soggetti strutturalmente deboli, quali i tossicodipendenti, a quell'universo "moltiplicatore del disagio" che è l'ordinario contesto detentivo²⁴.

Nell'insieme, tutte le citate misure costituiscono il modo che l'ordinamento italiano ha ideato al fine di assicurare ai condannati tossicodipendenti modalità di esecuzione della pena, prevalentemente caratterizzate da aspetti terapeutici volti nel contempo alla tutela della salute e della sicurezza pubblica.

Non devono sottovalutarsi le altre opportunità alternative alla detenzione, disciplinate dalla legge n. 354/1975 *Norme sull'ordinamento penitenziario* e successive sue modifiche ed integrazioni, quali l'affidamento in prova al servizio sociale, la detenzione domiciliare e la semilibertà; tali istituti possono comunque essere applicati ai tossicodipendenti che non abbiano avuto accesso a misure alternative specifiche per mancanza di requisiti richiesti *ex lege*, ed in particolare quello del reperimento di un posto presso una Comunità terapeutica accreditata, residenziale o semiresidenziale.

Inoltre, arretrando al momento stesso della pronuncia di sentenza di condanna, per effetto di quanto stabilito all'art. 73, comma 5 *bis*, d.p.r. n. 309/1990, è possibile applicare, in luogo della pena detentiva, la sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità, limitatamente ai reati di cui ai commi precedenti dello stesso articolo commessi da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti.

In ogni caso, anche la semplice detenzione in carcere non dovrebbe escludere, anzi dovrebbe necessariamente implicare, il diritto del tossicodipendente di ricevere all'interno degli istituti carcerari cure mediche e assistenza allo scopo della sua riabilitazione; dello stesso diritto beneficiano anche i condannati con sentenza non definitiva e sottoposti a custodia cautelare. A tal fine l'art. 96, d.p.r. n. 309/1990

utente ed amministrazione penitenziaria costituisce una ulteriore affermazione della necessità dell'elemento della volontà per la realizzazione e per l'eventuale buon esito del trattamento terapeutico e socio-riabilitativo. Il tutto in armonia con quanto previsto dall'art. 32 Cost. in merito alla volontarietà dei trattamenti sanitari.").

²⁴ MORRONE, *Il trattamento penitenziario*, p. 145.

prevede il coinvolgimento di aziende sanitarie locali, istituti di pena e servizi sanitari interni agli stessi nell'ottica di garantire il principio di equivalenza delle cure, assicurando al tossicodipendente le stesse prestazioni a cui avrebbero diritto tutti gli altri individui della comunità²⁵.

5. La realtà ed i suoi nodi irrisolti

Inevitabile è la constatazione dei molteplici sforzi che il legislatore ha intrapreso sul piano normativo al fine della valorizzazione della condizione di condannato tossicodipendente e di differenziazione degli istituti di pena. Altrettanto incontestabile è, però, che ci siano ancora ad oggi numerosi spunti problematici in materia.

Sul piano tecnico-organizzativo, la delega al Sistema Sanitario Nazionale a collaborare con l'amministrazione penitenziaria nella fase punitiva ha comportato l'intrecciarsi dei problemi tipici del sistema di esecuzione pena con quelli, del tutto peculiari, dell'apparato di sanità penitenziaria.

La riforma di tale apparato ha previsto il transito della tossicodipendenza alla competenza delle Regioni ancor prima del trasferimento di tutte le altre funzioni di sanità penitenziaria²⁶. In questo ambito vi sono differenze organizzative vistose tra nord, centro e sud Italia. Questo, inevitabilmente, comporta differenze sulla qualità e quantità dei servizi erogati e sull'efficacia dei trattamenti, diversa per il solo fatto che il paziente risieda in una zona rispetto ad un'altra.

Significative differenze persistono, inoltre, sui requisiti delle strutture terapeutico-riabilitative private accreditate. Gli stessi modelli organizzativi e di programmazione delle Regioni appaiono al quanto variegati. Pure il profilo della rilevazione del fenomeno della tossicodipendenza ha subito una profonda trasformazione: fino al 2008, anno in cui effettivamente avvenne il transito della sanità penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale, i sistemi informativi del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria contribuivano al monitoraggio del numero di tossicodipendenti, raccoglievano informazioni sulle sostanze assunte, sull'eventuale trattamento metadonico, sull'infezione da HIV, sugli screening e le misure adottate, sull'alcool-dipendenza. Tutto ciò consentiva di stabilire la relazione esistente tra stato di tossicodipendenza e violazione della normativa sugli stupefacenti, con importanti conseguenze non relegate unicamente al piano statistico ma utili ad un'analisi del fenomeno nella sua interezza e all'individuazione di contromisure realmente efficaci.

²⁵ Pare appena il caso di considerare che la nota situazione attuale degli istituti detentivi non sembra essere in grado di predisporre le giuste premesse per il recupero e la riabilitazione di alcun condannato. La stessa assenza dello spazio minimo vitale nelle carceri configura un trattamento contrario al senso di umanità, comunque inumano e degradante (art. 27, II co. Cost. e 3 CEDU). V. *Causa Sulejmanovic c. Italia*, Corte EDU, sez. II. 16 luglio 2009, ricorso n. 22635/2003. VIGANÒ, *Sentenza pilota della Corte EDU sul sovraffollamento delle carceri italiane: il nostro Paese chiamato all'adozione di rimedi strutturali entro il termine di un anno*, in *penalecontemporaneo.it*, 9 gennaio 2013.

²⁶ Trasferimento avvenuto in applicazione dell'art. 8, I co., D.Lgs. 230/99.

Dunque, anche di queste mancanze, oltre che di quelle propriamente infrastrutturali, l'intero assetto a sostegno del recupero del soggetto tossicodipendente è chiamato a farsi carico²⁷.

Un generale *deficit* informativo è, d'altronde, alla base di una questione cruciale, la cui incidenza è troppo spesso sottostimata, quella della definizione stessa di *stato di tossicodipendenza*. Tale definizione è di fondamentale importanza nell'individuazione degli interventi socio-riabilitativi che meglio si addicono al singolo soggetto, ma la complessità degli stili di consumo, le molteplici conseguenze psico-fisiche che l'impiego di sostanze stupefacenti può produrre, il fenomeno sempre più diffuso del *poliabuso*, le stesse motivazioni e la considerazione dell'ambiente sociale che hanno indotto un individuo a cedere all'assunzione di droghe, rendono oggettivamente difficile una diagnosi accurata. La conseguenza è l'equiparazione tra differenti modalità di assunzione di sostanze stupefacenti diverse e, in particolare, tra l'uso ed abuso di esse; il problema è quello della svalutazione delle profonde differenze che corrono tra il consumatore occasionale, quello abituale e quello dipendente. In fondo, è lo stesso dato normativo che, adottando una definizione di dipendenza molto ampia, depone nel senso di un suo appiattimento²⁸. Ciò si riflette sulle modalità di accertamento e certificazione dello stato di tossicodipendenza, svolte sulla base di parametri standardizzati, di procedure medico-legali²⁹, che trascurano, invece, un'indagine clinico-comportamentale, finendo per attribuire decisività ad un dato oggettivo del tutto irrilevante al fine della costruzione di un percorso individualizzato di risocializzazione.

Una concezione monolitica di tossicodipendente-tipo pervade, inevitabilmente, anche il momento valutativo in relazione alla concessione di misure alternative alla detenzione. Perché il sistema possa funzionare e la pena avere un senso, è necessario constatare che esistono diversi gradi di tossicodipendenza, con fasi e schemi culturali di riferimento differenti; bisognerebbe individuare, poi, l'offerta di programmi terapeutici e differenziarla a seconda dei bisogni e della personalità dell'utente, per non ricadere nel citato sistema di *istituzioni totali* in cui l'autorità, esercitata verticalmente, prescinde dalla considerazione del condannato. Una complessa ed attenta valutazione non potrebbe prescindere dal contatto diretto fra il soggetto tossicodipendente e l'autorità che presiede al sistema di esecuzione/recupero. Tuttavia, nella realtà dei fatti, per il sommarsi di diverse circostanze, la magistratura di sorveglianza non ha conoscenza del destinatario delle sue decisioni che non sia meramente burocratica, le variabili prese in considerazione sono solitamente l'età del soggetto, la durata della tossicodipendenza, il numero di precedenti penali, la

²⁷ Per un approfondimento della tematica si rinvia a DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA-Presidenza Consiglio dei Ministri, *Relazione Annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, pp. 200 ss.

²⁸ Ad esempio l'art 96, d.p.r.309/1990 si riferisce indifferentemente al soggetto abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed a quello che comunque abbia problemi di tossicodipendenza. Manca una distinzione tra le due figure pure all'art 73, co.V-bis.

²⁹ Ci si riferisce alla ricerca, nelle urine, nel sudore o nei capelli, di metaboliti degli stupefacenti.

tipologia dei reati commessi, la provenienza etnica; le valutazioni si basano in maniera determinante su (pre)giudizi di tipo probabilistico. Se a quanto detto si aggiunge la lunghezza dei tempi processuali, ben si comprende quanto dispendioso sia per la collettività e per il tossicodipendente stesso, estraneo ad intenti dilatori, un percorso di recupero attivato a distanza di tempo dalla commissione del reato. Un intervento giurisdizionale tempestivo potrebbe, infatti, giocare un ruolo significativo tanto nella lotta al protrarsi della dipendenza, quanto nella prevenzione della recidiva. La risposta tardiva dell'ordinamento contribuisce, inconsapevolmente, a favorire l'aggravamento delle posizioni dei tossicodipendenti, dato il cumularsi delle pene, e quello delle minacce a cui la collettività è giornalmente sottoposta.

Sul punto, appaiono pienamente condivisibili le proposte di certa dottrina³⁰ volte all'introduzione di un nuovo modello processuale in materia, che consenta di concentrare i tempi ed accelerare la "presa in carico" del tossicodipendente³¹.

6. Considerazioni conclusive

La realtà dei fatti, così come richiamata nelle pagine precedenti, sembra sottendere un equivoco di fondo: l'effettivo recupero del tossicodipendente autore di reati è proposto come alternativa alla classica detenzione, ma rimane pur sempre una sanzione!

Perché qualsiasi trattamento registri un buon esito è necessario che si svolga dietro la piena adesione del suo utente; quanto la volontà manifestata da un tossicodipendente di percorrere strade alternative alla semplice detenzione in carcere può dirsi pienamente coincidente con la voglia di intraprendere un percorso terapeutico? In fondo i termini sono quelli di un *aut aut* tra la privazione più severa della propria libertà e quella modulata delle misure alternative. È chiaro che non possa aversi una piena adesione al programma di riabilitazione quando i luoghi alternativi alla detenzione si configurino come spazi per l'espiazione di una pena sostitutiva, seppur più lieve³².

³⁰ ROMANO, *L'esigenza di un processo speciale per i tossicodipendenti*, in *Esecuzione penale*, pp. 331-347. Si suggerisce l'introduzione di un rito particolarmente favorevole, che abbia come presupposto una richiesta di patteggiamento, con previsione di un rigoroso termine perentorio per la presentazione dell'istanza tale da consentire la sollecita applicazione della pena alternativa sia in sede di giudizio direttissimo sia in sede di sviluppo ordinario della vicenda processuale. Così facendo si attribuirebbe al giudice della cognizione la possibilità di applicare la pena concordata nella forma di misura alternativa terapeutica evitando la cesura, dovuta al passaggio di competenza alla magistratura di sorveglianza, con il momento di effettiva esecuzione della pena.

³¹ In tale direzione si collocava l'esperienza del progetto "DAP Prima" il quale prevedeva, in relazione ai giudizi direttissimi, la possibilità del giudice di concedere contestualmente alla pronuncia della condanna una misura alternativa dietro il parere e la predisposizione di un idoneo programma di recupero formulato da un Ser.T istituito presso il Tribunale. Tale sperimentazione interessò i Tribunali di Milano, Padova, Roma, Reggio Calabria e Catania tra gli anni 2005-2007.

³²Cfr. MORRONE, *Il trattamento penitenziario*, p. 150, in riferimento al c.d. contratto terapeutico la cui sottoscrizione ad opera del tossicodipendente è necessaria al fine dell'accesso all'Icatt, l'autore sottolinea che: "Nel caso di specie, però, la volontarietà del

Probabilmente si dovrebbe tendere quanto più possibile all'esaltazione del momento terapeutico rispetto a quello sanzionatorio, orientando costituzionalmente l'individuazione di uno spartiacque tra esigenza di terapia e sanzione penale, nel rispetto del principio personalista (art. 2 Cost.) e del corretto sviluppo della persona³³.

La tensione tra queste due esigenze si percepisce anche nel corso dell'esecuzione stessa delle misure alternative. Rispetto alle violazioni delle prescrizioni commesse dal soggetto sottoposto a programma terapeutico di recupero, di cui, a norma dell'art. 94, comma 6 *ter*, d.p.r. 309/1990, il responsabile della struttura presso cui lo stesso si svolge è tenuto a dare notizia all'autorità giudiziaria, vengono in evidenza due concezioni antitetiche del tossicodipendente. Se lo stesso viene considerato paziente bisognoso di cure e riabilitazione e la misura alternativa uno strumento a carattere profondamente terapeutico, la ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti rappresenta un'eventualità prevedibile e "naturale" lungo la strada della disintossicazione; se, invece, il tossicodipendente viene considerato principalmente come un soggetto chiamato a scontare una condanna e la misura alternativa un diverso carcere, allora la violazione delle prescrizioni costituirà un sufficiente motivo per la revoca del beneficio e l'abbandono di qualsiasi finalità di recupero del soggetto³⁴.

Nel persistere del dualismo di tale concezione, fondamentale diviene l'operato sinergico, e cosciente della diversità dei ruoli a ciascuno affidati, tra i numerosi soggetti coinvolti³⁵ nell'esecuzione della pena. L'obiettivo rimane quello della valorizzazione dell'unico aspetto realmente utile della sanzione penale, costituito dalla possibilità di "agganciare" un individuo che risulterebbe altrimenti inafferrabile nella società libera, e rendendo la pena lo strumento capace di offrire quell'intervento sociale che evidentemente è mancato nel momento antecedente alla sua caduta nella dipendenza.

trattamento avanzato, benché formalmente libera, risente comunque della coercizione psicologica connessa al fatto che il mancato accesso alla custodia attenuata determina il perdurare del regime penitenziario ordinario, il quale, dovendo bilanciare le esigenze trattamentali con quelle della sicurezza, risulta di certo più sfavorevole per il condannato".

³³ IASEVOLI, *Il diritto al trattamento rieducativo*, in LICATA-RECCHIONE-RUSSO, *Gli stupefacenti*, p. 540.

³⁴ BERTACCINI, *Punizione e trattamento: ragioni e limiti del binomio custodia-cura nei confronti dei tossicodipendenti*, in AA.VV., *Libertà dal carcere, libertà nel carcere*, Torino, 2013, p. 254.

³⁵ Regioni, Servizi Sanitari, Ser.T, Amministrazione Penitenziaria, Magistratura di Sorveglianza ed Uffici di Esecuzione Penale Esterna.