

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
DISSAL – DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE**



**MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN
CRIMINOLOGIA E SCIENZE
PSICOFORENSI (VII EDIZIONE)**

TESI

*Il trattamento penitenziario e le misure alternative alla
detenzione per i tossicodipendenti.
Un'analisi delle esperienze della Sezione a Custodia Attenuata
della Casa Circondariale di Genova Marassi.*

Relatore: Prof. Andrea Giannichedda

**Candidata: Dott.ssa Chiara Garrone
Matricola: 3570360**

Anno Accademico 2017-2018

*“L’istituzione totale è un ibrido sociale,
in parte comunità residenziale,
in parte organizzazione formale;
qui sta appunto il suo particolare interesse sociologico.
Inoltre vi sono altre ragioni di interesse in questo tipo di organizzazioni.
Nella nostra società esse sono luoghi in cui si forzano alcune persone a
diventare diverse:
si tratta di un esperimento naturale su ciò che può essere fatto del sé.”*

Erving Goffman, *“Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza”*.

Indice:

Introduzione.....	5
--------------------------	----------

Capitolo I:

Disciplina normativa del trattamento penitenziario del detenuto tossicodipendente e delle misure alternative alla detenzione.....	7
--	----------

1. La finalità rieducativa della pena.....	7
2. L'evoluzione della legislazione penale e la tossicodipendenza.....	9
2.1. La legge 685/1975 e le riforme successive.....	9
2.2. La legge Fini-Giovanardi (l. 49/2006).....	14
3. Alcuni dati in tema di detenzione e tossicodipendenza.....	15
4. Il trattamento del soggetto tossicodipendente in carcere.....	18
4.1. La nozione di tossicodipendenza e di alcoldipendenza.....	18
4.2. I reati commessi dal tossicodipendente.....	21
4.3. Il quadro normativo di riferimento rispetto al circuito detentivo della custodia attenuata.....	23
5. Le misure alternative alla detenzione.....	27
5.1. L'affidamento in prova al servizio sociale.....	31
5.2. L'affidamento in prova speciale per tossicodipendenti ed alcoldipendenti.....	34
5.3. La detenzione domiciliare.....	38
5.4. La semilibertà.....	42

Capitolo II:

L'esperienza della sezione a custodia attenuata nella Casa Circondariale di Genova Marassi.....	46
--	-----------

1. Le caratteristiche delle strutture a custodia attenuata.....	46
2. La custodia attenuata all'interno del carcere di Marassi.....	52
2.1. L'organizzazione del tempo in custodia attenuata.....	55
2.2. Attività esterne alla sezione in art. 21 o.p.....	59
2.3. Punti di forza e criticità.....	63

Capitolo III:

Il mio tirocinio all'interno della Casa Circondariale di Genova Marassi..... 67

1. La mia esperienza di tirocinio.....67
2. Voci e testimonianze dei detenuti a colloquio con il criminologo della
sezione a custodia attenuata.....68
3. Le riunioni con il Ser.T interno al carcere.....73
4. Le riunioni d'équipe.....74

Conclusioni.....79

Bibliografia.....86

INTRODUZIONE

Il seguente lavoro di tesi offre principalmente un'analisi del percorso trattamentale e terapeutico che il detenuto con problemi di tossicodipendenza od alcoldipendenza deve (o forse dovrebbe) affrontare all'interno dell'istituzione penitenziaria.

In occasione della mia esperienza di tirocinio svolta all'interno della Casa Circondariale di Genova Marassi, ho deciso di approfondire il tema del circuito detentivo della custodia attenuata soffermandomi in maniera particolare sul lavoro svolto dagli operatori penitenziari e sui risultati che questo produce in capo ai detenuti tossicodipendenti.

Nel Capitolo I viene affrontato il contesto normativo entro il quale si colloca l'esecuzione della pena proprio nei confronti dei soggetti tossicodipendenti.

Ripercorrendo le principali tappe che hanno caratterizzato l'evoluzione legislativa in tale ambito, sono giunta successivamente all'esposizione ed al commento di alcuni dati statistici che rendono maggiormente comprensibile come oggi la crescente presenza di tossicodipendenti in carcere sia un fenomeno reale ed in continua espansione.

Inoltre, sempre nella prima parte di questa trattazione, ho cercato di dare una definizione, il più possibile completa, di tossicodipendenza ed alcoldipendenza, ponendo particolare attenzione alla tipologia di reati commessi da questa categoria di detenuti.

Infine, in conclusione del Capitolo I, viene affrontato il tema delle misure alternative alla detenzione che rientrano anch'esse in un progetto di prevenzione e reintegrazione sociale, le quali vengono intese come soluzione differente a quella meramente custodiale.

Con il Capitolo II ho voluto addentrarmi maggiormente nella spiegazione della sezione a custodia attenuata e del lavoro che viene svolto al suo interno.

Le sezioni a custodia attenuata sono nate dopo l'entrata in vigore del D.P.R. n. 309/90, che ha assegnato all'Amministrazione penitenziaria nuovi compiti per quanto riguarda il trattamento socio-sanitario, il recupero ed il successivo reinserimento sociale dei detenuti tossicodipendenti.

All'interno della sezione la funzione custodialistica, tipica del carcere, è coniugata in maniera armonica con quella trattamentale, in modo che la socializzazione con le regole di civile convivenza avvenga in un contesto diverso da quello che normalmente

connota l'ambiente detentivo, tenendo conto della particolare struttura di personalità del tossicodipendente.

Grazie alla mia esperienza di tirocinio ho avuto modo di vivere in maniera diretta la vita dei detenuti all'interno della 3^a sezione del carcere di Marassi e di comprendere maggiormente il lavoro svolto dagli operatori al suo interno.

Nel descrivere la situazione propria del carcere genovese, non ho potuto fare a meno di illustrare il progetto intrapreso dalla cooperativa sociale "Il Biscione", la quale gestisce attualmente ogni aspetto del trattamento in sezione.

Tuttavia, al termine del secondo capitolo ho voluto mettere in luce sia gli aspetti positivi che quelli negativi che ho avuto modo di notare durante tutto il periodo del tirocinio.

Nel III ed ultimo capitolo, grazie ai colloqui effettuati con i detenuti affiancando il criminologo ed alla partecipazione alle riunioni con il Ser.T ed a quelle d'équipe, ho cercato di far "entrare" il lettore nel pieno della mia esperienza, riportando anche alcune voci e testimonianze dei detenuti e delle persone che ho avuto l'occasione di incontrare in questo mio periodo di formazione.

In definitiva, l'obiettivo di questo elaborato è offrire un'analisi approfondita, sia sotto il profilo giuridico che sotto quello trattamentale, del percorso detentivo della persona tossicodipendente, proponendo una riflessione sui vantaggi, ma anche sugli aspetti più critici, che caratterizzano il circuito penitenziario della custodia attenuata.

La mia tesi, ovviamente, non mira a fornire delle risposte assolute, ma invita ad adottare uno sguardo critico e realistico sul possibile recupero del soggetto tossicodipendente in carcere e sulle possibili strade che possono essere intraprese al fine di facilitare il lavoro dell'operatore penitenziario.

CAPITOLO I

DISCIPLINA NORMATIVA DEL TRATTAMENTO PENITENZIARIO DEL DETENUTO TOSSICODIPENDENTE E DELLE MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE

1. La finalità rieducativa della pena

La Costituzione italiana, all'art. 27 c.3, prevedendo come le pene debbano <<tendere alla rieducazione del condannato>> sancisce uno dei principi cardine sottesi all'intera fase dell'esecuzione penale.

Sulla base di tale precetto costituzionale è possibile affermare che l'attuazione del trattamento rieducativo nel corso dell'esecuzione delle sanzioni penali discende da un impegno solenne che lo Stato ha assunto nei confronti di sé stesso, quale organizzazione sociale fondata sull'osservanza di principi prevalenti sugli interessi e sulle aspirazioni dei singoli.

La finalità rieducativa della pena introduce una dimensione del trattamento sanzionatorio assolutamente innovativa nel contesto storico in cui fu formulata la Costituzione stessa. Se, infatti, la sanzione penale era sempre stata concepita in senso “retributivo”, vale a dire, quale corrispettivo al comportamento socialmente dannoso posto in essere dal reo¹, ed in funzione “preventiva” quale deterrente alla commissione di nuovi illeciti², in forza dell'art. 27 co. 3 Cost. la pena assume primariamente una funzione di “recupero sociale”, finalizzata al reinserimento nella società del colpevole.

¹ La funzione retributiva della pena consiste proprio nel colpire il soggetto che viola la norma penale con una pena che corrisponda al danno sociale procurato. Corollario del principio retributivo è la proporzione della sanzione: deve esistere una necessaria proporzione tra la gravità dell'illecito commesso e la pena comminata.

² In particolare, la teoria della prevenzione generale si basa sulla convinzione che la minaccia della sanzione rappresenti uno strumento per dissuadere i consociati dal compimento di atti penalmente rilevanti, diversamente, l'idea della prevenzione speciale poggia sulla considerazione che la comminazione della pena serva a distogliere il destinatario dal compiere in futuro nuovi fatti di reato.

I principi costituzionali in materia penale in una prospettiva di razionalità punitiva, delineano una cornice chiaramente preordinata a bilanciare l'efficienza repressiva con la garanzia dei diritti fondamentali della persona.

Tuttavia, in una prima fase, la Corte Costituzionale aveva interpretato in modo riduttivo il significato del finalismo rieducativo nella cornice di una concezione "polifunzionale" della pena. Infatti, in alcune pronunce meno recenti, la Corte considerava l'obiettivo della risocializzazione come "*marginale o addirittura eventuale*" e comunque circoscritto entro i limiti del trattamento penitenziario³.

La svolta avviene con la sentenza n. 313 del 1990: la Corte afferma che <<*in uno Stato evoluto la finalità rieducativa non può essere ritenuta estranea alla legittimazione e alla funzione stessa della pena*>>⁴. Se, dunque, il finalismo rieducativo informa di per sé il sistema penale nel suo complesso, anche la commisurazione della pena non può prescindere dalle insopprimibili esigenze di risocializzazione, da determinare in relazione alla gravità del reato e alla personalità dell'imputato.

Nella "fisionomia" costituzionale della pena occupa un posto centrale la finalità di recupero del reo, di orientarlo al rispetto delle regole basilari della convivenza e di incoraggiarlo ad intraprendere un cammino verso il reinserimento nella società.

Il percorso rieducativo indicato dall'art. 27 della Costituzione rappresenta una pretesa, oltre che un dovere, che il soggetto può rivendicare dinanzi all'inadempimento dello Stato. Il verbo "*tendere*" serve proprio a sottolineare che la funzione rieducativa deve svolgersi nel rispetto dell'autodeterminazione del singolo⁵.

Sulla base di queste brevi ma necessarie premesse si può iniziare a comprendere e ad analizzare le particolarità inerenti all'esecuzione della pena nei confronti dei soggetti tossicodipendenti.

Il percorso rieducativo dei detenuti tossicodipendenti, infatti, assume dei caratteri del tutto peculiari poiché l'apporto trattamentale raggiunge la sua massima estensione, prevalendo talvolta sull'aspetto custodiale.

³ Corte Cost. n. 12 del 1966.

⁴ Corte Cost. n. 313 del 1990.

⁵ G. FIANDACA – E. MUSCO, *Diritto penale, parte generale*, Zanichelli, 2014, p. 701.

2. L'evoluzione della legislazione penale e la tossicodipendenza

Le scelte del legislatore ed il dibattito che ha preceduto e seguito i non pochi cambiamenti della legge nel contrasto al fenomeno delle sostanze stupefacenti costituiscono un tema dominante di tutto il secolo scorso ed ancora negli ultimi anni si è assistito ad ulteriori e significative novelle normative.

In questo quadro la prima organica disciplina penale in ordine alla produzione, al commercio e all'impiego degli stupefacenti si ebbe soltanto con la legge 22 ottobre 1954, n. 1041, che si caratterizzava per una generalizzata criminalizzazione di tutti i soggetti coinvolti e dunque per l'assenza di qualsiasi distinzione tra consumatore, spacciatore o produttore di sostanze.

2.1. La legge 685/1975 e le riforme successive

Dovette attendersi la legge 22 dicembre 1975, n. 685 (*Disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*) per rinvenire un espresso riferimento alla prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, con un primo approccio alla dimensione sanitaria del fenomeno.

Questo primo riconoscimento della necessità di tutelare il diritto alla salute dei soggetti tossicodipendenti in esecuzione di pena è contenuto nell'art. 84 della legge stessa, con il quale il legislatore conferisce il <<diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione a chiunque si trovi in stato di custodia preventiva di espiazione di pena>> e sia ritenuto <<abituamente dedito all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope>>.

Con il secondo comma di questo articolo il legislatore conferiva al Ministro di grazia e giustizia il compito di organizzare <<con proprio decreto, su basi territoriali reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali>>.

Mentre la legge n. 1041 del 1954 sanzionava allo stesso modo il consumatore e lo spacciatore⁶, il legislatore del 1975 ha cercato di fronteggiare il fenomeno tramite una strategia differenziata che percorre due diversi binari. Da un lato si depenalizzò l'uso personale degli stupefacenti, privilegiando, rispetto al lato repressivo, il recupero attraverso il trattamento personalizzato ed il reinserimento sociale del tossicodipendente. Dall'altro, si intensificò la repressione della circolazione e del traffico delle sostanze stupefacenti, aumentando le pene edittali previste per queste condotte e creando nuove fattispecie di reato. La strategia scelta dal legislatore era quella di ridurre la popolazione carceraria tossicodipendente tramite un'attenuazione dei fenomeni criminali o devianti riconducibili alla droga e che fossero connotati da una scarsa pericolosità sociale. In sostanza, in un'ottica di cura del tossicodipendente, che in quanto malato avrebbe subito anche un aggravamento delle sue condizioni psicofisiche attraverso il contatto con il carcere, si riteneva che, per evitare il sovraffollamento carcerario causato da questa particolare categoria di detenuti, fosse sufficiente prevedere una norma che consentisse di evitare il carcere ai soggetti intossicati trovati in possesso di un quantitativo di droga destinato al consumo personale⁷.

La legge dava così attuazione a delle riflessioni in materia di droga e di trattamento dei tossicodipendenti. Il legislatore italiano fu il primo ad avere il coraggio di imboccare la strada suggerita dal dibattito sociologico che in quegli anni si stava svolgendo in Europa e soprattutto negli Stati Uniti sulla capacità dello strumento carcerario tradizionale di assicurare l'obiettivo finale del recupero sociale del detenuto.

Le analisi sociologiche delle "istituzioni totali" condotte fino all'inizio degli anni Settanta del secolo scorso evidenziavano l'incapacità dell'istituzione detentiva di raggiungere tale obiettivo, enfatizzando, al contrario, la sua tendenza a produrre nei reclusi la sindrome da "prigionizzazione"⁸. Esse spiegavano come l'isolamento dal resto del contesto sociale, non compensato da un opportuno sostegno, collocasse i soggetti segregati in seno ad una realtà percepita come avulsa. Inoltre, il contatto continuo con

⁶ Norma "manifesto" di questa legge era l'art. 6, che reprimeva, con la pena da tre a otto anni, nove diverse tipologie di condotta (acquistare, vendere, cedere, importare, esportare, far transitare, procurare ad altri, impiegare o comunque detenere) laddove realizzate in assenza di apposita autorizzazione.

⁷ B. GUAZZALOCA, *L'esecuzione della pena del tossicodipendente*, in G. INSOLERA (a cura di), *Le sostanze stupefacenti*, UTET, Torino, 1998, p. 505.

⁸ Per la nozione di "istituzione totale" si veda E. GOFFMAN (1961), *Asylum. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino, 1968.

Per la nozione di "prigionizzazione" D. CLEMMER, *The prison community*, Christopher Publishing, 1940.

individui caratterizzati da un notevole spessore criminologico, fornisce al detenuto modelli comportamentali antisociali.

All'interno del carcere anche l'attività lavorativa che il detenuto dovrebbe svolgere è organizzata, come ha evidenziato Erving Goffman, secondo logiche che assecondano la cultura penitenziaria e che pertanto contribuiscono ad annichilire la soggettività dei reclusi⁹.

Sulla scorta di queste analisi, gli autori meno radicali suggerivano la realizzazione di strutture contenitive orientate verso l'accoglimento della "cultura terapeutica", considerata capace di neutralizzare gli effetti de-socializzanti della "cultura penitenziaria". Questa era la strada suggerita, per esempio, da Maxwell Jones, per il quale ciò che distingue una comunità terapeutica dalle altre istituzioni totali <<è il modo in cui le risorse globali dell'istituzione, lo staff, i pazienti e i loro parenti si riuniscono auto-coscientemente per favorire il trattamento>> poiché <<ciò implica soprattutto una modificazione nell'abituale status dei pazienti>>¹⁰.

Queste analisi spingono decisamente verso la soluzione comunitaria e la decarcerizzazione: strada che il legislatore italiano sarà costretto a intraprendere qualche anno più tardi. La scelta di creare spazi terapeutici all'interno del carcere poneva il legislatore in linea con i suggerimenti delle istituzioni internazionali¹¹.

Si venne così a creare l'idea che la cultura carceraria non consente di recuperare le capacità di reintegrarsi nel tessuto sociale e dall'altro che la cultura terapeutica è in grado di sovvertire completamente l'organizzazione delle strutture penitenziarie tradizionali, in quanto presuppone che, all'interno della struttura segregante si sviluppi una stabile autonomia comunicativa. Infatti, un'organizzazione contenitiva terapeutica, mirando a migliorare la percezione che i detenuti hanno della realtà esteriore e di sé stessi, promuove continuamente l'analisi della vita comunitaria e questo modo di operare apre gli spazi per eliminare la degradante condizione di assoluta passività alla quale l'ambiente penitenziario assoggetta l'individuo¹². La scelta del legislatore di avviare la costituzione

⁹ Secondo Goffman l'ingresso in un'istituzione totale segna per l'individuo l'inizio della sua "carriera morale", ossia del <<...progressivo mutare del tipo di credenze che l'individuo ha su di sé e su coloro che gli sono vicini>> (*Asylum*, p. 44). Questo percorso inizia con una "spoliazione di ruoli", ovvero una serie di perdite che mortificano l'identità dell'individuo fino a cancellarla: si perdono le cose che prima si possedevano, si perdono alcuni ruoli che si avevano all'esterno, si perdono le relazioni, si perde l'autonomia delle proprie azioni.

¹⁰ M. JONES, *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Etas Kompass, Milano, 1970, p. 121.

¹¹ Vedi studio condotto dalle Nazioni Unite nel 1965: "*Le Jeune adultè délinquant*", edito dall'O.N.U..

¹² T BANDINI, U. GATTI, "*La comunità terapeutica nelle carceri*", in *Quaderni di Criminologia Clinica*, 1970, pp. 305-317.

di reparti carcerari opportunamente attrezzati all'interno dei quali attuare un trattamento penitenziario differenziato per i soggetti abitualmente dediti al consumo di sostanze stupefacenti, mirava a dar vita ad una cultura penitenziaria lontana dalle scelte trattamentali fino ad allora compiute, e più orientata in senso "terapeutico".

La dura reazione che questa impostazione suscitò nella dottrina e nell'amministrazione penitenziaria dimostrò la scarsa diffusione di una coscienza consapevole delle problematiche rappresentate dal detenuto tossicodipendente.

La dottrina più autorevole si assestò su posizioni "caute", sostenendo che i detenuti tossicodipendenti dovessero avere dei contatti con tutti gli altri detenuti comuni, dato che un efficiente trattamento si deve basare su un'interazione fra soggetti aventi problemi, caratteristiche e personalità diverse¹³.

Le discussioni di quegli anni sul trattamento carcerario di tossicodipendenti erano dominate dalla preoccupazione che, introducendo un regime particolare per tale categoria di soggetti, si sarebbe creato un "diritto speciale", se non addirittura "premierale", ingiustificato e inammissibile sotto il profilo dell'uguaglianza del trattamento dei detenuti.

Supportata da tali posizioni della dottrina, il Ministero di grazia e giustizia emanò la circolare n. 2414/4868 del 29 aprile 1977 che, affermando che la via maestra per il trattamento dei tossicodipendenti era quella della detenzione ordinaria, sosteneva l'inopportunità di isolare il tossicodipendente.

La scarsa attenzione per il problema del trattamento di questa tipologia di detenuti risulta evidente anche dalle proposte di riforma della legge 685/1975 presentate fino al 1980, nelle quali l'unico provvedimento suggerito è di ridurre il trauma della crisi di astinenza, estendendo anche ai detenuti la "somministrazione controllata" di sostanze stupefacenti. Inoltre la proposta di legge n. 2030 del 26 settembre 1980 all'art. 20 proponeva addirittura di introdurre il divieto di costituire negli istituti carcerari "sezioni speciali per tossicodipendenti".

Di fronte alla stratificazione dei provvedimenti normativi in materia di droghe il Parlamento approvò la legge n. 162 del 26 giugno 1990 (*Aggiornamento modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti*

¹³ Così G. DI GENNARO, *La droga. Controllo del traffico e recupero dei drogati (Commento alla legge 22 dicembre 1975 n. 685, sulla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope)* Giuffrè editore, Milano, 1982, pp. 286-287: <<mettere insieme tutti i drogati comporterebbe una distorsione della percezione di sé. Essi finirebbero per considerarsi malati e come tali deresponsabilizzati di fronte ai loro impegni di partecipazione a programmi di trattamento incentrati su modelli non medici>>.

e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), conosciuta come legge “Jervolino-Vassalli”, dai nomi del Ministro degli interni e del Ministro della giustizia dell’epoca che, della legge, furono i principali autori. Con questo provvedimento si cercò di tornare al regime della legge n. 1041 del 1954 e di affermare la volontà dello Stato di reprimere vigorosamente la diffusione di sostanze stupefacenti.

Il 9 ottobre 1990 viene emanato il *Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti*. Il legislatore dovette tenere conto degli allarmanti segnali derivanti dalle statistiche penitenziarie che segnalavano un incremento quantitativo della popolazione detenuta tossicodipendente a fronte di una sostanziale flessione del numero complessivo dei soggetti ristretti presenti nelle carceri italiane¹⁴. La risposta a questi dati è contenuta nel capo II del titolo VIII del Testo Unico 309/1990, dedicato alle disposizioni processuali e di esecuzione. Queste disposizioni, infatti, dimostrano la chiara volontà del legislatore di far coincidere il trattamento sanzionatorio e il trattamento terapeutico nonché di voler favorire un’ampia decarcerizzazione dei tossicodipendenti.

Tale rigida impostazione fu bocciata dal voto popolare nel corso del Referendum abrogativo del 18 aprile 1993 che cancellò la previsione di misure di prevenzione criminale e le sanzioni penali connesse al reiterato uso personale di sostanze stupefacenti, lasciando in vigore solo le sanzioni amministrative. Inoltre il referendum abrogò anche la previsione normativa che stabiliva che dovesse essere sanzionata penalmente la detenzione di droga laddove questa riguardasse un quantitativo di sostanza superiore alla “dose media giornaliera” determinata ai sensi dell’art. 78 c.1, lett. c)¹⁵. Il risultato fu così quello di rendere lecito il possesso di una quantità indeterminata di droga, purché destinata evidentemente ad uso personale.

Il Testo Unico, tuttavia, rimase in vigore sia pure con le “amputazioni” derivanti dall’esito referendario e il suo rigore sanzionatorio continuò a colpire duramente i tossicodipendenti autori di reati di spaccio.

La rigorosa applicazione di tale T.U. ha portato ad un progressivo aumento del numero dei soggetti tossicodipendenti detenuti, con il risultato che dal 1990 ad oggi, circa il 30% della popolazione penitenziaria è composta da soggetti con problemi di

¹⁴ I tossicodipendenti reclusi per condanna definitiva o per misura cautelare passano dalle 5.221 unità del 1986, pari al 16% della popolazione detenuta, alle 7.299 unità del 1990 che corrispondono al 28,1% del totale (*Dati resi noti dal D.A.P.*).

¹⁵ Tale norma stabiliva di affidare al Governo la definizione, in via amministrativa, della quantità di droga che poteva essere detenuta a fini personali senza far scattare le sanzioni penali per la detenzione illecita.

tossicodipendenza, con tutte le conseguenze in termini di gestione da parte dell'Amministrazione penitenziaria delle patologie correlate a tale condizione.

2.2. *La legge Fini-Giovanardi (l. 49/2006)*

Si giunge così alla riforma marcatamente repressiva contenuta nella legge 21 febbraio 2006, n. 49, c.d. legge Fini-Giovanardi. Con tale normativa si determina l'eliminazione della ripartizione in tabelle differenziate delle sostanze stupefacenti, che in precedenza le distingueva tra droghe c.d. "pesanti" e "leggere" e, pur con l'introduzione correlativa di una attenuante per il fatto di lieve entità, si inasprisce significativamente il regime delle pene edittali.

Con la riforma del 2006 vengono tuttavia introdotte importanti estensioni nell'ambito applicativo delle misure alternative in precedenza già inserite nell'ordinamento ed aventi come precipua finalità la cura ed il superamento della tossicodipendenza.

È stato proprio negli anni della legge Fini-Giovanardi che il numero di detenuti presenti in carcere per reati di droga aveva raggiunto le vette massime, contribuendo in maniera significativa al sovraffollamento penitenziario che costò all'Italia la condanna da parte della Corte Europea dei diritti dell'uomo con la sentenza Torreggiani¹⁶.

Uno sconvolgimento normativo si determinò poi all'esito della sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale, che dichiarò l'illegittimità costituzionale della legge Fini-Giovanardi e che ripristinò la distinzione tra droghe "pesanti" e "leggere", mediante il d.l. 20 marzo 2014 n. 36 (decreto Lorenzin), poi convertito in legge n. 79 del 2014¹⁷.

A tale sentenza della Corte Costituzionale non hanno fatto seguito particolari ulteriori modifiche dell'impianto repressivo e sanzionatorio che ispira l'intero Testo Unico sulle sostanze stupefacenti adottato all'indomani dell'approvazione della legge 26 giugno 1990, n. 162 (c.d. legge Jervolino-Vassalli).

Ad oggi, quindi, il sistema di repressione penale e amministrativo resta un punto di vista privilegiato sul funzionamento della normativa sulle droghe e continua a determinare gran parte della sua applicazione, influenzando in maniera significativa

¹⁶ Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo dell'8 gennaio 2013 (*Torreggiani e altri c. Italia*); Ricorsi nn. 43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10, 37818/10.

¹⁷ G. AMATO, *Il ripristino legale dei parametri di riferimento agevola la prova sulla tipologia di illeciti*, in *Guida dir.*, n. 23, 31 maggio 2014, p. 64 ss..

l'intero sistema penale e penitenziario anche attraverso misure coattive di controllo sociale istituzionale delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

3. Alcuni dati in tema di detenzione e tossicodipendenza

A 28 anni dalla sua approvazione l'impianto repressivo sanzionatorio che ispira l'intero Testo Unico sulle sostanze stupefacenti Jervolino-Vassalli continua ad essere il principale veicolo d'ingresso nel sistema della giustizia italiana e nelle carceri.

La grande maggioranza di chi finisce in carcere per reati di droga viola l'art. 73 del Testo Unico¹⁸ che colpisce chi produce, traffica e detiene sostanze stupefacenti o psicotrope. Non si colpisce dunque il narco-traffico tradizionalmente in mano alle grandi organizzazioni criminali, ma la detenzione finalizzata allo spaccio. Così, ad essere arrestati sono spesso i più vulnerabili con biografie molto complicate dal punto di vista personale, sanitario e sociale. Tra questi ci sono anche gli stranieri, che non a caso, risultano essere oltre un terzo del totale dei detenuti ad aver violato l'art. 73, mentre poco meno del 15% sono coloro che finiscono in carcere per violazione dell'art. 74 (Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope)¹⁹.

14.139 dei 48.144 ingressi in carcere nel 2017 sono stati causati da imputazioni o condanne sulla base dell'art. 73 del Testo Unico. Si tratta del 29,37% degli ingressi in carcere: si conferma così l'inversione del trend discendente attivo dal 2012/13 a seguito della sentenza Torreggiani e dell'adozione di politiche deflative della popolazione detenuta²⁰(Tab. 1).

¹⁸ Art. 73 c.1, D.P.R. n.309/1990: <<Chiunque, senza l'autorizzazione di cui all'articolo 17, coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede o riceve, a qualsiasi titolo, distribuisce, commercia, trasporta, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo o comunque illecitamente detiene, fuori dalle ipotesi previste dall'articolo 75, sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I e III previste dall'articolo 14, è punito con la reclusione da otto a venti anni e con la multa da euro 25.822 (lire cinquanta milioni) a euro 258.228 (lire cinquecento milioni)>>.

¹⁹ Art. 74 c.1, D.P.R. n. 309/1990: <<Quando tre o più persone si associano allo scopo di commettere più delitti tra quelli previsti dall'articolo 70, commi 4, 6 e 10, escluse le operazioni relative alle sostanze di cui alla categoria III dell'allegato I al regolamento (CE) n. 273/2004 e dell'allegato al regolamento n. 111/2005, ovvero dall'articolo 73, chi promuove, costituisce, dirige, organizza o finanzia l'associazione è punito per ciò solo con la reclusione non inferiore a venti anni>>.

²⁰ Nono Libro Bianco sulle Droghe, Edizione 2018 sui dati del 2017, a cura di ZUFFA G., ANASTASIA S., CORLEONE F., p. 12; consultabile in www.fuoriluogo.it/librobianco.

Tab.1. Ingressi negli istituti penitenziari e ingressi per violazione dell'art. 73, DPR 309/90. (2005-2017)

Anno	Ingressi negli istituti penitenziari per qualsiasi reato			Ingressi per reati in violazione dell'art. 73 DPR 309/90			Percentuale reati in violazione dell'art. 73 DPR 309/90 sul totale ingressi
	Italiani	Stranieri	Totale	Italiani	Stranieri	Totale	
2005	49.281	40.606	89.887	15.670	10.107	25.777	28,68%
2006	47.426	43.288	90.714	15.074	10.325	25.399	28,00%
2007	46.581	43.860	90.441	15.392	11.593	26.985	29,84%
2008	49.701	43.099	92.800	16.564	12.301	28.865	31,10%
2009	47.993	40.073	88.066	15.909	12.460	28.369	32,21%
2010	47.343	37.298	84.641	15.695	10.446	26.141	30,88%
2011	43.677	33.305	76.982	14.226	10.226	24.452	31,76%
2012	36.014	27.006	63.020	11.376	9.088	20.465	32,47%
2013	33.572	25.818	59.390	10.042	8.109	18.151	30,56%
2014	27.470	22.747	50.217	7.225	6.747	13.972	28,38%
2015	25.302	20.521	45.823	6.384	5.900	12.284	26,80%
2016	26.239	21.103	47.342	6.571	6.785	13.356	28,21%
2017	27.067	21.077	48.144	7.294	6.485	14.139	29,37%

Fonte Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo autorizzato – Sezione statistica.

Occorre tuttavia porre in evidenza come i reati legati alle tossicodipendenze non consistano solamente in comportamenti in violazione delle leggi sulle sostanze stupefacenti (consumo, detenzione, acquisto ex art. 73 T.U.), ma anche in delitti c.d. acquisitivi, cioè attuati per procurarsi il denaro necessario all'acquisto di droga e quelli non acquisitivi, commessi sotto l'effetto di droghe che possono sfociare spesso in crimini violenti²¹.

²¹ BANDINI T., GATTI U., GUALCO B., MALFATTI D., MARUGO M., VERDE A., *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, vol. II, Giuffrè, Milano, 2004.

Queste ultime tipologie di reati saranno affrontate in maniera più approfondita nel prossimo capitolo.

Negli ultimi anni, inoltre, si è assistito ad una crescita significativa delle presenze e degli ingressi dei detenuti tossicodipendenti. Se il dato sulle presenze è sostanzialmente conforme a quello degli anni precedenti (dal 2007 al 2017 circa 1 detenuto su 4 è tossicodipendente), quello che preoccupa è il dato sugli ingressi, impennatosi negli ultimi due anni fino a superare la soglia del 34%²² (Tab. n. 2).

Tab n.2. Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e ingressi di soggetti tossicodipendenti (2005-2016)

Anno	Ingressi totali	Tossicodipendenti	Percentuale
2005	89.887	25.541	28,41%
2006	90.714	24.637	27,16%
2007	90.441	4.371	26,95%
2008	92.800	27.397	29,52%
2009	88.066	25.106	28,51%
2010	84.641	24.008	28,36%
2011	76.982	22.432	29,14%
2012	63.020	18.225	28,92%
2013	59.390	16.543	27,85%
2014	50.217	13.810	27,50%
2015	45.823	7.888	17,21%
2016	47.342	16.072	33,95%
2017	48.144	16.394	34,05%

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – Sezione statistica.

²² *Nono Libro Bianco sulle Droghe*, Edizione 2018 sui dati del 2017, a cura di ZUFFA G., ANASTASIA S., CORLEONE F., p. 14; consultabile in www.fuoriluogo.it/librobianco.

Da questi dati emerge chiaramente come la legislazione sulle droghe e l'uso che ne viene fatto siano decisivi nella determinazione dei saldi della repressione penale: la decarcerizzazione passa attraverso la decriminalizzazione delle condotte legate alla circolazione delle sostanze stupefacenti così come le politiche di tolleranza zero e di controllo sociale coattivo si fondano sulla loro criminalizzazione.

Basti pensare che in assenza di detenuti ex art. 73 o di quelli dichiarati tossicodipendenti, non vi sarebbe il problema del sovraffollamento carcerario.

4. Il trattamento del soggetto tossicodipendente in carcere

4.1. La nozione di tossicodipendenza e di alcoldipendenza

Nelle diverse leggi che si sono succedute in materia di contrasto alle droghe non si rinviene mai una definizione di sostanza stupefacente, dovendo piuttosto aversi riguardo all'inserimento delle diverse sostanze all'interno delle tabelle allegate alle normative stesse²³.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità propose già nel 1952 una distinzione tra tossicomania (*addiction*) e abitudine (*habituation*).

Si ritiene che la sostanza è tale da determinare *addiction* quando, al di là delle differenze tra sintomi dipese dalle specificità della sua composizione (naturale o sintetica), tende a produrre nel consumatore tolleranza (cioè essere assunta in dosi progressivamente crescenti per ottenere il risultato desiderato), sintomi di astinenza e bisogno spasmodico di procurarsela, con conseguente condizionamento della vita stessa.

L'*habituation*, invece, viene qualificata come ricorrente in presenza di una assunzione ripetuta di sostanza caratterizzata dal desiderio di continuare ad assumerla, da una scarsa o nulla tendenza ad aumentarne la dose, da una dipendenza meramente psichica e da effetti dannosi al massimo per il solo individuo²⁴.

²³ Si richiama a tal proposito la definizione fornita dall'Organizzazione mondiale della sanità per la quale: <<sono da considerare sostanze stupefacenti tutte quelle sostanze di origine vegetale o sintetica che agendo sul sistema nervoso centrale provocano stati di dipendenza fisica e/o psichica, dando luogo in alcuni casi ad effetti di tolleranza (bisogno di incrementare le dosi con l'avanzare dell'abuso) e in altri casi a dipendenza a doppio filo e cioè dipendenza dello stesso soggetto a più droghe>>.

²⁴ CANCRINI L., *Psicopatologia delle tossicodipendenze*, in *Lezioni di psicopatologia*, Torino, Bollati Boringhieri, 1997, pp.103 ss..

Queste due definizioni, in apparenza chiare, sono state tuttavia mal comprese e confuse. Luigi Cancrini, in *“Lezioni di psicopatologia”* afferma che ambedue i termini sono spesso usati scambievolmente ed impropriamente: il termine “tossicomania” o “droga”, per es., è utilizzato al di fuori della pratica medica, per indicare il semplice abuso di un farmaco.

Le difficoltà nella terminologia sono aumentate per l’apparire continuo di nuove sostanze con caratteristiche farmacologiche diverse e con modalità d’impiego differenti da quelle delle sostanze già conosciute.

Nel 1966 l’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sostituì le nozioni di “tossicomania” e “abitudine” con quella unitaria di “tossicodipendenza”.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, prontuario di classificazione internazionale delle malattie mentali a cura dell’*American Psychiatric Association*, nella versione nota come DSM-IV, pubblicato nel 1994²⁵, distingue cinque categorie nell’ambito delle quali le definizioni concernenti l’abuso di sostanze psicotrope sono contenute nell’Asse I relativo i disturbi clinici.

In questo contesto la dipendenza viene letta quale insieme di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici che si manifestano dopo l’uso ripetuto di una sostanza.

La tossicodipendenza si caratterizza quindi per un desiderio non controllabile di continuare ad assumere la sostanza, per la tendenza ad aumentarne la dose e per una dipendenza psichica e talora fisica della stessa.

Nel DSM-IV si parla dunque di dipendenza distinguendola dall’abuso e dall’intossicazione. Con la prima si riconosce una modalità patologica di uso di una o più sostanze che si manifesta con l’insorgere: del fenomeno della tolleranza; della sindrome d’astinenza; dell’assunzione in quantità maggiori e per periodi più prolungati del previsto; dell’impiego di gran parte del proprio tempo in attività determinate alla ricerca della sostanza e dal suo uso; delle modifiche, sino alla soppressione, delle proprie attività relazionali, dal lavoro e da quelle ricreative; dell’uso continuativo anche a fronte della consapevolezza che ciò determini problemi fisici o psicologici persistenti.

²⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*, 1994, trad. it., Masson, Milano, 1996.

L'abuso, invece, è descritto come una modalità patologica di uso della sostanza che in un tempo di circa un anno determini il verificarsi di una menomazione o disagio psichico rappresentato da un'incapacità di adempiere ai propri principali impegni sociali.

Per intossicazione, infine, si intende lo sviluppo di una sindrome specifica reversibile dovuta all'assunzione recente di una sostanza con la determinazione di modificazioni patologiche a livello comportamentale o psicologico e sintomi che non sono ascrivibili ad altri disturbi mentali o a condizioni mediche generali diverse.

Tuttavia, nel maggio 2013 è stata redatta una nuova versione del Manuale diagnostico, nota come DSM-V²⁶, nella quale la diagnosi di dipendenza patologica in relazione alle sostanze stupefacenti e all'alcol è stata trattata tra i "disturbi da uso di sostanze" ed inoltre è venuta meno la distinzione tra la diagnosi di abuso e di dipendenza, come in precedenza descritta.

Il disturbo da uso di sostanze si distingue ora in lieve, moderato e grave, a seconda che si riscontrino due o tre, quattro o cinque, sei o più caratteristiche comportamentali contemporaneamente.

Risulta opportuno, inoltre, fare un breve cenno al fenomeno dell'alcoldipendenza, poiché tra le sostanze di abuso legali (categoria all'interno della quale rientra ogni droga che non sia ricompresa nelle tabelle ministeriali) l'alcol costituisce certamente la più diffusa e tra le meno negativamente percepite a livello sociale.

Le classificazioni derivate dalle affermazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed i criteri diagnostici di cui al DSM sono applicabili anche nell'ipotesi di dipendenza da alcol, e dunque, perché possa giungersi ad una diagnosi in tal senso, occorre che siano riscontrabili le caratteristiche tipizzate dalla scienza medica, tra le quali risultano particolarmente importanti la sindrome astinenziale e la tolleranza²⁷.

Alla luce del significativo impatto che il fenomeno dell'alcoldipendenza riveste, spesso in connessione anche con l'abuso di sostanze stupefacenti, nonché dell'incidenza importante quale fattore scatenante di comportamenti di reato, il legislatore ha parificato tale condizione a quella della tossicodipendenza al fine dell'ottenimento di alcuni benefici penitenziari (ad es. l'affidamento in prova in casi particolari per sottoporsi a un programma di cura e di trattamento²⁸).

²⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5*, versione italiana a cura di M. BIONDI, Raffaello Cortina Editore 2014.

²⁷ R. BRICOLO, *Nuove droghe. Ragioni e prevenzione*, Giunti, Firenze, 2012, p. 58 ss..

²⁸ Tale argomento concernente i benefici penitenziari verrà affrontato in maniera più approfondita nei capitoli successivi.

4.2. I reati commessi dal tossicodipendente

La tossicodipendenza e l'alcoldipendenza sono considerati importanti fattori di rischio rispetto alla commissione di reati.

Ciò può essere letto innanzitutto come una diretta conseguenza della necessità del consumatore di procurarsi la sostanza di abuso e perciò declinarsi nella commissione di illeciti volti al reperimento di dosi sempre crescenti di sostanza. In altri casi, invece, è la perdita dei freni inibitori connessa al consumo di sostanze a favorire la commissione di fatti illeciti.

Si ritiene dunque che vi siano modelli esplicativi differenti in grado di giustificare il nesso tra stupefacenti e reati: la delinquenza induce al consumo di sostanze illecite; il consumo di stupefacenti porta a commettere reati; il consumo di droghe e la delinquenza sono fenomeni concomitanti; il consumo di stupefacenti e la delinquenza sono eventi mediati da una serie di altre variabili. In pratica il modello può essere valido e può essere applicato a taluni sottogruppi della popolazione di tossicodipendenti che commettono reati o talune tipologie di reati correlati all'uso di stupefacenti.

Uno degli orientamenti sempre più diffusi negli studi empirici è quello di applicare la matrice concettuale tripartita proposta da Goldstein al rapporto tra stupefacenti e reati²⁹. Secondo questo modello, il consumo di stupefacenti sfocia in atti di violenza per l'intersecarsi dei modelli psicofarmacologico, economico, compulsivo e sistemico. Questo approccio, pur non contemplando tutte le possibili correlazioni tra stupefacenti e delinquenza, offre uno schema concettuale utile per l'analisi dei reati correlati agli stupefacenti.

Reati psicofarmacologici: secondo il modello psicofarmacologico, il consumo acuto o cronico di sostanze psicoattive può sfociare in episodi di aggressione e violenza. Tra gli effetti prodotti da queste droghe si annoverano eccitabilità, irritabilità, paure/paranoie, comportamenti disinibiti, drastici cambiamenti dell'umore, distorsioni cognitive e incapacità di giudizio, ciascuno suscettibile di scaturire in una condotta criminosa.

Molti degli studi condotti confermano l'idea dell'esistenza di un forte collegamento tra intossicazione da alcol e reato di tipo psicofarmacologico nonché,

²⁹ P.J. GOLDSTEIN, *The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework*, *Journal of Drug Issues*, vol. 15, 1985, pp. 493-506.

soprattutto, violenza. Molto meno significative rispetto all'alcol, in tal senso, sono le sostanze stimolanti come cocaina, crack ed anfetamine. Solitamente si ritiene improbabile che il consumo di oppiacei e cannabis provochi reati di tipo psicofarmacologico, poiché queste droghe solitamente tendono a ridurre l'aggressività. Tuttavia l'irritabilità associata alla sindrome da astinenza, nonché i relativi disturbi di salute mentale, possono portare ad un incremento degli episodi violenti. Al contrario, alcune sostanze (ad es. eroina e tranquillanti) possono addirittura ridurre gli impulsi violenti e l'aggressività di alcuni soggetti.

Detto ciò, tuttavia, non si può dire che esista una sostanza psicoattiva dotata di proprietà criminogene universali, poiché fattori sia soggettivi che ambientali possono influenzare il modo in cui la sostanza psicoattiva agisce sul comportamento di una persona.

Reati economici compulsivi: la dipendenza da una sostanza costosa può indurre i consumatori a compiere atti criminali per ottenere il denaro necessario a finanziare il proprio stato di tossicodipendenza. Queste persone possono compiere reati indiretti come la vendita di stupefacenti o la prostituzione, o correlati alla tossicodipendenza (per esempio taccheggi, rapine e furti), e talvolta vengono ripagati con stupefacenti. In questa categoria sono compresi anche la falsificazione di prescrizioni mediche e il furto compiuto nelle farmacie.

Reati sistemici: i reati sistemici sono perlopiù reati impicanti atti violenti (per esempio violenze alla persona, omicidi) compiuti nell'ambito degli ingranaggi dei mercati illeciti delle sostanze stupefacenti, cioè delle attività dell'offerta, distribuzione e consumo di droga. La violenza come strategia di controllo è utilizzata in contesti diversi, tra cui liti per il territorio, punizioni per frodi, recupero crediti e scontri con la polizia.

La violenza sistemica è correlata al divieto di uso e di impiego di sostanze stupefacenti, perché deriva prevalentemente dalla natura illecita di un mercato caratterizzato da profitti smisurati i cui operatori non possono che attenersi alle leggi che regolano le attività commerciali.

Secondo alcuni studiosi ³⁰, un'elevata percentuale di reati correlati agli stupefacenti, soprattutto di natura violenta, sarebbe il frutto delle forze di mercato.

³⁰ STEVENS A., TRACE M., BEWLEY-TAYLOR D., *Reducing drug-related crime: an overview of the global evidence*, Report 5, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Witley, Regno Unito, 2005.

E, tuttavia, è più probabile che la criminalità sistemica segua un andamento ciclico, rispondendo alle variazioni della dinamica dei mercati illeciti specifici, della redditività e delle norme della comunità in riferimento all'accettazione o al rifiuto di comportamenti violenti.

Reati contro la legge in materia di stupefacenti: tra le violazioni della normativa in materia di stupefacenti possono rientrare reati quali il consumo, la detenzione, la coltivazione, la produzione, l'importazione e il traffico di sostanze stupefacenti, ma anche altri reati a questi connessi quali il riciclaggio di denaro sporco. Fanno parte di questa categoria anche i reati correlati alla guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

È importante tener conto dell'illiceità delle sostanze stesse, essendo questo un fattore che genera violenza nel mercato della droga e che può aggravare i reati compiuti per motivi economici in caso di aumento dei prezzi delle sostanze stupefacenti.

Sono stati realizzati molti studi sui collegamenti tra consumo e/o traffico di stupefacenti e delinquenza, soprattutto negli Stati Uniti³¹, e da essi ne risulta che le quattro categorie suggerite di reato correlato agli stupefacenti e i modelli da cui scaturiscono non si escludono vicendevolmente. Al contrario, sia i modelli che le categorie di reato possono sovrapporsi, così come le popolazioni cui si riferiscono.

4.3. Il quadro normativo di riferimento rispetto al circuito detentivo della custodia attenuata

Dalla fine degli anni '80, a causa della sempre più consistente presenza negli istituti di pena di soggetti tossicodipendenti, l'amministrazione penitenziaria comincia ad ipotizzare un particolare circuito di detenzione da attuare in strutture alternative, definite a "custodia attenuata". Si fa largo, infatti, l'idea di istituire per i detenuti tossicodipendenti un circuito penitenziario differenziato nel quale sviluppare in modo capillare una molteplicità di interventi curativi, assistenziali e socio-riabilitativi attraverso una profonda integrazione con il territorio.

³¹ MACCOUN R., KILMER B., REUTER P., "Research on drugs-related crime linkages: the next generation", in *Towards a drugs and crime research agenda for the 21st century, Special report*, US Department of Justice, Washington DC, 2003.

A tal proposito risale al 1987 la prima sperimentazione di un modello a custodia attenuata, realizzata presso la seconda casa circondariale di Firenze.

Tuttavia, è solamente con la legge 26 giugno 1990, n. 162 - confluita nel Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, di cui al D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 - che è stata rivolta particolare attenzione al trattamento terapeutico e riabilitativo del tossicodipendente.

Il d.p.r del 1990 prevede, infatti, al suo art. 95 che la pena detentiva nei confronti del condannato per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza debba essere scontata in istituti idonei allo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi.

Sotto questo profilo venne progressivamente potenziata un'esperienza che in realtà era già stata intrapresa prima della normativa del 1990, mediante la realizzazione dei c.d. ICAT (Istituti a custodia attenuata per tossicodipendenti), con 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 ad un percorso di riabilitazione dalle sostanze e di "recupero sociale".

L'art. 96 dispone, poi, che chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione della 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, che comunque ha problemi di tossicodipendenza, ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione.

I commi 3 e 4 affermano, inoltre, che: *<<le unità sanitarie locali, d'intesa con gli istituti di prevenzione e pena ed in collaborazione con i servizi sanitari interni dei medesimi istituti, provvedono alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcolisti.*

A tal fine il Ministro di grazia e giustizia organizza, con proprio decreto, su basi territoriali, reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali e con i centri di cui all'art. 115.>> .

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.

Dalle disposizioni contenute negli articoli 95 e 96 deriva la previsione di un doppio circuito penitenziario in cui ai tossicodipendenti viene offerta la possibilità di

essere ospitati in strutture detentive (sezioni o istituti) dove possono ricevere le cure mediche e l'assistenza della quale hanno bisogno, svolgendo quelle attività relative ai programmi terapeutici e socio-riabilitativi che la legge richiede. Il tutto avviene in un contesto di individualizzazione del trattamento, nel senso che il soggetto tossicodipendente in carcere presenta problemi diversi che richiedono una serie di accertamenti particolari ed interventi specifici, che non possono essere affrontati e risolti solamente attraverso un'azione di mero sostegno psicologico e farmacologico.

Il modello di regime penitenziario a custodia attenuata, considerato come momento di passaggio tra la detenzione e la fase di reinserimento esterno, capace di fornire già durante l'esecuzione penale un iniziale trattamento psico-socio-riabilitativo dei soggetti interessati, deve far sì che il soggetto non "peggiori", offrendo un luogo detentivo ove egli non possa subire influenze negative e dove si vada verso il superamento di stili di vita e di comportamenti tipici degli ambienti devianti; cercando di avviare un progetto di recupero delle potenzialità di ciascun utente, attraverso strumenti di riflessione idonei a stimolare il cambiamento, nonché a riattivare un rapporto costante e costruttivo tra il soggetto e l'ambiente esterno.

Affinché tale trattamento intramurario possa conseguire risultati apprezzabili, ad ogni tossicodipendente dovrebbe essere assicurato un programma minimo che comprenda: interventi di urgenza per il controllo dei comportamenti di dipendenza, per la disintossicazione e per la cura degli aspetti fisici generali; un'informazione ampia, capillare e continuata nel tempo sui rischi connessi all'abuso di droghe, anche con riferimento all'AIDS e ai comportamenti che ne facilitano il contagio; interventi psicologici di sostegno; un aiuto pedagogico-sociale che serva da stimolo al mantenimento e all'ampliamento degli interessi affettivi culturali e sociali, con particolare riguardo alle relazioni familiari; occorre, inoltre, agevolare sia i colloqui che gli incontri con i familiari e favorire le attività istruttive, sportive, ricreative, socioculturali, lavorative; un'analisi approfondita dei problemi personali/relazionali sottesi alla tossicodipendenza; interventi preparatori alla dimissione e al successivo eventuale percorso di recupero in stretta collaborazione con la comunità esterna.

Si possono distinguere, in generale, interventi di base (o di primo livello) e trattamenti avanzati (o di secondo livello).

Gli interventi di base sono posti in essere nei confronti di tutti i soggetti con problemi di tossicodipendenza nella fase dell'ingresso negli istituti penitenziari dalla

condizione di libertà; l'attuazione di essi continua anche successivamente, nel corso della carcerazione, nei confronti di soggetti la cui liberazione è prevista a breve scadenza.

Per gli interventi di primo livello si possono distinguere quattro fasi:

- la fase di prima individuazione dei soggetti da inviare alle sezioni o strutture riservate ai tossicodipendenti;
- la fase di accoglienza nella struttura riservata ai tossicodipendenti;
- la fase di trattamento;
- la fase di dimissione e di reinserimento sociale.

Gli interventi di secondo livello sono svolti nelle sezioni o negli istituti individuati come strutture particolarmente idonee all'attuazione di un programma avanzato e sono diretti a quei soggetti che, in esito agli interventi di primo livello, risultano motivati ad un trattamento avanzato, ovvero che, all'atto del primo ingresso, risultano avere in corso un valido trattamento socio-riabilitativo. Al fine di poter conseguire risultati apprezzabili, i programmi di trattamento avanzato sono riservati ai soggetti la cui durata di detenzione risulti sufficiente ad assicurarne la completa attuazione. La fase di accoglienza differisce da quella propria dell'istituto di primo livello soprattutto perché i soggetti che giungono al trattamento avanzato non presentano crisi da astinenza ed esigenze urgenti di disintossicazione, sono sufficientemente informati del problema in cui sono coinvolti e sono motivati al trattamento³².

In termini generali, tale circuito della custodia attenuata dovrebbe garantire al tossicodipendente cure mediche, assistenza, programmi terapeutici e socio-riabilitativi, e nel realizzare ciò non si può prescindere da un'ampia ed intensa collaborazione tra l'amministrazione penitenziaria e gli enti locali e territoriali. Gli articoli 113 e seguenti del Testo Unico n. 309/1990 sono, al riguardo, molto eloquenti e vincolanti. In particolare, l'art. 115 per quanto concerne le regioni, le province, i comuni, le comunità montane, i loro consorzi ed associazioni, i servizi pubblici per le tossicodipendenze istituiti dalle aziende sanitarie locali, i gruppi di volontariato e gli enti ausiliari, parla di << *finalità di prevenzione del disagio psico-sociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti...omissis... finalità di educazione dei giovani, di*

³² Tutte le varie fasi che costituiscono parte integrante degli interventi di primo e di secondo livello verranno trattate in maniera più approfondita nel secondo capitolo.

sviluppo socio-culturale della personalità, di formazione personale e di orientamento al lavoro>>.

Relativamente i rapporti di collaborazione tra direzioni degli istituti penitenziari ed enti locali, l'amministrazione penitenziaria ha emanato nel 1991 uno schema di protocollo d'intesa specifico per il circuito a custodia attenuata: esso contiene le modalità di attuazione del citato art. 96, c.3, riguardante l'obbligo, da parte delle aziende sanitarie locali d'intesa con gli istituti di pena, di provvedere alla cura e al recupero dei detenuti tossicodipendenti.

All'interno della custodia attenuata opera un'équipe integrata, composta da: operatori penitenziari (educatore, assistente sociale, sociologo, criminologo, medico e personale di polizia penitenziaria); il responsabile e gli operatori del servizio tossicodipendenti dell'azienda sanitaria locale territorialmente competente; gli operatori degli enti locali; gli operatori di comunità terapeutiche convenzionate con gli enti locali.

L'équipe integrata, oltre ad intervenire attraverso il trattamento intramurario sui problemi personali e comuni di dipendenza, concorre al reinserimento del detenuto mediante un piano programmatico gestito con gli organismi socio-riabilitativi esterni. In tale contesto risulta di fondamentale importanza il ricorso all'utilizzazione mirata delle misure alternative, al fine di consentire di programmare gradualmente il reinserimento sociale attraverso la ricerca di soluzioni, lavorative o di sostegno, durature nel tempo³³.

5. Le misure alternative alla detenzione

Il carcere è comunemente considerato dall'opinione pubblica l'unico rimedio nei confronti dei delinquenti più pericolosi, in quanto si pensa che attraverso l'isolamento si possa impedire loro di procurare ulteriori danni alla società.

La reclusione carceraria non è tuttavia l'unica modalità di espiazione della pena. Nel nostro ordinamento, al fine di assicurare la conformità della sanzione al principio di umanità, si è voluta introdurre la disciplina delle "misure alternative alla detenzione".

Tali misure alternative sono state introdotte con la riforma dell'ordinamento penitenziario operata dalla legge 26 luglio 1975, n. 354.

³³ MORRONE A., *Il trattamento penitenziario e le alternative alla detenzione*, CEDAM, 2003.

Le disposizioni relative a tali modalità differenti di esecuzione della pena si basano certamente sull'interpretazione dell'art. 27 Cost. laddove si prevede che le pene non possano consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e che esse debbano tendere alla rieducazione del condannato. Si giunge così alla consapevolezza che la finalità "risocializzante" della pena non sempre coincide con un ambiente atto al suo conseguimento³⁴.

Con l'introduzione delle misure alternative alla detenzione il detenuto viene accompagnato verso il proprio fine pena sperimentando forme via via più ampie di libertà sotto un costante monitoraggio delle istituzioni (in particolare della Magistratura di sorveglianza e degli Uffici per l'esecuzione penale esterna).

La Legge n. 354/1975 nell'introdurre le misure alternative, fissò rigorosamente il principio che le richieste dovessero sempre essere effettuate dalla persona detenuta o internata o, comunque, nell'interesse di essa. La pronuncia di ammissione alle misure alternative assumeva, pertanto, il contenuto di una concessione a favore della persona assoggettata ad esecuzione penale e, per tale ragione, prese campo la definizione di "benefici penitenziari".

La Legge n. 297/1985 per consentire l'inizio o la prosecuzione di un programma terapeutico da tossicodipendenza o alcolodipendenza, introdusse il diritto di chiedere l'affidamento in prova al servizio sociale nello stato di libertà, con l'obbligo per l'organo dell'esecuzione, e cioè il pubblico ministero, a fronte di istanza debitamente documentata, di non emettere l'ordine di carcerazione e di investire la magistratura di sorveglianza per la decisione sul merito.

La successiva Legge n. 663/1986 (c.d. Legge Gozzini dal nome del suo propugnatore) introdusse la facoltà per le persone ancora in stato di libertà di formulare istanza di ammissione alle misure alternative con l'obbligo per il pubblico ministero di sospendere l'emissione o l'esecuzione dell'ordine di carcerazione sino alla decisione della magistratura di sorveglianza.

La Legge 27 maggio 1998, n. 165 (c.d. Legge Simeone) ha inteso perseguire gli obiettivi di evitare la privazione della libertà di persone che, pur condannate, abbiano veste e titoli per fruire di misure alternative alla detenzione, nonché di accelerarne l'adozione a favore di detenuti a ciò legittimati, evitando il dannoso protrarsi della

³⁴ D'ONOFRIO M., SARTORI M., *Le misure alternative alla detenzione*, Giuffrè Editore, p. 6.

carcerazione determinato dall'accumulo dei fascicoli e conseguentemente dalla durata dei procedimenti presso i tribunali di sorveglianza.

A seguito di tale normativa sono state concesse misure alternative ai condannati già agli arresti domiciliari, mentre, per i condannati in stato di detenzione in carcere, è stata attribuita al magistrato di sorveglianza, sulla base di determinati presupposti, la facoltà di disporre la liberazione del condannato in vista della successiva possibile ammissione da parte del tribunale di sorveglianza, all'affidamento in prova al servizio sociale o al regime di semilibertà, nonché di disporre l'applicazione provvisoria della detenzione domiciliare o dell'affidamento in prova terapeutico, ovvero l'applicazione provvisoria della sospensione della pena per tossicodipendenti.

Alla luce di tali disposizioni appare evidente che il concetto di "beneficio penitenziario" ha perso significato, mentre ha preso corpo una situazione in cui lo Stato, pur continuando a mantenere in vita un sistema sanzionatorio essenzialmente basato sulla privazione della libertà personale, si è dato carico di provocare esso stesso l'adozione delle più opportune misure alternative³⁵.

Risulta, dunque, evidente che allo stato attuale della legislazione, l'esecuzione penitenziaria non costituisce più il centro dell'esecuzione penale: questa si è pertanto avviata a costituire una sanzione penale residuale. Essa viene applicata automaticamente in relazione alla presunzione di pericolosità sociale, oppure solo ove una misura alternativa non possa trovare applicazione.

Sul piano statistico è utile notare come ormai siano in numero sempre più crescente i condannati che espiano la pena in forma alternativa rispetto a coloro che la espiano nella forma detentiva tradizionale del carcere.

³⁵ CANEPA M., MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè Editore, 2010 p. 245.

Ad oggi, infatti, su un totale di circa 60.000 detenuti, 28.127 scontano la propria pena attraverso le misure alternative, come riportato nel grafico sottostante contenente i dati aggiornati al 30 Novembre 2018³⁶.

AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	16.555
SEMILIBERTÀ	876
DETENZIONE DOMICILIARE	10.696
TOTALE	28.127

Fonte: Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità-Direzione generale dell'esecuzione penale esterna.

³⁶ Fonte: Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità – Direzione generale dell'esecuzione penale esterna; in www.giustizia.it.

5.1. L'affidamento in prova al servizio sociale

L'affidamento in prova al servizio sociale costituisce la più ampia misura alternativa di corrente attuazione. Essa trae origine dall'istituto della *probation*, la quale fu introdotta allo scopo di evitare i danni derivanti dal contatto con l'ambiente penitenziario e dalla condizione di totale privazione della libertà.

La *probation* nasce storicamente dalle decisioni giudiziali adottate nel corso del XIX secolo negli Stati Uniti d'America³⁷ ed in Inghilterra. Nasce quindi come istituto di *common law* e si sviluppa anche sotto la pressione esercitata sui giudici alle associazioni private di assistenza di prevenzione.

Nell'Europa continentale la *probation* si sviluppa, invece, sulla base di formali strumenti legislativi e muovendo dall'istituto della sospensione condizionale della pena.

Nel nostro ordinamento, l'introduzione dell'affidamento in prova al servizio sociale è intervenuta con l'emanazione della legge sull'ordinamento penitenziario 354/1975, ed è previsto all'art. 47³⁸.

³⁷ Nel 1841 un agiato calzolaio di Boston, John Augustus, convinse il tribunale ad affidargli un condannato per ubriachezza abituale ed a differire la pronuncia della pena. Augustus accolse e nutrì colui che gli era stato affidato, gli trovò un lavoro, e questi cessò di bere. Dopo tre settimane, presentatosi davanti al magistrato in condizioni radicalmente mutate, l'imputato fu condannato ad una multa simbolica di un centesimo, invece che alla prigione. Durante tutta la sua vita Augustus continuò ad accogliere delinquenti che gli venivano inviati dalla polizia e dal tribunale, giungendo ad occuparsi quasi sempre con successo di circa duemila casi. (Tratto da BANDINI T., GATTI U., GUALCO B., MALFATTI D., MARUGO M., VERDE A., *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, vol. I, seconda edizione, Giuffrè Editore, Milano, 2003, p. 364.)

³⁸ L'art. 47 dispone:

<<Se la pena detentiva inflitta non supera tre anni, il condannato può essere affidato al servizio sociale fuori dell'istituto per un periodo uguale a quello della pena da scontare.

Il provvedimento è adottato sulla base dei risultati dell'osservazione della personalità, condotta collegialmente per almeno un mese in istituto, se il soggetto è recluso, e mediante l'intervento dell'ufficio di esecuzione penale esterna, se l'istanza è proposta da soggetto in libertà, nei casi in cui si può ritenere che il provvedimento stesso, anche attraverso le prescrizioni di cui al comma 5, contribuisca alla rieducazione del reo e assicuri la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati (Comma così modificato dall'art. 7, c. 1, lett. a), D.Lgs. 2 ottobre 2018, n. 123).

L'affidamento in prova al servizio sociale può essere disposto senza procedere all'osservazione in istituto quando il condannato, dopo la commissione del reato, ha serbato comportamento tale da consentire il giudizio di cui al comma 2.

L'affidamento in prova può, altresì, essere concesso al condannato che deve espiare una pena anche residua, non superiore a quattro anni di detenzione, quando abbia serbato, quantomeno nell'anno precedente alla presentazione della richiesta, trascorso in espiazione di pena in esecuzione di una misura cautelare ovvero in libertà, un comportamento tale da consentire il giudizio di cui al comma 2.

L'istanza di affidamento in prova al servizio sociale è proposta, dopo che ha avuto inizio l'esecuzione della pena, al tribunale di sorveglianza competente in relazione al luogo dell'esecuzione. Quando sussiste un grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, l'istanza può essere proposta al magistrato di sorveglianza competente in relazione al luogo di detenzione. Il magistrato di sorveglianza, quando sono offerte concrete indicazioni in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'ammissione all'affidamento in prova e al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di

Questa disposizione si rivolge essenzialmente a quei soggetti, da considerarsi non pericolosi, condannati ad una pena detentiva non superiore a tre anni. Si prevede che l'osservazione della personalità debba essere fatta collegialmente e per almeno un mese in istituto³⁹. Tale osservazione collegiale e scientifica deve consentire al tribunale di sorveglianza la formulazione di una "prognosi" tale da far ritenere che la misura alternativa contribuisca alla rieducazione del condannato ed assicuri la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati.

Con la legge 165/1998 si è ritenuto di ampliare la possibilità di ammissione all'affidamento in prova al servizio sociale senza previa osservazione in carcere, quando il condannato, dopo la commissione del reato, ha serbato comportamento tale da consentire la prognosi sopra esposta. La misura è concepibile anche senza previa detenzione⁴⁰.

detenzione e non vi sia pericolo di fuga, dispone la liberazione del condannato e l'applicazione provvisoria dell'affidamento in prova con ordinanza. L'ordinanza conserva efficacia fino alla decisione del tribunale di sorveglianza, cui il magistrato trasmette immediatamente gli atti, che decide entro sessanta giorni.

All'atto dell'affidamento redatto verbale in cui sono adottate le prescrizioni che il soggetto dovrà seguire in ordine ai suoi rapporti con il servizio sociale, alla dimora, alla libertà di locomozione, al divieto di frequentare determinati locali ed al lavoro.

Con lo stesso provvedimento può essere disposto che durante tutto o parte del periodo di affidamento in prova il condannato non soggiorni in uno o più comuni, o soggiorni in un comune determinato; in particolare sono stabilite prescrizioni che impediscano al soggetto di svolgere attività o di avere rapporti personali che possano portare al compimento di altri reati.

Nel verbale deve anche stabilirsi che l'affidato si adoperi in quanto possibile in favore della vittima del suo reato ed adempia puntualmente agli obblighi di assistenza familiare.

Nel corso dell'affidamento le prescrizioni possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza. Le deroghe temporanee alle prescrizioni sono autorizzate, nei casi di urgenza, dal direttore dell'ufficio dell'esecuzione penale esterna, che ne dà immediata comunicazione al magistrato di sorveglianza e ne riferisce nella relazione di cui al comma 10.

Il servizio sociale controlla la condotta del soggetto e lo aiuta a superare le difficoltà di adattamento alla vita sociale, anche mettendosi in relazione con la sua famiglia e con gli altri suoi ambienti di vita.

Il servizio sociale riferisce periodicamente al magistrato di sorveglianza sul comportamento del soggetto.

L'affidamento in prova è revocato qualora il comportamento del soggetto, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, appaia incompatibile con la prosecuzione della prova.

L'esito positivo del periodo di prova estingue la pena detentiva ed ogni altro effetto penale. Il tribunale di sorveglianza, qualora l'interessato si trovi in disagiate condizioni economiche, può dichiarare estinta anche la pena pecuniaria che non sia stata già riscossa.

All'affidato in prova al servizio sociale che abbia dato prova nel periodo di affidamento di un suo concreto recupero sociale, desumibile da comportamenti rivelatori del positivo evolversi della sua personalità, può essere concessa la detrazione di pena di cui all'art. 54. Si applicano gli articoli 69, c. 8, 69-bis nonché l'art. 54, c. 3.>>.

³⁹ Nel testo originario, la legge n. 354 del 1975, prevedeva una osservazione minima trimestrale. Tale periodo è stato ridotto ad un mese dall'art. 4-bis della legge 21 giugno 1985, n. 297.

⁴⁰ Con la sentenza 22 dicembre 1989 n. 569 della Corte Costituzionale, venne sancita l'incostituzionalità dell'art. 47 O.P., nella parte in cui non consentiva la concessione in tali casi della misura alternativa.

L'affidamento in prova è caratterizzato dall'ufficialità, nel senso che il condannato, ammesso al beneficio, cessa di essere nella condizione di chi è totalmente privato della libertà e, una volta inserito nell'ambiente esterno, prosegue l'espiazione della parte residua di pena sotto la guida ed il controllo di un organo della pubblica amministrazione: l'Ufficio per l'esecuzione penale esterna⁴¹.

Dagli articoli 13 e 80 della legge n. 352/1975 si desume che l'osservazione scientifica precede il trattamento individualizzato di ogni detenuto. Per fare ciò è necessario avvalersi dell'opera di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica, nonché del personale specializzato dell'amministrazione penitenziaria formata da educatori ed assistenti sociali.

L'esito positivo del periodo di prova estingue la pena ed ogni effetto penale, ad esclusione delle pene accessorie e delle obbligazioni civili derivanti dal reato⁴².

A seguito delle novità introdotte dalla legge 21 febbraio 2014 n. 10, l'istanza di affidamento può essere proposta, a seguito di inizio di esecuzione penale al Tribunale di Sorveglianza competente in relazione al luogo dell'esecuzione e, qualora dovesse sussistere un grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, l'istanza può essere proposta al magistrato di sorveglianza competente in relazione al luogo di detenzione. Inoltre, qualora durante l'attuazione dell'affidamento in prova al servizio sociale, dovesse sopravvenire notizia di esecuzione di altra pena detentiva, il pubblico ministero informa immediatamente il magistrato di sorveglianza, che, accertate le condizioni di cui all'art. 47 c.1 e all'art. 50, dispone con ordinanza la prosecuzione della misura in corso o diversamente la cessazione.

Se l'affidamento in prova al servizio sociale ha esito negativo, questo viene revocato dal Tribunale di sorveglianza, ma quando gli esiti della misura portano ad un epilogo positivo, si estingue la pena ed ogni altro effetto penale.

⁴¹ Tale denominazione è stata introdotta dalla legge 27 luglio 2005, n. 154, che ha sostituito quella precedente di Centro di servizio sociale per adulti. Si tratta di Uffici periferici del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria con competenza territoriale. L'UEPE è un'unità amministrativa autonoma rispetto agli istituti di pena e alle strutture giudiziarie; ha il compito di intervenire in materia trattamentale sulla persona sottoposta ad esecuzione penale con il fine di raggiungere gli obiettivi della "rieducazione".

⁴² MARINUCCI G., DOLCINI E., *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè Editore, 2018.

5.2. *L'affidamento in prova speciale per tossicodipendenti ed alcolodipendenti*

L'affidamento in prova in casi particolari costituisce il fulcro del sistema di misure alternative all'esecuzione della pena in carcere per le persone affette da tossico od alcolodipendenza.

Tale istituto è oggi il risultato di un complesso percorso di modifiche normative che, non senza inversioni di tendenza e ripensamenti, hanno condotto all'elaborazione dell'art. 94 d.p.r. n. 309/1990⁴³.

⁴³ L'art. 94 del d.p.r. n. 309/1990 dispone:

<<Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcolodipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con una 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 alcolodipendenza, la procedura con la quale e' 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.

Se l'ordine di carcerazione e' 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.

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 alcolodipendenza 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.

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 l'alcolodipendente 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 e' spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare una diversa, più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione.

In origine, questo tipo di affidamento in prova è stato introdotto nel nostro ordinamento con l'art. 4 *ter*, d.l. 144/1985, convertito in legge 297/1985, sostituito dall'art. 12 della legge 10 ottobre 1986, n. 663 (legge Gozzini).

La legge sull'ordinamento penitenziario disciplinava l'affidamento in prova in casi particolari all'art. 47-bis, ma con la legge 27 maggio 1998, n.165, tale articolo è stato abrogato e la norma è confluita all'interno del Testo Unico in materia di disciplina degli stupefacenti (d.p.r. n. 309/1990).

Su tale quadro è poi nuovamente intervenuto il legislatore determinando un mutamento normativo con il d.l. n. 146/2013, poi convertito in legge n. 10/2014, abrogando il comma 5 dell'art. 94 e perciò eliminando il gravoso divieto di disporre per più di due volte l'affidamento in prova in casi particolari (noto anche come “affidamento terapeutico”) in favore della persona affetta da dipendenza.

I presupposti affinché tale disposizione possa essere applicata sono:

- che la pena detentiva da eseguirsi sia contenuta entro il limite di sei anni (quattro anni se inflitta per reati ricompresi nell'art. 4-bis O.P.) ancorché con riferimento alla parte terminale dell'esecuzione.
- che il condannato sia persona tossicodipendente o alcooldipendente⁴⁴.
- che il condannato abbia in corso un programma di recupero o intenda sottoporsi a programma terapeutico. Nel caso di soggetto libero recidivo ai sensi dell'art. 99 comma 4 c.p. (recidiva reiterata) o condannato per delitti compresi nell'art. 4-bis O.P., è necessario che il programma sia in corso;

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.

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 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.

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.>>.

⁴⁴ Non è, tuttavia, necessario né che sussista un nesso causale tra tale stato e il reato commesso (Cass. Sez. I, 16 novembre 1999, Raidich in *Ced Cass.* rv. 215018), né che la dipendenza sia di tipo fisico, essendo sufficiente la residua c.d. dipendenza psichica (Cass. sez. I, 21 aprile 1997, Fiorello in *Ced Cass.*, rv. 207751)

- che tale programma, a contenuto terapeutico, sia stato concordato dal condannato con un'azienda sanitaria locale (ASL) ovvero con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'art. 116 d.p.r. 309/1990;
- che una certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata attesti 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 (ciò avviene a pena di inammissibilità).

La domanda può essere formulata in ogni momento. Bisogna a tal proposito distinguere tra il caso in cui la pena sia già iniziata o meno.

Nella prima ipotesi l'istanza va rivolta al magistrato di sorveglianza il quale, se l'istanza è ammissibile, se sono offerte concrete indicazioni sulla 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 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. Assai più complessa è la disciplina qualora il condannato si trovi in uno stato di libertà. In questo caso il condannato può, a certe condizioni, evitare l'ingresso in carcere ottenendo la sospensione della pena da parte del pubblico ministero⁴⁵.

Nella conduzione di tale ipotesi di affidamento il compito dell'U.E.P.E. risulta particolarmente delicato. È chiaro che i soggetti destinatari della misura versano in condizioni del tutto particolari e che, di conseguenza, l'intervento di sostegno e controllo, da raccordarsi con le strutture sanitarie e le comunità ove viene attuata l'attività terapeutica, esige un alto livello di professionalità. La finalità di recupero terapeutico che viene perseguita, impone, altresì una particolare cautela negli interventi degli organi di polizia. Con la riforma del 2006 si sono intensificati i poteri e i doveri di controllo, prevedendo che il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico sia tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma stesso.

⁴⁵ CANEPA M., MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè Editore, 2010, pp. 272-275.

Alla luce di alcuni dati statistici riportati dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, risulta davvero difficile calcolare la percentuale dei detenuti afflitti dalla tossicodipendenza, soprattutto a causa dei problemi legati alla definizione e all'accertamento di questo stato patologico⁴⁶.

È stato inoltre rilevato l'aumento di soggetti con problematiche psichiatriche (soggetti c.d. a "doppia diagnosi") quale causa derivante o scatenante la tossico/alcool-dipendenza: per questa tipologia di detenuti la concessione della misura alternativa può risultare particolarmente problematica. Per ovviare a questo stato di cose, con la collaborazione dei servizi pubblici per le tossicodipendenza, del servizio sanitario regionale, degli enti territoriali, del terzo settore, del volontariato e delle comunità terapeutiche, l'obiettivo quello di assicurare la fruizione precoce ai detenuti tossicodipendenti del beneficio della cura in misura alternativa, evitando allo stesso tempo che si creino situazioni di sovraffollamento.

Il vantaggio che ne traggono questi detenuti è dato anche da quello di poter fruire di migliori contatti con i familiari e con la società, soprattutto grazie all'aiuto di figure professionali come gli assistenti sociali e gli educatori.

Dal punto di vista statistico la tabella⁴⁷ sotto riportata con i dati aggiornati al 30 novembre 2018, indica gli specifici casi di concessione dell'affidamento in prova al servizio sociale.

⁴⁶ MANTOVAN C., SBRACCIA A., *Evoluzione degli stili di consumo, difficoltà di definizione ed adeguamento delle prassi terapeutiche*, in *La cura vale la pena? Una ricerca sulle misure alternative per i tossicodipendenti* – Dossier, *Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario*, anno V n. 2-3, 2010, a cura di Associazione Antigone, Edizioni L'Harmanattan Italia, p. 141.

⁴⁷ Fonte: Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità – Direzione generale dell'esecuzione penale esterna; in www.giustizia.it.

AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	NUMERO
Condannati dallo stato di libertà	9.076
Condannati dallo stato di detenzione*	3.657
Condannati in misura provvisoria	418
Condannati tossico/alcooldipendenti dallo stato di libertà	1.008
Condannati tossico/alcooldipendenti dallo stato di detenzione*	1.871
Condannati tossico/alcooldipendenti in misura provvisoria	483
Condannati affetti da AIDS dallo stato di libertà	3
Condannati affetti da AIDS dallo stato di detenzione*	39
Totale	16.555

*Dallo stato di DETENZIONE = provenienti dagli ii.pp. – arresti domiciliari (art. 656 c.10 c.p.p) – detenzione domiciliare.

Fonte: Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità-Direzione generale dell'esecuzione penale esterna.

5.3. La detenzione domiciliare

La detenzione domiciliare è una misura alternativa prevista dall'art. 47 *ter*⁴⁸ dell'ordinamento penitenziario.

⁴⁸ L'art 47 *ter* o.p. dispone:

<<01. La pena della reclusione per qualunque reato, ad eccezione di quelli previsti dal libro II, titolo XII, capo III, sezione I, e dagli articoli 609-bis, 609-quater e 609-octies del codice penale, dall'articolo 51, comma 3-bis, del codice di procedura penale e dall'articolo 4-bis della presente legge, può essere espiata nella propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza ed accoglienza, quando trattasi di persona che, al momento dell'inizio dell'esecuzione della pena, o dopo l'inizio della stessa, abbia compiuto i settanta anni di età purché non sia stato dichiarato delinquente abituale, professionale o per tendenza né sia stato mai condannato con l'aggravante di cui all'articolo 99 del codice penale.

1. La pena della reclusione non superiore a quattro anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, nonché la pena dell'arresto, possono essere espiate nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora ovvero in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza ovvero, nell'ipotesi di cui alla lettera a), in case famiglia protette, quando trattasi di:

- a) donna incinta o madre di prole di età inferiore ad anni dieci con lei convivente; (2)*
 - b) padre, esercente la potestà, di prole di età inferiore ad anni dieci con lui convivente, quando la madre sia deceduta o altrimenti assolutamente impossibilitata a dare assistenza alla prole; (4)*
 - c) persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali;*
 - d) persona di età superiore a sessanta anni, se inabile anche parzialmente;*
 - e) persona minore di anni ventuno per comprovate esigenze di salute, di studio, di lavoro e di famiglia.*
- [1.1. Al condannato, al quale sia stata applicata la recidiva prevista dall'articolo 99, quarto comma, del codice penale, può essere concessa la detenzione domiciliare se la pena detentiva inflitta, anche se costituente parte residua di maggior pena, non supera tre anni.]*

1-bis. La detenzione domiciliare può essere applicata per l'espiazione della pena detentiva inflitta in misura non superiore a due anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, indipendentemente dalle condizioni di cui al comma 1 quando non ricorrono i presupposti per l'affidamento in prova al servizio

sociale e sempre che tale misura sia idonea ad evitare il pericolo che il condannato commetta altri reati. La presente disposizione non si applica ai condannati per i reati di cui all'articolo 4-bis.

1-ter. Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale, il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite di cui al comma 1, può disporre la applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata di tale applicazione, termine che può essere prorogato. L'esecuzione della pena prosegue durante la esecuzione della detenzione domiciliare.

1-quater. L'istanza di applicazione della detenzione domiciliare è rivolta, dopo che ha avuto inizio l'esecuzione della pena, al tribunale di sorveglianza competente in relazione al luogo di esecuzione. Nei casi in cui vi sia un grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, l'istanza di detenzione domiciliare di cui ai precedenti commi 01, 1, 1-bis e 1-ter è rivolta al magistrato di sorveglianza che può disporre l'applicazione provvisoria della misura. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 47, comma 4.

[2. La detenzione domiciliare non può essere concessa quando è accertata l'attualità di collegamenti del condannato con la criminalità organizzata o di una scelta di criminalità.]

[3. Se la condanna di cui al comma 1 deve essere eseguita nei confronti di persona che trovasi in stato di libertà o ha trascorso la custodia cautelare, o la parte terminale di essa, in regime di arresti domiciliari, si applica la procedura di cui al comma 4 dell'articolo 47.]

4. Il tribunale di sorveglianza, nel disporre la detenzione domiciliare, ne fissa le modalità secondo quanto stabilito dal secondo comma dell'articolo 284 del codice di procedura penale. Determina e impartisce altresì le disposizioni per gli interventi del servizio sociale. Tali prescrizioni e disposizioni possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza competente per il luogo in cui si svolge la detenzione domiciliare.

[4-bis. Nel disporre la detenzione domiciliare il tribunale di sorveglianza, quando ne abbia accertato la disponibilità da parte delle autorità preposte al controllo, può prevedere modalità di verifica per l'osservanza delle prescrizioni imposte anche mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 275-bis del codice di procedura penale.]

5. Il condannato nei confronti del quale è disposta la detenzione domiciliare non è sottoposto al regime penitenziario previsto dalla presente legge e dal relativo regolamento di esecuzione. Nessun onere grava sull'amministrazione penitenziaria per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica del condannato che trovasi in detenzione domiciliare.

6. La detenzione domiciliare è revocata se il comportamento del soggetto, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, appare incompatibile con la prosecuzione delle misure.

7. Deve essere inoltre revocata quando vengono a cessare le condizioni previste nei commi 1 e 1-bis.

8. Il condannato che, essendo in stato di detenzione nella propria abitazione o in un altro dei luoghi indicati nel comma 1, se ne allontana, è punito ai sensi dell'art. 385 del codice penale. Si applica la disposizione dell'ultimo comma dello stesso articolo. (3) (4)

9. La condanna per il delitto di cui al comma 8, salvo che il fatto non sia di lieve entità, importa la revoca del beneficio.

9-bis. Se la misura di cui al comma 1-bis è revocata ai sensi dei commi precedenti la pena residua non può essere sostituita con altra misura.>>

(1) La Corte costituzionale, con sentenza 19 novembre 1991, n. 414 (Gazz. Uff. 27 novembre 1991, n. 47 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo, nella parte in cui non prevede che la reclusione militare sia espiata in detenzione domiciliare quando trattasi di persona in condizioni di salute particolarmente gravi che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali.

(2) La Corte Costituzionale, con sentenza 10-12 giugno 2009, n. 177 (Gazz. Uff. 17 giugno 2009, n. 24 - Prima Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della seconda parte della presente lettera.

(3) La Corte Costituzionale, con sentenza 10-12 giugno 2009, n. 177 (Gazz. Uff. 17 giugno 2009, n. 24 - Prima Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma, nella parte in cui non limita la punibilità ai sensi dell'art. 385 del codice penale al solo allontanamento che si protragga per più di dodici ore, come stabilito dall'art. 47-sexies, comma 2, della presente L. 354/1975, sul presupposto, di cui all'art. 47-quinquies, comma 1, della medesima legge, che non sussista un concreto pericolo di commissione di ulteriori delitti.

(4) La Corte Costituzionale, con la sentenza 22 novembre 2018, n. 211, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1, lettera b), e 8, del presente articolo, nella parte in cui non limita la punibilità ai sensi dell'art. 385 del codice penale al solo allontanamento che si protragga per più di dodici

È stata introdotta nel nostro sistema con la legge 10 ottobre 1986, n. 663 (legge Gozzini)⁴⁹, ed implica l'espiazione della pena detentiva nell'abitazione del condannato o in altro luogo domiciliare privato ovvero "in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza".

La detenzione domiciliare può essere considerata l'equivalente, in fase di esecuzione penale, degli arresti domiciliari.

Pur presentando evidenti affinità, questi due istituti sono molto diversi: gli arresti domiciliari vengono applicati dal giudice di cognizione nel corso del procedimento penale, mentre la detenzione domiciliare viene applicata nella fase dell'esecuzione penale dal Tribunale di sorveglianza.

I soggetti che possono essere ammessi alla detenzione domiciliare sono:

- la donna incinta o madre di prole di età inferiore ad anni dieci con lei convivente;
- il padre, esercente la potestà, di prole di età inferiore ad anni dieci con lui convivente, quando la madre sia deceduta o altrimenti assolutamente impossibilitata a dare assistenza alla prole;
- la persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali;
- la persona di età superiore a sessanta anni, se inabile anche parzialmente;
- la persona minore di anni ventuno per comprovate esigenze di salute, di studio, di lavoro e di famiglia.

Occorre, tuttavia, sottolineare alcune criticità nell'applicazione di tale misura: in molti casi, infatti, la detenzione domiciliare non è praticabile poiché l'interessato non ha un'abitazione da indicare come luogo di esecuzione della pena (ad es. ciò avviene per i condannati extracomunitari), dunque non è una misura alla quale possono accedere tutti; inoltre, mentre la pena detentiva è uguale per tutti, la detenzione domiciliare non riesce ad evitare le "differenze sociali" (per cui ci sarà chi sconterà la propria pena in un'abitazione fatiscente e chi invece in una villa con piscina).

ore, come stabilito dall'art. 47-sexies, commi 2 e 4, della suddetta legge n. 354 del 1975, sul presupposto, di cui all'art. 47-quinquies, comma 1, della medesima legge, che non sussista un concreto pericolo di commissione di ulteriori delitti.

⁴⁹ La legge Gozzini introduce un tentativo di ripristinare i rapporti di comunicazione tra carcere e mondo esterno, attraverso un graduale processo di reinserimento del soggetto nella società. Essa prevede un allargamento della possibilità di accesso alle misure alternative alla detenzione con l'introduzione di determinati meccanismi che incentivino la partecipazione e la collaborazione attiva del detenuto.

Oltre alla detenzione domiciliare, cosiddetta “ordinaria”, la legge Simeone ha previsto un’ulteriore norma di detenzione domiciliare per coloro che debbano scontare una pena detentiva non superiore ai due anni, applicabile a qualsiasi condannato, purché non gli sia applicata la recidiva reiterata, ampliando così l’arco di applicazione di questa misura.

Un’altra ipotesi di detenzione domiciliare è quella cosiddetta “umanitaria”, e riguarda invece i casi in cui potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della pena ai sensi degli articoli 146 (nei confronti di donna incinta o che abbia un figlio di età inferiore a un anno, nonché nei confronti di persone che abbiano grave deficienza immunitaria come nei soggetti affetti da AIDS) e 147 c.p. (nei confronti di persona che abbia presentato domanda di grazia o che si trovi in condizioni di grave infermità, nonché nei confronti della madre con prole di età inferiore ai tre anni).

Esiste poi ancora una forma di detenzione domiciliare inserita dal legislatore nel 2001, con il nome di detenzione domiciliare “speciale”, che viene riservata alle madri di prole di età non superiore ai quattro anni, che abbiano espiato almeno un terzo della pena, ovvero quindici anni nel caso di condanna all’ergastolo.

In definitiva si può affermare che la detenzione domiciliare non si caratterizza tanto per una funzione di prevenzione speciale, essendo di fatto estranei alla misura momenti rieducativi o risocializzanti, quanto per le finalità umanitarie e di deflazione del sovraffollamento carcerario.

Nella tabella⁵⁰ che segue sono indicate le varie tipologie di condannati e i rispettivi dati per l’anno 2018 (aggiornati al 30 novembre 2018), con un particolare riferimento ai condannati che hanno usufruito della detenzione domiciliare grazie alla c.d. legge svuotacarceri del 2010⁵¹.

⁵⁰ Fonte: Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità – Direzione generale dell’esecuzione penale esterna; in www.giustizia.it.

⁵¹ La legge 26 novembre 2010, n.199 (legge c.d. svuotacarceri) è intervenuta nell’intento di affrontare il preoccupante fenomeno del sovraffollamento carcerario prevedendo l’esecuzione della pena detentiva presso il domicilio per i condannati a pene detentive brevi non superiori ad un anno.

DETEZIONE DOMICILIARE	NUMERO	DI CUI L. 199/2010 (legge svuotacarceri)
Condannati dallo stato di libertà	4.439	213
Condannati dallo stato di detenzione*	3.588	889
Condannati in misura provvisoria	2.583	-
Condannati affetti da AIDS dallo stato di libertà	12	-
Condannati affetti da AIDS dallo stato di detenzione*	33	-
Condannati madri/padri dallo stato di libertà	5	-
Condannati madri/padri dallo stato di detenzione*	36	-
Totale	10.696	1.102

*Dallo stato di DETENZIONE = provenienti dagli ii.pp. – arresti domiciliari (art. 656 c.10 c.p.p) – detenzione domiciliare.

Fonte: Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità-Direzione generale dell'esecuzione penale esterna.

5.4. La semilibertà

Ancor più della detenzione domiciliare, il regime di semilibertà si allontana dallo schema delle misure alternative alla detenzione.

Esso, infatti, consiste nella concessione al condannato e all'internato, di trascorrere parte del giorno fuori dall'istituto al fine di partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale⁵².

⁵² L'art. 48 o.p. dispone che:

<<Il regime di semilibertà consiste nella concessione al condannato e all'internato di trascorrere parte del giorno fuori dell'istituto per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale.

I condannati e gli internati ammessi al regime di semilibertà sono assegnati in appositi istituti o apposite sezioni autonome di istituti ordinari e indossano abiti civili.>>

[La concessione della semilibertà non è ammessa nei casi di cui al secondo comma dell'art. 47. (1)]

(1) Comma abrogato dall'art. 29, L. 10 ottobre 1986, n. 663.

Soltanto in senso lato, pertanto può parlarsi di misura alternativa alla detenzione, dal momento che il soggetto mantiene la veste di persona privata della libertà ed inserita in istituto penitenziario.

L'applicazione della misura della semilibertà è disposta da parte del Tribunale di sorveglianza in relazione ai progressi compiuti dal soggetto nel corso del trattamento ed al fine di favorire il suo graduale reinserimento nella società.

Il provvedimento che ammette al regime di semilibertà è subordinato ad una duplice indagine: da un lato vi è l'esame di natura soggettiva, volto a stabilire attraverso una valutazione globale del comportamento e della personalità del condannato o dell'internato, se l'opera di rieducazione ha conseguito risultati positivi; dall'altro vi è una valutazione di natura oggettiva perché inerente al tipo di attività che il soggetto deve svolgere all'esterno dell'istituto penitenziario.

Il programma prescritto viene approvato dal Direttore dell'istituto, essendo egli il responsabile del trattamento del soggetto in semilibertà e diventa esecutivo attraverso l'approvazione da parte del Magistrato di sorveglianza.

Il regime di semilibertà è fruibile in ordine al tipo di reato e alla durata della pena irrogata⁵³.

(2) La Corte Costituzionale, con sentenza 5-16 marzo 2007, n. 78 (Gazz. Uff. 21 marzo 2007, n. 12 - Prima serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo, ove interpretato nel senso che allo straniero extracomunitario, entrato illegalmente nel territorio dello Stato o privo del permesso di soggiorno, sia in ogni caso precluso l'accesso alle misure alternative da esso previste.

⁵³ L'art. 50 o.p. dispone:

<<Possono essere espiate in regime di semilibertà la pena dell'arresto e la pena della reclusione non superiore a sei mesi, se il condannato non è affidato in prova al servizio sociale.

2. Fuori dei casi previsti dal comma 1, il condannato può essere ammesso al regime di semilibertà soltanto dopo l'espiazione di almeno metà della pena ovvero, se si tratta di condannato per taluno dei delitti indicati nei commi 1, 1-ter e 1-quater dell'art. 4-bis, di almeno due terzi di essa. L'internato può esservi ammesso in ogni tempo. Tuttavia, nei casi previsti dall'art. 47, se mancano i presupposti per l'affidamento in prova al servizio sociale, il condannato per un reato diverso da quelli indicati nel comma 1 dell'art. 4-bis può essere ammesso al regime di semilibertà anche prima dell'espiazione di metà della pena. (193)

3. Per il computo della durata delle pene non si tiene conto della pena pecuniaria inflitta congiuntamente a quella detentiva.

4. L'ammissione al regime di semilibertà è disposta in relazione ai progressi compiuti nel corso del trattamento, quando vi sono le condizioni per un graduale reinserimento del soggetto nella società.

5. Il condannato all'ergastolo può essere ammesso al regime di semilibertà dopo avere espiaato almeno venti anni di pena. (196)

6. Nei casi previsti dal comma 1, se il condannato ha dimostrato la propria volontà di reinserimento nella vita sociale, la semilibertà può essere altresì disposta successivamente all'inizio dell'esecuzione della pena. Si applica l'articolo 47, comma 4, in quanto compatibile. (194) 7. Se l'ammissione alla semilibertà riguarda una detenuta madre di un figlio di età inferiore a tre anni, essa ha diritto di usufruire della casa per la semilibertà di cui all'ultimo comma dell'art. 92 del decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1976, n. 431.

(1) La Corte Costituzionale, con sentenza 16 marzo 2007, n. 78, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo, ove interpretato nel senso che allo straniero extracomunitario, entrato illegalmente nel

Possono essere ammessi a godere di questa misura alternativa i seguenti soggetti:

- il condannato alla pena della reclusione non superiore a sei mesi, nel caso in cui non sia affidato in prova al servizio sociale;
- il condannato che abbia espiato almeno metà della pena, se condannato alla reclusione;
- il condannato che abbia scontato almeno venti anni di pena, se condannato all'ergastolo;
- in via d'eccezione, al condannato in qualsiasi momento: può essere applicata sin dall'inizio ogni qualvolta risulti la volontà di reinserimento, dimostrata dal buon comportamento durante il periodo pregresso;
- il condannato per i delitti specificati rispettivamente all'art. 4 bis o.p., riguardo ai quali la pena espiata deve essere almeno di due terzi⁵⁴.

La semilibertà, inoltre, è l'unica misura alternativa di cui possono beneficiare anche gli internati, ossia coloro che sono sottoposti a una misura di sicurezza detentiva.

I condannati o gli internati ammessi alla semilibertà possono anche beneficiare di "licenze" che consentono loro di potersi allontanare per brevi periodi dai luoghi di detenzione o internamento, proprio in funzione di maggiori contatti con la società finalizzati al recupero del soggetto⁵⁵.

Il semilibero che, senza giustificato motivo, non rientra in istituto, qualora l'assenza non superi le dodici ore, è punito in via disciplinare e può essere proposto per la revoca (art. 51 c. 2 o.p.). Se, invece, l'assenza si protrae per un periodo superiore alle dodici ore, quest'ultimo dovrà rispondere di una nuova forma di evasione punibile ai sensi dell'art. 385 c.p. e la conseguente condanna comporterà la revoca del regime di semilibertà.

In definitiva è possibile constatare come dal punto di vista dello sfollamento penitenziario la semilibertà non è proprio la soluzione migliore poiché non risolve il problema di per sé; tuttavia risulta particolarmente utile in termini di rieducazione del soggetto, poiché la prospettiva che il condannato o internato possa beneficiare di tale

territorio dello Stato o privo del permesso di soggiorno, sia in ogni caso precluso l'accesso alle misure alternative da esso previste.

⁵⁴ La legge 5 dicembre 2005, n. 251 ha previsto un'ulteriore innalzamento delle quote di pena: se si tratta di condannati recidivi, ai sensi dell'art. 99 c.4 c.p., è necessaria l'espiazione di almeno due terzi di pena. Se oltre che di recidivi, si tratta anche di condannati per reati compresi nell'art. 4 bis o.p., è necessaria la previa espiazione di almeno tre quarti della pena.

⁵⁵ Al condannato ammesso a regime di semilibertà, infatti, possono essere concesse da parte del magistrato di sorveglianza, una o più licenze di durata non superiore a quarantacinque giorni all'anno.

regime, costituisce uno stimolo che lo induce a rispettare le regole di buona condotta carceraria e lo incentiva ad assumere un atteggiamento costruttivo nei confronti della proposta rieducativa⁵⁶.

Nella tabella seguente sono indicati i numeri inerenti alla semilibertà per l'anno 2018 (aggiornati al 30 novembre 2018)⁵⁷.

SEMILIBERTA'	NUMERO
Condannati dallo stato di libertà	72
Condannati dallo stato di detenzione*	804
Totale	876

*Dallo stato di DETENZIONE = provenienti dagli ii.pp. – arresti domiciliari (art. 656 c.10 c.p.p) – detenzione domiciliare.

Fonte: Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità-Direzione generale dell'esecuzione penale esterna.

⁵⁶ PONTI G., *Compendio di criminologia*, Raffaello Cortina Editore, p. 429.

⁵⁷ Fonte: Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità – Direzione generale dell'esecuzione penale esterna; in www.giustizia.it.

CAPITOLO II

L'ESPERIENZA DELLA SEZIONE A CUSTODIA ATTENUATA NELLA CASA CIRCONDARIALE DI GENOVA MARASSI

1. Le caratteristiche delle strutture a custodia attenuata

Come già accennato nel capitolo precedente, agli articoli 95 e 96 del Testo unico delle leggi in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope, viene offerta la possibilità ai detenuti tossicodipendenti di essere ospitati in strutture detentive (sezioni o istituti) ove possono ricevere cure mediche ed assistenza, svolgendo quelle attività relative ai programmi terapeutici e socio-riabilitativi che la legge richiede.

Dunque la creazione di strutture penitenziarie specifiche per soggetti tossicodipendenti va considerata come puntuale articolazione del sistema penitenziario, dovendo distinguere tra:

- Sezioni annesse a grandi istituti caratterizzate da una particolare gestione rispetto all'istituto centrale;
- Istituti autonomi a bassa capienza.

Altra distinzione che deve essere fatta concerne i tipi di intervento diversificati in relazione alle caratteristiche specifiche dei soggetti detenuti. Vi sono, infatti, trattamenti di primo livello (c.d. di base) e di secondo livello (c.d. avanzati).

Gli interventi di primo livello sono diretti a tutti i soggetti con problemi di tossicodipendenza nella fase di ingresso negli istituti penitenziari dalla condizione di libertà.

Le varie fasi che caratterizzano gli interventi di primo livello sono:

- La fase di individuazione dei soggetti da inviare alle strutture riservate ai tossicodipendenti: nel corso di questa fase si avrà cura di rilevare, in occasione dei colloqui e degli interventi effettuati ordinariamente per tutti i detenuti provenienti dalla libertà all'atto dell'ingresso, l'eventuale condizione di tossicodipendenza.

- La fase di accoglienza nella struttura riservata ai tossicodipendenti: in questa seconda fase verranno tempestivamente effettuati gli interventi eventualmente indicati come urgenti dal presidio che ha inviato il soggetto, ivi compreso l'inizio di un processo di disintossicazione o di mantenimento del trattamento farmacologico eventualmente già prescritto, ovvero il controllo delle reazioni da astinenza che il soggetto stesso presentasse. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, il medico si trova a dover operare necessariamente una scelta tra l'impostazione di un programma terapeutico con farmaci antagonisti (in particolare il metadone) ed una c.d. "terapia secca". La prima terapia consiste nella somministrazione, sotto rigido controllo del sanitario, di metadone in dosi sempre minori nel corso del tempo, fino alla completa disintossicazione. Tale metodo, se da un lato permette di evitare al tossicodipendente le sofferenze dovute alla sindrome da astinenza, dall'altro causa un ulteriore abbassamento delle difese immunitarie dovuto al fatto che nell'organismo del soggetto continuano ad essere introdotte, anche se in quantità sempre minore, sostanze tossiche. Proprio la valutazione degli effetti nocivi derivanti dalla somministrazione di farmaci antagonisti costituisce il punto di partenza per i sostenitori della "terapia secca", che consiste nel far evolvere il decorso della crisi in modo naturale, senza ricorrere alla somministrazione di alcuna sostanza se non, in via eventuale, di farmaci leggeri e specifici come antiemetici, antidolorifici, etc.. In tal modo si consente all'organismo del tossicodipendente di recuperare forze e salute in tempi più brevi, pur dovendo superare le notevoli sofferenze legate alle reazioni da astinenza. Il soggetto verrà, quindi, preso in carico sotto il profilo psicologico ed educativo-sociale, sia mediante colloqui con gli operatori penitenziari dell'istituto e con l'esperto ex articolo 80 della legge n. 354/75, sia mediante la segnalazione di esigenze e problemi familiari al centro di servizio sociale per gli interventi di competenza all'esterno.
- La fase di trattamento: essa prevede, da un lato, interventi degli operatori penitenziari, con l'apporto determinante di collaborazioni esterne, per la realizzazione di esperienze di trattamento significative, nelle quali, compatibilmente con le condizioni strutturali ed organizzative dell'istituto, sia dato particolare spazio ad iniziative formative, lavorative, di animazione

culturale, di socializzazione e di rilancio delle relazioni affettivo-familiari; dall'altro, interventi dei servizi specializzati nel trattamento delle tossicodipendenze, diretti a:

- collaborare con il servizio sanitario dell'istituto nella definizione e nell'attuazione di un eventuale trattamento farmacologico e/o di terapia, riguardante le condizioni fisiche e mentali generali;
- informare i soggetti sulle opportunità curative e socio-riabilitative esistenti nella realtà intra ed extramuraria e sui comportamenti e le precauzioni da adottare per la prevenzione dell'AIDS, di altre forme morbose connesse all'abuso di droghe, etc.;
- fornire elementi di sostegno psicologico e di investimento relazionale, volti particolarmente al consolidamento della personalità dei soggetti più fragili o in situazioni di disagio pronunciato;
- motivare gradualmente il soggetto alla partecipazione attiva ad un trattamento più avanzato, da effettuare presso i presidi esterni (se la dimissione è prevista prossima) ovvero presso gli istituti penitenziari che attuano i programmi di secondo livello.

L'andamento del programma di trattamento e la condizione individuale dei singoli detenuti formano oggetto di una valutazione periodica congiunta da parte degli operatori penitenziari e degli operatori dei servizi territoriali che intervengono nel programma, anche al fine di valutare l'opportunità di segnalare i soggetti, la cui motivazione al trattamento risulta esistente ed autentica, per il passaggio alle strutture di secondo livello.

- La fase di dimissione e reinserimento sociale: essa è caratterizzata, oltre che dai consueti interventi previsti dalla normativa in favore del dimittendo, da una particolare cura circa gli interventi da realizzare in favore del tossicodipendente dopo la dimissione, al fine di consentire un'efficace prosecuzione del programma terapeutico o socio-riabilitativo eventualmente iniziato, ovvero il suo inizio presso un presidio socio-sanitario o un altro organismo specializzato esterno. In questa fase è, inoltre, necessario richiedere ai servizi assistenziali territoriali un "intervento di seguito" adeguato, ai sensi della normativa che ha disposto la delega dell'assistenza post-penitenziaria agli enti locali, affinché possano essere soddisfatte le esigenze di base (di

lavoro, di alloggio, di assistenza, etc.) che il tossicodipendente presenta al momento della dimissione e la cui soluzione risulta verosimilmente compromessa dalla stigmatizzazione che lo stesso subisce a causa della sua particolare duplice condizione di ex-detenuto e di ex-tossicodipendente⁵⁸.

Gli interventi di secondo livello sono svolti nelle sezioni o negli istituti individuati come strutture particolarmente indicate all'attuazione di un programma avanzato e sono diretti a quei soggetti che, in esito agli interventi di primo livello, risultano motivati ad un trattamento avanzato, ovvero che, all'atto del primo ingresso, risultano avere in corso un valido trattamento socio-riabilitativo.

Riguardo agli aspetti contenutistici si possono distinguere tre fasi: la fase di accoglienza; la fase di trattamento; la fase di dimissione e di reinserimento sociale.

La fase di accoglienza differisce da quella dell'istituto di primo livello soprattutto perché i soggetti che giungono al trattamento avanzato non presentano crisi d'astinenza ed esigenze urgenti di disintossicazione poiché sono sufficientemente informati del problema in cui sono coinvolti e sono solitamente motivati al trattamento.

La presa in carico del soggetto sotto il profilo psicologico ed educativo-sociale è qui svolta dagli operatori penitenziari in collaborazione con i servizi specializzati nel trattamento delle tossicodipendenze. Questa è finalizzata prevalentemente ad informare il soggetto circa le opportunità trattamentali offerte dall'istituto, a sensibilizzare il tossicodipendente ad aderire ad un programma terapeutico o socio-riabilitativo tra quelli realizzabili nell'istituto, a verificare, in relazione alle scelte fattibili, la consistenza delle motivazioni del soggetto e la sua idoneità ad iniziare il percorso trattamentale assumendone i relativi impegni.

La fase del trattamento persegue finalità che non sono più limitate, come nel primo livello, ad un'azione di sostegno psicologico-educativo ed all'orientamento motivazionale, ma consistono nel favorire sia un cambiamento più profondo degli atteggiamenti personali connessi alla tossicodipendenza, mediante la realizzazione di attività terapeutiche specializzate (counseling individuale e di gruppo, programmi terapeutici personalizzati, etc.), sia un coinvolgimento più ampio e sistematico nelle

⁵⁸ MORRONE A., *Trattamento penitenziario e misure alternative*, in <http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/progetti/morrone.htm>.

attività formative, lavorative e socializzanti, in modo da accompagnare e sostenere validamente il processo condotto a livello terapeutico specifico.

Per quanto concerne, infine, la fase di dimissione e di reinserimento sociale, va considerato che, a differenza di quanto previsto nei programmi di primo livello, i soggetti hanno verosimilmente usufruito nel corso della detenzione di esperienze preparatorie alla dimissione o comunque con valore risocializzante, che facilitano il reinserimento sociale (permessi-premio, lavoro all'esterno, partecipazione a programmi di formazione professionale con prolungamenti all'esterno, etc.).

Il reinserimento sociale potrà essere tempestivamente e convenientemente programmato, con la ricerca di soluzioni (lavorative, di sostegno materiale, etc.) durature nel tempo e tali da rappresentare adeguatamente un nuovo e valido percorso alternativo da offrire al detenuto.

Lo svolgimento delle attività trattamentali di primo e di secondo livello in favore dei tossicodipendenti presuppone, come ineludibile condizione di fattibilità, la disponibilità di strutture edilizie che rispecchino i principi dell'articolo 5 dell'ordinamento penitenziario e dell'articolo 30 della legge n. 162/90, il che implica un idoneo adattamento dell'edilizia penitenziaria.

Tuttavia, poiché sia l'ampio programma di ristrutturazione degli istituti esistenti avviato ormai da diversi anni dall'amministrazione penitenziaria sia l'apertura di nuove strutture necessitano non solo di tempi adeguati, ma soprattutto di notevoli disponibilità di fondi, tale adeguamento non è stato tuttora completato. Infatti, a causa dell'insufficienza delle risorse economiche dovuta alla crisi della finanza pubblica dell'attuale periodo storico, l'adattamento dell'edilizia penitenziaria alle esigenze della popolazione detenuta tossicodipendente è stato parziale ed ha consentito finora di avere solo alcune esperienze significative di trattamenti avanzati.

La carenza o la fatiscenza delle strutture e le problematiche connesse al sovraffollamento spesso impediscono, di fatto, di attivare una completa differenziazione e separazione tra le varie tipologie di detenuti, che, invece, finiscono puntualmente con l'usufruire delle stesse strutture, nonché dei medesimi servizi e spazi comuni.

Sia per gli interventi di primo che di secondo livello, la struttura edilizia delle sezioni dovrebbe essere conformata alle esigenze di una custodia attenuata e ad attività socio-riabilitative con ampi spazi riservati per attività di gruppo terapeutiche, lavorative e ludiche. Gli stessi spazi personali del detenuto dovrebbero essere particolarmente

valorizzati in funzione del programma trattamentale (la presenza, ad es., di celle singole, di una cucina comune autogestita...).

Le sale colloquio sono predisposte ed arredate senza vetri divisorii al fine di agevolare la creazione di un clima diverso negli incontri con i familiari, per poter essere utilizzate anche per i colloqui terapeutici e per consentire la gestione della fase di accoglienza da parte delle Comunità terapeutiche nei confronti dei detenuti.

In tale contesto i sistemi di sicurezza sono garantiti in modo tale da non interferire con la prevalente funzione di recupero sociale della struttura, nella quale la relazione tra polizia penitenziaria e detenuti, deve assumere un ruolo attivo, assieme agli altri operatori, nel processo di responsabilizzazione del soggetto.

Una particolare attenzione è rivolta alla creazione di spazi aperti e verdi annessi alle strutture, ove i detenuti possano lavorare e passare del tempo all'aperto.

All'interno della custodia attenuata, dunque, gli interventi sono finalizzati perlopiù a motivare il soggetto ad un processo di cambiamento autentico e, quindi, ad un modello di vita più sano, lontano dalla droga.

All'interno delle strutture a custodia attenuata opera un'équipe integrata composta da:

- direttore dell'istituto che la presiede;
- responsabile del servizio tossicodipendenti dell'USL;
- operatori penitenziari: esperto ex art. 80 legge 354/1975, personale di custodia, educatore, assistente sociale, medico;
- operatori del servizio tossicodipendenti della USL così come individuati nell'art. 118 del d.p.r. 309/1990;
- operatori degli enti locali;
- operatori di Comunità terapeutiche, convenzionate con gli Enti locali.

La funzione dell'équipe è quella di definire ed attuare programmi terapeutici individualizzati e di gruppo (previa autorizzazione della Magistratura competente), quando è possibile coinvolgere le famiglie nel progetto e trattare con le strutture pubbliche e private per predisporre un piano di intervento esterno per il reinserimento.

La specifica finalità terapeutica della custodia attenuata esige che siano presi in considerazione due criteri fondamentali:

- un'accurata selezione dei soggetti tossicodipendenti particolarmente motivati al recupero;

- una volontarietà del detenuto tossicodipendente ad accedere a tale opportunità e soprattutto a conformarsi alle regole di vita e di trattamento che il progetto terapeutico prevede.

Il processo di selezione, dunque, viene attivato solo nei confronti dei detenuti che ne facciano richiesta, avviene mediante colloqui tesi a valutare le caratteristiche del soggetto, in particolare il suo stato di tossicodipendenza, il grado di compromissione psico-fisica, il suo coinvolgimento con l'ambiente delinquenziale di provenienza ed il contesto familiare.

Gli obiettivi del trattamento sono quelli di migliorare e cambiare gli atteggiamenti personali del detenuto nei confronti della tossicodipendenza e di sostenere il processo condotto a livello terapeutico attraverso attività formative, lavorative e socializzanti.

L'équipe integrata interviene sia con un trattamento intramurario sui problemi personali e comuni della dipendenza, sia attraverso un piano programmatico gestito con gli organismi socio-riabilitativi esterni per un reinserimento del detenuto⁵⁹.

2. La custodia attenuata all'interno del carcere di Genova Marassi

La nascita e lo sviluppo della sezione a custodia attenuata (3^a sezione) della Casa circondariale di Genova Marassi, ha tenuto conto di alcune esperienze sviluppate all'estero per contrastare ed affrontare la crescente presenza di tossicodipendenti in carcere e l'altissimo tasso di recidiva che caratterizza questa tipologia di detenuti.

Visti gli enormi costi umani, sociali ed economici, legati all'intreccio tra la tossicodipendenza e la criminalità, si è tentato di affrontare il problema dei detenuti tossicodipendenti in modo tale da aumentare le possibilità di reinserimento sociale di essi; tutto ciò attraverso l'elaborazione di un programma educativo-terapeutico sviluppato direttamente all'interno dell'istituzione carceraria.

Il progetto di custodia attenuata "Il Ponte", realizzato dalla cooperativa sociale "Il Biscione", nasce dalla constatazione che gran parte dei detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti, richiedono di intraprendere un percorso terapeutico-riabilitativo per poter così ottenere misure alternative alla detenzione.

⁵⁹ DONATI S., VERSARI L., *Fronte del carcere, L'esperienza della Sezione a custodia attenuata di Forlì*, Roma, Carocci editore, 2002, p. 38.

Infatti, l'esperienza esterna viene spesso affrontata senza gli strumenti necessari per attuare un cambiamento motivato e sostenuto da valide relazioni sociali e personali utili per non ricadere in situazioni analoghe a quelle che precedentemente hanno portato alla tossicodipendenza e alla detenzione.

Nasce, così, nel 1998 l'idea di strutturare all'interno del carcere di Marassi uno spazio fisico e temporale in cui intraprendere un percorso in grado di conferire all'esperienza detentiva un senso di "utilità" cercando di proporre nuove prospettive di riflessione in grado di stimolare motivazioni al cambiamento; una nuova opportunità terapeutico-riabilitativa assieme alla possibilità di avviare progetti post-detentivi che proseguano nel contesto territoriale di appartenenza.

In quest'ottica, assume grande rilevanza la presenza costante e propositiva dell'équipe terapeutico-educativa, in quanto rappresenta la possibilità concreta di sperimentare il valore e l'importanza della condivisione delle problematiche proprie della detenzione. Al detenuto viene così offerta la possibilità di ripensare in maniera differente le dinamiche di relazione interpersonale, a partire proprio dalle varie figure professionali che operano all'interno della sezione, e di iniziare a mettere in atto un'ipotesi di cambiamento basato su motivazioni autentiche.

Alla sezione a custodia attenuata possono accedere detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti, prioritariamente quelli sottoposti a pene detentive definitive anche residuali non inferiori ai sei mesi e non superiori ai 6 anni (si ammettono tuttavia eccezioni avvallate dalla direzione della Casa circondariale).

Per quel che riguarda la selezione e l'accesso alla sezione, come già disposto in precedenza, è importante che il detenuto sia motivato e disposto ad attivarsi in prima persona.

E' il detenuto a dover fare spontaneamente, attraverso una c.d. "domandina", richiesta per entrare nella sezione a custodia attenuata, e sarà, successivamente, il Ser.T assieme all'équipe che gestisce il progetto a vagliare e valutare tali richieste.

La valutazione si basa principalmente su aspetti sanitari (diagnosi di tossicodipendenza e/o alcolodipendenza, assunzioni di farmaci, patologie in atto, stato fisico generale); aspetti giuridico – penali (posizione giuridica, comportamento intramurario, pericolosità sociale, etc.); aspetti educativo – terapeutici (anamnesi, esperienze di percorsi terapeutici pregressi, disponibilità al cambiamento, etc.).

Qualora l'idoneità venisse concessa, si procederà alla firma di un contratto di accordo reciproco nel quale è specificato il programma individualizzato.

Inoltre, è importante sottolineare che partecipare alle attività della sezione a custodia attenuata non comporta automaticamente la concessione di benefici e misure alternative alla detenzione, così come l'interruzione delle stesse non li preclude.

Il tipo di utenza che si seleziona ha in linea di massima alcune caratteristiche:

- non deve avere problematiche psichiatriche rilevanti con frequenti scatti d'ira e comportamenti eccessivamente impulsivi;
- non avere rapporti disciplinari negli ultimi 2 mesi;
- non deve avere problemi di incolumità personale;
- in caso di assunzione di terapia farmacologica o metadonica, questa deve essere compatibile con il percorso educativo terapeutico.

Per quanto concerne il progetto educativo e terapeutico la custodia attenuata si propone di fornire al detenuto una possibilità di costruire un percorso di vita alternativo a quello da lui conosciuto e sperimentato, attraverso interventi a diversi livelli.

E' fondamentale che la persona inizi a sentirsi soggetto attivo nella costruzione del proprio percorso terapeutico-riabilitativo dal momento che i programmi sono individualizzati in base alle caratteristiche ed agli obiettivi personali.

Le attività sono organizzate in modo che ogni utente abbia un programma personalizzato che tenga conto delle sue capacità e competenze pregresse, delle sue difficoltà ed idiosincrasie. Nel programma si cerca di inserire elementi che comprendano aspetti cognitivi, lavorativi, ludici, etc..

Le attività includono una serie molto articolata di opzioni che comprendono aspetti di manualità (la falegnameria, il corso di cucina etc.), culturali (il recupero scolastico, la biblioteca, gli incontri con soggetti esterni), ludico-ricreative e sportive. Queste attività sono pensate e programmate per incrementare il bagaglio di conoscenza dei detenuti in senso lato, ma anche per stimolare lo sviluppo di una maggiore capacità di interazione con gli altri.

Le singole attività sono predisposte per offrire un contesto normativo dotato di un certo senso.

Questo aspetto è particolarmente importante essenzialmente per due motivi:

- all'interno del carcere le norme spesso vengono interpretate e rispettate da tutti gli interlocutori come un mero adempimento formale, rischiando di essere concepite come dei soli limiti burocratici farraginosi e svincolati dalla verifica dei risultati attesi;
- il detenuto tossicodipendente fa fatica a tollerare misura, limiti, regole, obblighi

e a mantenere un comportamento adatto alle circostanze.

Da un punto di vista educativo, al detenuto è richiesto di impegnarsi attivamente nel percorso trattamentale, rispettando le regole della sezione e partecipando alle attività proposte e concordate individualmente con gli operatori.

I detenuti sono "accompagnati" nelle loro attività quotidiane dagli operatori della sezione, insieme ai quali verificano periodicamente il raggiungimento degli obiettivi prefissati e il programma concordato.

Per quanto concerne gli aspetti terapeutici sono previsti due tipi di intervento:

- colloqui individuali svolti settimanalmente della psicologa dell'équipe;
- discussioni di gruppo su tematiche differenti, al fine di confrontarsi sulle difficoltà e le problematiche legate al percorso intrapreso.

Inoltre si ritiene che attraverso l'intervento costante di operatori interni ed esterni al carcere si possa realizzare uno scambio continuo tra l'istituzione penitenziaria e la realtà esterna come parte fondante del percorso trattamentale.

In quest'ottica, risulta di grande importanza il lavoro di rete territoriale svolto con diversi referenti istituzionali (Ser.T, UEPE e Comunità Terapeutiche).

2.1. L'organizzazione del tempo e dello spazio in custodia attenuata

Pur trovandosi all'interno della Casa Circondariale, la sezione a custodia attenuata è regolata da tempi e spazi autonomi.

In continuità con le altre esperienze di custodia attenuata, tale separazione permette al detenuto di sperimentare un modo diverso di vivere la propria detenzione, in un contesto differenziato e propositivo.

La capacità ricettiva prevista è attualmente di 12 posti.

La sezione è disposta su due piani, il primo suddiviso in uffici e laboratori (falegnameria, informatica, grafica, biblioteca ed aule scolastiche), il secondo con le camere detentive da due posti.

Inoltre è presente una cucina comune e una sala socialità per i pasti, le assemblee plenarie, la lettura dei giornali ed i gruppi.

L'apertura delle celle è prevista alle ore 8.00 e la chiusura alle ore 20.30.

Durante tale orario i detenuti possono muoversi liberamente all'interno della struttura per seguire attivamente le varie fasi della giornata, generalmente così strutturata:

Dal lunedì al venerdì:

- ore 7.30-8.30: sveglia, pulizia delle celle, colazione;
- ore 8.30-9.30: incontro operatori-detenuti nella sala socialità, lettura dei giornali;
- ore 9.30-11.30: attività strutturate e concordate con gli operatori;
- ore 11.30-14.30: passeggi, pranzo, attività libere;
- ore 14.30-18.30: attività concordate con gli operatori;
- ore 18.30- 20.30: pulizie, cena, attività libere.

Il sabato mattina è presente un operatore della sezione, mentre il sabato pomeriggio e la domenica sono gestite autonomamente dai detenuti.

Inoltre, una volta alla settimana è prevista un'assemblea plenaria a cui partecipano congiuntamente operatori e detenuti: questa rappresenta uno spazio comune di confronto, elaborazione e condivisione delle varie problematiche organizzative presenti nella gestione generale della sezione.

Per quanto riguarda la manutenzione ordinaria della sezione si è pensato fosse opportuno coinvolgere direttamente i detenuti presenti; infatti, sono previste diverse tipologie di lavoranti che, a rotazione mensile ed in modo retribuito, svolgono diverse attività, quali: cuoco ed aiuto cuoco, addetto alle pulizie degli spazi comuni, addetto alla contabilità interna ed altre figure funzionali alla gestione della sezione.

Per quanto concerne invece le attività terapeutiche, sono previsti:

- colloqui settimanali a cura della psicologa dell'equipe: la psicologa garantisce un numero di due o tre colloqui ai detenuti che per svariati motivi hanno interrotto il percorso educativo-terapeutico del progetto e sono rientrati nelle sezioni ordinarie; partecipa alle riunioni di confronto ed approfondimento con gli operatori del Ser.T interno e dei Ser.T esterni.
- gruppi esperienziali: ove vengono affrontati i temi della detenzione e della tossicodipendenza. Il gruppo è finalizzato all'aumento della consapevolezza della propria situazione e di conseguenza a favorire la motivazione nei percorsi individuali; questo viene condotto dal criminologo e da un educatore della sezione.

Le attività pedagogiche ed educative vengono organizzate e predisposte dagli educatori. Queste consistono principalmente in:

- lettura giornali;
- gruppi tematici (informazioni sanitarie, mondo del lavoro, modalità di

accesso ai servizi territoriali, etc.);

- cineforum (scelta e visione di vari film);
- gestione delle attività e degli incontri esterni;
- accompagnamento nella gestione ordinaria della sezione (pulizia, acquisti materiali, cucina, etc.);
- verifica dei programmi individuali.

Tra i diversi laboratori presenti all'interno della sezione, gestiti sempre dagli educatori e dai formatori, vi è:

- il laboratorio di cucina;
- il laboratorio di informatica;
- il laboratorio di giardinaggio interno alla sezione;
- il laboratorio di falegnameria.

All'interno della Casa Circondariale di Genova Marassi sono presenti, inoltre, attività di sostegno scolastico per i detenuti che frequentano i corsi delle scuole statali che si svolgono nelle sezioni ordinarie (licenza elementare, licenza media inferiore, Grafica pubblicitaria, Odontotecnica).

Nella sezione a custodia attenuata è possibile svolgere attività sportive quali: la palestra, la pallavolo ed il calcio.

L'équipe della 3^a sezione è composta da un coordinatore criminologo, uno psicologo e quattro educatori a tempo parziale; è inserita in un sistema multidisciplinare complesso che si riunisce una volta alla settimana con i referenti interni del Ser.T, gli operatori dei Ser.T territoriali e l'educatore ministeriale delegato.

Il compito dell'équipe allargata è quello di programmare gli ingressi in sezione, di monitorare l'andamento delle attività della stessa, di procedere all'allontanamento dei detenuti che non si attengono a quanto concordato e di favorire i contatti con i servizi esterni per agevolare le condizioni di accesso ai programmi di trattamento terapeutici e socio – riabilitativi esterni al circuito penitenziario.

Vi è inoltre un rapporto costante con la Direzione della Casa Circondariale e con la Polizia Penitenziaria.

Le attività esterne svolte dagli operatori si suddividono principalmente in:

- accompagnamento dei detenuti in permesso premio su richiesta del magistrato;
- accompagnamento dei detenuti nelle comunità terapeutiche per concordare programmi di tipo residenziale;

- incontri con gli operatori dell'Uepe, dello Sp.in (Sportello informativo), dei Ser.T per supportare i detenuti nella elaborazione di programmi di trattamento terapeutico alternativo alla detenzione.

Vengono poi organizzati cicli d'incontri con operatori interni ed esterni al carcere.

Gli incontri "interni" si svolgono con:

- l'educatore ministeriale delegato ad operare in custodia attenuata: egli sarà tenuto a rilasciare informazioni sui diritti e sui doveri dei detenuti, sulle informazioni concernenti le misure alternative alla detenzione;
- l'assistente sociale UEPE (Ufficio esecuzione penale esterno): tali incontri vertono sull'educazione alla legalità, sul presupposto ed il senso delle misure alternative alla detenzione, sui programmi di trattamento terapeutico e socio-riabilitativo per tossicodipendenti;
- l'infettivologo: per la prevenzione e la cura delle malattie infettive;
- il medico del servizio sanitario penitenziario: il quale indica gli elementi di igiene e le regole della vita comunitaria;
- il responsabile del Ser.T. interno: egli dovrà informare sugli effetti e le conseguenze dell'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, sui percorsi di cura.

Gli incontri "esterni" vengono svolti con:

- gli operatori dei Ser.T. esterni: al fine di concordare programmi di trattamento terapeutico;
- i mediatori culturali per detenuti stranieri;
- gli enti e le strutture del mondo del lavoro: Spin (Sportello informativo), Centro per l'impiego;
- gli operatori delle comunità terapeutiche della Regione Liguria: CEIS, San Benedetto al Porto, Maris, L'Ancora, AFET.

2.2. Attività esterne alla sezione in art. 21 o.p.

Al fine di favorire al massimo la possibilità, per le persone private della libertà, di svolgere attività lavorativa, il legislatore ha disposto all'art. 21 o.p. il lavoro all'esterno dell'istituto⁶⁰.

Il lavoro all'esterno non può essere considerato una misura alternativa alla detenzione, ma bensì un beneficio, concesso dal direttore dell'Istituto di pena.

Consiste nella possibilità di uscire dal carcere per svolgere un'attività lavorativa, anche autonoma (art. 48, c.12, D.P.R. 230/2000), oppure per frequentare un corso di formazione professionale (art. 21, c. 4 bis, o.p.).

Possono essere ammessi al lavoro all'esterno:

- gli imputati, previa autorizzazione dell'autorità giudiziaria;
- i condannati e gli internati per reati diversi da quelli previsti dall'art 4 bis o.p.;
- i condannati per i reati previsti all'art. 4 bis o.p., dopo l'espiazione di un terzo della pena e, comunque, di non oltre 5 anni;
- i condannati all'ergastolo solo dopo l'espiazione di almeno 10 anni.

⁶⁰ L'art. 21 dell'o.p. dispone:

<<1. I detenuti e gli internati possono essere assegnati al lavoro all'esterno in condizioni idonee a garantire l'attuazione positiva degli scopi previsti dall'art. 15. Tuttavia, se si tratta di persona condannata alla pena della reclusione per uno dei delitti indicati nei commi 1, 1-ter e 1-quater dell'art. 4-bis, l'assegnazione al lavoro all'esterno può essere disposta dopo l'espiazione di almeno un terzo della pena e, comunque, di non oltre cinque anni. Nei confronti dei condannati all'ergastolo l'assegnazione può avvenire dopo l'espiazione di almeno dieci anni.

2. I detenuti e gli internati assegnati al lavoro all'esterno sono avviati a prestare la loro opera senza scorta, salvo che essa sia ritenuta necessaria per motivi di sicurezza. Gli imputati sono ammessi al lavoro all'esterno previa autorizzazione della competente autorità giudiziaria.

3. Quando si tratta di imprese private, il lavoro deve svolgersi sotto il diretto controllo della direzione dell'istituto a cui il detenuto o l'internato è assegnato, la quale può avvalersi a tal fine del personale dipendente e del servizio sociale.

4. Per ciascun condannato o internato il provvedimento di ammissione al lavoro all'esterno diviene esecutivo dopo l'approvazione del magistrato di sorveglianza.

4-bis. Le disposizioni di cui ai commi precedenti e la disposizione di cui al secondo periodo del comma 13 dell'articolo 20 si applicano anche ai detenuti ed agli internati ammessi a frequentare corsi di formazione professionale all'esterno degli istituti penitenziari. (1)

4-ter. I detenuti e gli internati possono essere assegnati a prestare la propria attività a titolo volontario e gratuito a sostegno delle famiglie delle vittime dei reati da loro commessi. L'attività è in ogni caso svolta con modalità che non pregiudichino le esigenze di lavoro, di studio, di famiglia e di salute dei detenuti e degli internati. Sono esclusi dalle previsioni del presente comma i detenuti e gli internati per il delitto di cui all'articolo 416-bis del codice penale e per i delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dallo stesso articolo ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni in esso previste. Si applicano, in quanto compatibili, le modalità previste nell'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274. (2)>>.

(1) Comma così modificato dall'art. 2, comma 1, lett. d), D.Lgs. 2 ottobre 2018, n. 124.

(2) Comma così modificato dall'art. 2, comma 1, lett. e), D.Lgs. 2 ottobre 2018, n. 124.

I detenuti e gli internati per reati associativi (art. 416 bis e 630 c.p., art. 74 D.P.R. 309/1990) possono essere ammessi al lavoro all'esterno solo se collaborano con la giustizia, oppure quando la loro collaborazione risulti impossibile, ad esempio perché tutte le circostanze del reato sono già state accertate (art. 4 bis o.p., c. 1, periodo 1).

I detenuti e gli internati per altri reati gravi (commessi per finalità di terrorismo, omicidio, rapina aggravata, estorsione aggravata, traffico aggravato di stupefacenti) possono essere ammessi al lavoro all'esterno solo se non vi sono elementi tali da far ritenere la sussistenza di collegamenti con la criminalità organizzata od eversiva (art. 4 bis o.p., comma 1, periodo 3).

Colui che è evaso, oppure ha avuto la revoca di una misura alternativa, non può essere ammesso al lavoro esterno per 3 anni (art. 58 quater, commi 1 e 2 o.p.). Non vi può essere ammesso, invece, per 5 anni nel caso in cui abbia commesso un reato, punibile con una pena massima pari o superiore a 3 anni, durante un'evasione, un permesso premio, il lavoro all'esterno, o durante una misura alternativa (art. 58 quater, commi 5 e 7 o.p.).

L'ammissione al lavoro all'esterno deve essere prevista nel programma di trattamento elaborato dall'équipe dell'istituto di pena. Il provvedimento è disposto dal direttore dell'Istituto, e diventa esecutivo solo dopo l'approvazione del magistrato di sorveglianza (art. 48 c.1, R.E.)⁶¹.

⁶¹ L'art. 48 del c.d. Regolamento d'esecuzione (d.p.r. 30 giugno 2000, n. 230) dispone:

<<1. L'ammissione dei condannati e degli internati al lavoro all'esterno è disposta dalle direzioni solo quando ne è prevista la possibilità nel programma di trattamento e diviene esecutiva solo quando il provvedimento sia stato approvato dal magistrato di sorveglianza ai sensi del quarto comma dell'articolo 21 della legge.

2. L'ammissione degli imputati al lavoro all'esterno, disposta dalle direzioni su autorizzazione della competente autorità giudiziaria ai sensi del secondo comma dell'articolo 21 della legge, è comunicata al magistrato di sorveglianza.

3. La direzione dell'istituto deve motivare la richiesta di approvazione del provvedimento o la richiesta di autorizzazione all'ammissione al lavoro all'esterno, anche con riguardo all'opportunità della previsione della scorta, corredandola di tutta la necessaria documentazione.

4. Il magistrato di sorveglianza o l'autorità giudiziaria procedente, a seconda dei casi, nell'approvare il provvedimento di ammissione al lavoro all'esterno del condannato o internato o nell'autorizzare l'ammissione al lavoro all'esterno dell'imputato, deve tenere conto del tipo di reato, della durata, effettiva o prevista, della misura privativa della libertà e della residua parte di essa, nonché dell'esigenza di prevenire il pericolo che l'ammesso al lavoro all'esterno commetta altri reati.

5. I detenuti e gli internati ammessi al lavoro all'esterno indossano abiti civili; ad essi non possono essere imposte manette.

6. La scorta dei detenuti e degli internati ammessi al lavoro all'esterno, qualora sia ritenuta necessaria per motivi di sicurezza, è effettuata dal personale del Corpo di polizia penitenziaria con le modalità stabilite dalla direzione dell'istituto. Il personale del Corpo di polizia penitenziaria specificamente comandato, nonché il personale della Polizia di Stato e dell'Arma dei carabinieri possono effettuare controlli del detenuto durante il lavoro all'esterno.

7. L'accompagnamento dei minori ai luoghi di lavoro esterno, qualora sia ritenuto necessario per motivi di sicurezza, può essere effettuato da personale dell'Amministrazione penitenziaria appartenente a ogni qualifica.

Nel provvedimento di assegnazione al lavoro all'esterno devono essere indicate:

- Le prescrizioni che il detenuto o internato deve impegnarsi per iscritto a rispettare durante il tempo da trascorrere fuori dall'istituto;
- Le prescrizioni relative agli orari di uscita e di rientro, tenuto anche conto dell'esigenza di consumazione dei pasti e del mantenimento dei rapporti con la famiglia, secondo le indicazioni del programma di trattamento.

8. Al fine di consentire l'assegnazione dei detenuti e degli internati al lavoro all'esterno il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ricerca, nell'ambito della disciplina vigente, forme di collaborazione con le autorità competenti.

9. Il provveditore regionale impartisce disposizioni alle direzioni degli istituti dipendenti per favorire la piena occupazione dei posti di lavoro disponibili all'esterno.

10. I datori di lavoro dei detenuti o internati sono tenuti a versare alla direzione dell'istituto la retribuzione, al netto delle ritenute previste dalle leggi vigenti, dovuta al lavoratore e l'importo degli eventuali assegni per il nucleo familiare sulla base della documentazione inviata alla direzione. I datori di lavoro devono dimostrare alla stessa direzione l'adempimento degli obblighi relativi alla tutela assicurativa e previdenziale.

11. I detenuti e gli internati ammessi al lavoro all'esterno esercitano i diritti riconosciuti ai lavoratori liberi, con le sole limitazioni che conseguono agli obblighi inerenti alla esecuzione della misura privata della libertà.

12. L'ammissione al lavoro all'esterno per lo svolgimento di lavoro autonomo può essere disposta, ove sussistano le condizioni di cui al primo comma dell'articolo 21 della legge, solo se trattasi di attività regolarmente autorizzata dagli organi competenti ed il detenuto o l'internato dimostri di possedere le attitudini necessarie e si possa dedicare ad essa con impegno professionale. Il detenuto o l'internato è tenuto a versare alla direzione dell'istituto l'utile finanziario derivante dal lavoro autonomo svolto e su di esso vengono effettuati i prelievi ai sensi del primo comma dell'articolo 24 della legge.

13. Nel provvedimento di assegnazione al lavoro all'esterno senza scorta devono essere indicate le prescrizioni che il detenuto o internato deve impegnarsi per iscritto a rispettare durante il tempo da trascorrere fuori dall'istituto, nonché quelle relative agli orari di uscita e di rientro, tenuto anche conto della esigenza di consumazione dei pasti e del mantenimento dei rapporti con la famiglia, secondo le indicazioni del programma di trattamento. Inoltre, l'orario di rientro deve essere fissato all'interno di una fascia oraria che preveda l'ipotesi di ritardo per forza maggiore. Scaduto il termine previsto da tale fascia oraria, viene inoltrato a carico del detenuto rapporto per il reato previsto dall'articolo 385 del codice penale.

14. La direzione dell'istituto provvede a consegnare al detenuto o internato ed a trasmettere al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, al provveditore regionale ed al direttore del centro di servizio sociale copia del provvedimento di ammissione al lavoro all'esterno, dandone notizia all'autorità di pubblica sicurezza del luogo in cui si dovrà svolgere il lavoro all'esterno.

15. Le eventuali modifiche delle prescrizioni e la revoca del provvedimento di ammissione al lavoro all'esterno sono comunicate al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, al provveditore regionale e al magistrato di sorveglianza, per i condannati e gli internati, o alla autorità giudiziaria procedente, per gli imputati. La revoca del provvedimento di ammissione al lavoro esterno diviene esecutiva dopo l'approvazione del magistrato di sorveglianza. Il direttore dell'istituto può disporre con provvedimento motivato la sospensione dell'efficacia dell'ammissione al lavoro all'esterno in attesa della approvazione da parte del magistrato di sorveglianza del provvedimento di revoca.

16. I controlli di cui al terzo comma dell'articolo 21 della legge sono diretti a verificare che il detenuto o l'internato osservi le prescrizioni dettategli e che il lavoro si svolga nel pieno rispetto dei diritti e della dignità.

17. La disposizione di cui al terzo comma dell'articolo 21 della legge si applica anche nel caso di ammissione al lavoro all'esterno per svolgere un lavoro autonomo.

18. Quando il lavoro si svolge presso imprese pubbliche, il direttore dell'istituto cura l'adozione di precisi accordi con i responsabili di dette imprese per l'immediata segnalazione alla direzione stessa di eventuali comportamenti del detenuto o internato lavoratore che richiedano interventi di controllo.>>>.

L'orario di rientro deve essere fissato all'interno di una fascia oraria che preveda l'ipotesi di ritardo per forza maggiore. Scaduto il termine previsto da tale fascia oraria, viene inoltrato a carico del detenuto il rapporto per il reato previsto dall'art. 385 c.p..

All'interno della sezione a custodia attenuata della Casa circondariale di Genova Marassi, i detenuti che possono lavorare all'esterno grazie all'art. 21 dell'o.p. partecipano principalmente a due progetti:

- Il progetto Case Rosse Fiorite: consiste in attività di giardinaggio ed orticoltura nel giardino esterno alle mura di cinta del carcere.

Gli ortaggi prodotti sono utilizzati nella cucina interna alla sezione dove con turnazione mensile svolgono attività di cuoco ed aiuto cuoco due detenuti.

Grazie al laboratorio di falegnameria, inoltre, sono state realizzate delle casette in legno per accogliere api ed uccellini all'interno del giardino.

Proprio in occasione di Euroflora 2018 i detenuti della 3^a sezione hanno potuto allestire e così riprodurre il loro lavoro di giardinaggio nei parchi di Nervi.

- Il laboratorio di ciclofficina: consiste in attività di formazione per meccanico di biciclette nell'apposito laboratorio attrezzato nell'intercinta del carcere. Tale attività viene gestita dalla Cooperativa Il Biscione assieme all'Associazione Nuovi Cicli.

Ad ogni edizione del corso viene offerta la possibilità di frequentare il laboratorio a coloro che hanno i requisiti per richiedere l'art. 21 e che abbiano già svolto un significativo percorso educativo-terapeutico all'interno della sezione.



Progetto "Case Rosse Fiorite", parchi di Genova Nervi.

2.3. *Punti di forza e criticità*

Il progetto di custodia attenuata “Il Ponte” della Casa Circondariale di Genova Marassi, nasce dalla consapevolezza che il carcere, così com’è strutturato, non è in grado di offrire un adeguato trattamento ai detenuti tossicodipendenti che spesso, fragili psicologicamente, dopo un lungo periodo di permanenza, risentono di influenze negative di soggetti ormai integrati nel circuito della devianza.

Per evitare che il detenuto riproponga le stesse dinamiche di rapporto assunte all’esterno con la sostanza stupefacente, si è cercato di ridurre i danni fisici e morali che lo stato di tossicodipendenza produce in carcere e di garantire l’opportunità d’ingresso in un percorso terapeutico.

La Sezione a custodia attenuata è stata dunque individuata e progettata quale struttura intermedia per attivare e proseguire i programmi terapeutici interrotti dalla detenzione stessa.

Durante la mia esperienza, in veste di tirocinante, nel carcere di Marassi, ho avuto modo di osservare ed analizzare sia gli aspetti positivi che quelli negativi della vita detentiva all’interno della sezione a custodia attenuata.

Tra gli aspetti positivi della 3^a sezione, vi è sicuramente il fatto che venga offerta al detenuto la possibilità di valutare le problematiche nascoste e più profonde che hanno portato all’uso della droga ed al comportamento deviante, il rapporto con la sostanza stupefacente, le proprie difficoltà a relazionarsi con la società e la reale motivazione al cambiamento.

La sezione a custodia attenuata risulta così un luogo unico all’interno del contesto carcerario, ove i detenuti condividono tempi e spazi, diventano i protagonisti di un percorso terapeutico, maturano la voglia di cambiare il rapporto con le sostanze attraverso un reale reinserimento sociale.

In tale contesto, particolarmente positivo risulta l’elemento della continuità del percorso intrapreso all’interno del carcere con le istituzioni esterne: il tossicodipendente, una volta concluso il suo periodo di reclusione, prosegue il percorso terapeutico all’interno di Comunità, Centri diurni, oppure attraverso il lavoro all’esterno grazie alla presa in carico affidata agli operatori del Ser.T di residenza.

Gli obiettivi che il detenuto della custodia attenuata dovrebbe raggiungere sono:

- la riduzione progressiva della terapia farmacologica;

- la motivazione ad un programma terapeutico più impegnativo;
- la condivisione di regole tramite attività di gruppo comuni;
- l'instaurazione di rapporti interpersonali significativi all'interno del gruppo;
- il coinvolgimento in attività lavorative, formative, socializzanti anche all'esterno dell'istituto;
- la graduale formazione di un nuovo progetto di vita, che preveda soluzioni il più possibile concrete e durature nel tempo.

Durante il periodo in cui ho svolto il mio tirocinio, non ho potuto fare a meno di notare che, rispetto alla sezione ordinaria, i detenuti ai quali si prospetta l'entrata in custodia attenuata, sono attratti principalmente dalla condizione di "parziale libertà" che caratterizza la sezione stessa. Tale caratteristica richiede, tuttavia, una buona capacità di autoregolazione e responsabilità da parte del soggetto tossicodipendente, ma anche una presenza continua di operatori (psicologi, assistenti sociali, educatori), i quali svolgono con i detenuti frequenti colloqui finalizzati ad una conoscenza profonda dei problemi di ciascuno.

All'interno della sezione, come già accennato in precedenza, viene assegnata ad ogni detenuto una mansione intramuraria come ad es. cuoco, aiuto cuoco, "scopino"⁶², "spesino"⁶³; inoltre, talvolta, vi è anche la possibilità di svolgere lavori socialmente utili, di manutenzione del fabbricato e degli spazi verdi.

Il lavoro consente ai soggetti di accrescere le proprie attitudini e capacità, è un sostegno economico ed è un modo per relazionarsi con gli altri detenuti.

Tuttavia, come ho avuto modo di osservare, soprattutto durante le riunioni plenarie⁶⁴, la difficoltà maggiore a tal proposito, emerge durante la fase di attribuzione delle varie mansioni all'interno del gruppo. Vi sono infatti detenuti che preferiscono svolgere solo alcune attività, ed altri che fanno fatica ad accettare qualsiasi tipo di lavoro.

⁶² Nel gergo carcerario lo "scopino" è l'addetto alle pulizie degli spazi comuni: corridoi, docce, salette, etc. In genere, questo lavoro viene svolto a turno da tutti i detenuti.

⁶³ Nel gergo carcerario lo "spesino" è l'addetto alla consegna della spesa, che deve essere ordinata tramite un apposito modulo allo spaccio interno, chiamato "sopravvitto".

Proprio con riguardo a questi termini (scopino, spesino, domandina...) occorre sottolineare la valenza estremamente "infantilizzante" che essi ricoprono. Già da tempo, proprio per questo motivo, i vertici dell'Amministrazione penitenziaria sottolineano l'importanza di un cambiamento nel linguaggio penitenziario; cambiamento che tuttavia risulta ancora oggi difficile da attuare proprio per la radicalizzazione della terminologia stessa all'interno del contesto carcerario.

⁶⁴ Le riunioni plenarie costituiscono degli incontri settimanali ai quali partecipano i detenuti e gli operatori della sezione a custodia attenuata (principalmente il coordinatore criminologo e gli educatori della sezione). Durante la riunione vengono affrontati argomenti inerenti all'organizzazione della vita detentiva: attribuzione delle mansioni lavorative tra i membri della sezione, organizzazione delle attività della settimana, risoluzione di problemi inerenti alla convivenza tra detenuti, etc..

In una situazione di questo tipo è “naturale” che possano emergere conflitti ed incomprensioni, dal momento che vi sarà sempre chi si impegna di più ed avrà una migliore capacità di adattamento al contesto in cui si trova, e chi invece risulterà più sofferente e di conseguenza si impegnerà di meno.

Inoltre, queste attività costituiscono un momento di osservazione da parte degli operatori dell'équipe, finalizzato alla verifica della reale idoneità del soggetto alla sezione e alla sua diagnosi personalizzata.

Per quanto concerne invece le attività ricreative e culturali, come la lettura dei giornali, il cineforum, il laboratorio di cucina, la falegnameria, la palestra ed i giochi di squadra (pallavolo e calcio), queste risultano ad opinione dei detenuti particolarmente positive, poiché, costituendo un impegno sia fisico che mentale, li aiutano, anche solo per un breve periodo, a non pensare alle sostanze.

L'aspetto critico che, invece, può emergere a tal proposito, riguarda perlopiù le risorse economiche che la cooperativa che gestisce la custodia attenuata (“Il Biscione”) e la direzione penitenziaria, devono mettere a disposizione al fine di garantire tali attività.

I detenuti della custodia attenuata svolgono attività terapeutiche sia attraverso i colloqui individuali che attraverso gli incontri di gruppo.

Nei gruppi emerge il confronto tra i detenuti: ogni soggetto rende partecipi gli altri di alcuni aspetti della propria vita. Il gruppo può diventare dunque un utile strumento per farsi conoscere, ma anche come valvola di sfogo per far emergere la propria personalità ed il proprio vissuto.

Tutti i soggetti svolgono, inoltre, colloqui individuali, che possono essere distinti in:

- colloqui di consulenza psicologica (effettuati dallo psicologo);
- colloqui di consulenza sociale ed educativa (effettuati dall'assistente sociale e dall'educatore).

L'aspetto positivo dei colloqui individuali sta nel riconoscimento, da parte degli utenti, degli operatori come persone di fiducia con le quali poter parlare dei propri problemi.

Compito dello psicologo è cercare di focalizzare, assieme al detenuto, le reali motivazioni a guarire, di individuare le sue risorse psicologiche e relazionali.

Tuttavia, ciò risulta particolarmente complesso per l'operatore, il quale si trova spesso a dover fronteggiare problemi che concernono la vita carceraria del soggetto (ad es. concessioni, permessi, rapporti con altri detenuti o con gli agenti...) e che esulano da

un mero colloquio di consulenza psicologica. Si tratta infatti di problemi che non dovrebbero essere risolti dallo psicologo, ma che, tuttavia, nei fatti, egli si ritrova a dover fronteggiare.

Altro aspetto fondamentale che caratterizza il trattamento in custodia attenuata, è la particolare partecipazione degli agenti di polizia penitenziaria ai G.O.T. (Gruppi di osservazione e trattamento). L'aiuto che gli agenti danno all'équipe integrata è senz'altro di minor contenuto tecnico, ma il loro rapporto con i detenuti è particolarmente incisivo soprattutto per la qualità del tempo vissuto con loro.

Dalla mia osservazione condotta come persona esterna al contesto carcerario, è emerso come da un lato gli agenti, soprattutto se ben preparati e formati sulle problematiche della tossicodipendenza, partecipino alle attività svolte dai detenuti ponendosi così in termini di osservazione e conoscenza dei membri della sezione; mentre dall'altro lato alcuni agenti rischiano di costruire con essi rapporti conflittuali, caratterizzati da indifferenza e distacco, limitati unicamente al controllo.

Uno dei problemi maggiori che riguardano la sezione a custodia attenuata del carcere di Marassi è sicuramente la sua disposizione logistica.

La 3^a sezione, infatti, risulta mal collocata all'interno della struttura carceraria.

Al fine di garantire un adeguato trattamento detentivo del tossicodipendente, la custodia attenuata dovrebbe costituire uno spazio isolato rispetto alle altre sezioni, in modo tale da evitare l'influenza e il contatto con altri detenuti che non possiedono le stesse problematiche dei membri della 3^a sezione.

All'interno del carcere di Marassi, invece, la situazione che si riscontra è parecchio complessa dal momento che durante l'apertura di alcuni cancelli che dividono la sezione a custodia attenuata da quella ordinaria, i detenuti tossicodipendenti passano il loro tempo e stringono rapporti anche con gli altri, venendo così meno il senso di una sorta di "comunità terapeutica" che caratterizza proprio la sezione attenuata.

In tal modo, il rischio che si corre è che venga vanificato tutto il lavoro svolto con gli operatori della sezione e che i detenuti, tramite la relazione con gli altri, si distruggano e si allontanino dall'obiettivo posto nel programma terapeutico.

CAPITOLO III:

IL MIO TIROCINIO ALL'INTERNO DELLA CASA CIRCONDARIALE DI GENOVA MARASSI

1. La mia esperienza di tirocinio

Il mio tirocinio all'interno del carcere di Genova Marassi, ha avuto inizio il 1° ottobre ed è terminato nel mese di dicembre 2018.

Grazie alla cooperativa sociale "Il Biscione" sono riuscita ad entrare in contatto con l'ambiente penitenziario e ad affiancare il criminologo, nonché coordinatore della sezione a custodia attenuata Andrea Giannichedda, nello svolgimento del suo lavoro.

L'attività di tirocinio prevedeva la mia partecipazione ai colloqui con i detenuti tossicodipendenti, alle riunioni d'équipe, alle riunioni con il Ser.T interno al carcere e alle riunioni plenarie tra detenuti e personale della custodia attenuata.

Ho avuto, così, modo di conoscere in maniera approfondita, ogni singolo aspetto che caratterizza la vita all'interno della 3^a sezione.

Come tirocinante, e quindi come persona esterna ed estranea al contesto carcerario, ho voluto osservare attentamente sia il percorso terapeutico e riabilitativo dei detenuti che scontano parte della loro pena in custodia attenuata, sia il lavoro svolto dagli operatori penitenziari all'interno della 3^a sezione (in particolare il criminologo, gli educatori e gli psicologi), cercando in tal modo di analizzare e far emergere quelli che sono gli aspetti positivi di questo tipo di trattamento penitenziario, ma anche quelli negativi e maggiormente critici.

In questo capitolo cercherò di raccontare la mia esperienza ripercorrendo alcune giornate e momenti significativi che hanno caratterizzato il mio tirocinio.

Adottando un approccio principalmente descrittivo ed in parte narrativo, le voci dei detenuti e quelle degli operatori appartenenti all'équipe della custodia attenuata, si incroceranno con delle riflessioni da me elaborate.

2. Voci e testimonianze dei detenuti a colloquio con il criminologo della sezione a custodia attenuata

Durante la mia esperienza di tirocinio ho avuto modo di assistere ai colloqui individuali con i detenuti condotti dal criminologo della sezione, nonché mio relatore di questa tesi, Andrea Giannichedda.

La prima osservazione che mi sorge spontanea concerne la distinzione tra i vari tipi di colloquio e le differenti finalità che li contraddistinguono.

Se da un lato, infatti, lo psicologo della sezione svolge colloqui essenzialmente di sostegno psicologico, dall'altro lato l'educatore e il criminologo svolgono colloqui di consulenza sociale ed educativa, che vertono principalmente sui problemi della vita detentiva ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel programma di trattamento e reinserimento sociale.

Ho partecipato a colloqui meramente conoscitivi finalizzati alla verifica dei requisiti per l'accesso alla custodia attenuata, ma anche a colloqui volti alla valutazione del percorso terapeutico del detenuto.

Di seguito riporterò una rielaborazione ed alcuni stralci di colloqui effettuati con i detenuti.

Colloquio n. 1 (detenuto D1⁶⁵):

Durante il mio primo giorno di tirocinio, assieme al criminologo, ho assistito al colloquio con un detenuto che aveva compilato la c.d. "domandina" per entrare in custodia attenuata.

D1 è un ragazzo di 29 anni, nato a Santo Domingo, il cui fine pena è rivisto per il 2022. Egli manifesta sin dai primi istanti del colloquio la sua difficoltà a dover lavorare nel call center⁶⁶ interno al carcere:

<<Non mi piace lavorare da seduto, vorrei svolgere un'attività più manuale...preferirei entrare in 3^ sezione e lavorare in falegnameria>>.

⁶⁵ Per esigenze di privacy ho denominato i detenuti "D1", "D2", "D3", e così via, seguendo l'ordine cronologico dei colloqui.

⁶⁶ Il call center interno al carcere di Genova Marassi è stato realizzato nel 2016 grazie all'idea di un imprenditore genovese titolare di un'azienda di Milano che si occupa di promozione di servizi di altre imprese. I detenuti vengono assunti a contratto oppure tramite una borsa lavoro.

Gli si chiede che cosa vorrebbe fare una volta uscito dal carcere, ed egli risponde che il suo sogno è quello di aprire un negozio di vestiti a Genova, ma che temporaneamente è disposto ad aiutare la mamma nella ditta di pulizie.

D1 afferma poi di non assumere eroina da almeno 4 anni e di voler entrare in custodia attenuata per svolgere le attività previste dalla sezione, soprattutto perché dal prossimo mese non gli sarà rinnovato il contratto presso il call center.

Dall'analisi di questo primo colloquio conoscitivo emerge la volontà del detenuto di entrare in custodia attenuata, consapevole del fatto che andrebbe a svolgere mansioni più adatte a lui e sicuramente, dal suo punto di vista, meno noiose rispetto al lavoro nel call center.

Tuttavia, alla luce di ciò, si è ritenuto che tale motivazione non fosse di per sé sufficiente a costituire il "lasciapassare" per l'ingresso in custodia attenuata.

Infatti, vista anche la limitata disponibilità di posti all'interno della sezione (12), la selezione dei detenuti tossicodipendenti si basa anche e soprattutto su una convinzione seria di voler intraprendere un percorso terapeutico e di voler cambiare la propria vita.

Colloquio n. 2 (detenuto D2):

<<La mia vita da detenuto ha inizio con il carcere minorile all'età di 16 anni. Ho sempre fatto uso di droghe... ho iniziato prima con le canne per arrivare poi alla cocaina. Il primo reato che ho commesso è stata una rapina...i soldi mi servivano per procurarmi la roba.>>

D2 è un ragazzo di 27 anni, con un fine pena fissato nel 2021.

Racconta che già nel 2005 veniva seguito dal Ser.T.

La sua vita è stata caratterizzata da continui ingressi in Comunità, dalle quali, tuttavia, scappava sistematicamente.

<<Nel 2005 sono entrato al CEIS, ci sono stato per circa un mese...poi sono scappato perché lì non ci stavo bene...volevo andare a vivere in Spagna. Nel 2006 sono entrato in comunità a San Patrignano, ma lì era troppo dura: dovevo lavorare nella stalla con i bovini e mi alzavo alle 4 del mattino... così nel 2007 decisi di scappare di nuovo.>>

Gli si chiede se fuori dal carcere ha qualcuno che lo aspetta e che lo può aiutare, lui risponde che c'è sua madre, suo fratello e sua cugina. Con il padre, invece, ha un rapporto conflittuale.

Emerge, inoltre, che la sorella è morta in un incidente stradale e che questo evento l'ha segnato molto.

D2 è già stato in custodia attenuata in passato, ma l'hanno dovuto escludere da tale percorso poiché la sua condotta e la sua partecipazione alle attività è sempre stata altalenante, anche se egli specifica più volte che le analisi delle urine sono sempre risultate negative.

Visti i precedenti cattivi rapporti con le comunità terapeutiche, e considerato anche il mancato impegno dimostrato durante il precedente percorso in custodia attenuata, il criminologo ha ritenuto di non far entrare ancora D2 in 3^a sezione ma gli ha proposto di partecipare ai gruppi condotti dalla psicologa della custodia attenuata.

Colloquio n. 3 (detenuto D3):

Dal primo colloquio conoscitivo emerge che D3 è un uomo particolarmente motivato ad entrare in custodia attenuata.

Il suo fine pena è fissato per il 2020 e in carcere volge parecchie attività.

<<Faccio teatro il lunedì, il mercoledì ed il venerdì dalle 15.00 alle 18.00; mi sono iscritto alla scuola di grafica e inoltre faccio parte del gruppo N.A.⁶⁷.

Non sono mai stato in comunità, ma una volta uscito da qui ci vorrei andare.

I problemi maggiori li ho con l'alcool e la cocaina...e proprio perché ho paura di ricaderci vorrei entrare in custodia attenuata. Ultimamente non sono più andato al Ser.T e per adesso non uso nemmeno il metadone perché non ne ho mai sentito la necessità.>>

Ad opinione del criminologo D3 potrebbe entrare in 3^a sezione poiché desidera intraprendere un percorso terapeutico che lo possa portare, una volta uscito dal carcere, ad un periodo in comunità.

Più volte il detenuto afferma di essere deciso nel voler cambiare vita. Tuttavia sorgono alcuni dubbi sulla compatibilità della routine all'interno della sezione attenuata con le varie attività che D3 svolge; in più non convince particolarmente la sua tendenza a "minimizzare" il problema della tossicodipendenza.

Alla luce di ciò gli si chiede di fare un secondo colloquio al fine di comprendere come poter gestire questa situazione.

⁶⁷ Il gruppo N.A. è il gruppo "Narcotici Anonimi", condotto e gestito dagli psicologi del carcere. Nasce dall'idea che mettendo assieme più persone con lo stesso problema di tossicodipendenza si riesca a garantire un maggiore ascolto e condivisione del proprio disagio. Il soggetto, in tal modo, si sente meno solo e allo stesso tempo più libero di sfogarsi e confrontarsi con gli altri membri del gruppo.

Occorre precisare, infatti, che vi sono alcune attività all'interno del carcere, come ad esempio il teatro, che occupano parecchio tempo e che richiedono un impegno costante. Il detenuto che decide di entrare in custodia attenuata sa che dovrà attenersi al programma stabilito ed alle attività proposte; il fatto di avere già degli impegni importanti come il teatro potrebbe portarlo a non impegnarsi a sufficienza all'interno della sezione.

Durante il secondo colloquio, avvenuto qualche giorno dopo rispetto al primo, D3 si dimostra ancora più convinto nel voler entrare in custodia attenuata: afferma di aver parlato con la responsabile che gestisce l'attività teatrale e di aver trovato un compromesso limitando i giorni di prova dello spettacolo a due anziché a tre alla settimana.

Nonostante alcune perplessità che l'équipe della custodia attenuata e l'ufficio comando nutrono in merito all'idoneità di D3 di far parte del progetto della 3^a sezione, a seguito del secondo colloquio si è ritenuto di dare a questo detenuto la possibilità di iniziare un programma terapeutico e di reinserimento sociale.

Colloquio n.4 (detenuto D4):

D4 ha 33 anni, il suo fine pena è fissato al 2021, ma è, tuttavia, ricorrente in Cassazione.

<<Mi faccio di cocaina da quando avevo 14 anni...me la sono sempre iniettata in vena. Poi ho iniziato con l'eroina a 16 anni. A 18 anni mi hanno arrestato per rapina...sono stato in carcere per circa 7 mesi e ne sono uscito pulito.

Dopo poco tempo sono ricaduto di nuovo nella dipendenza e a 28 anni mi hanno arrestato nuovamente per rapina.

Hanno iniziato a mio carico un processo per uno scippo che in realtà non ho commesso e questo non riesco ad accettarlo perché mi tocca restare in carcere il doppio del tempo per una cosa che non ho fatto.

Vorrei entrare in custodia attenuata, ma preferirei essere trasferito in un altro carcere perché qua a Marassi non mi trovo bene.>>

Dal colloquio con D4 emerge chiaramente un malessere generale del soggetto.

La sua vita non è stata per niente facile: quando era piccolo i genitori si separavano in continuazione; la madre ha avuto un figlio da un altro uomo; ha incominciato presto a fare uso di sostanze (già a 14 anni con la cocaina); non ha frequentato le scuole superiori ed ha solamente la terza media.

Inoltre, occorre evidenziare che egli non ha mai frequentato comunità terapeutiche poiché la sua vita è stata caratterizzata da numerosi e continui arresti.

D4 risulta poi un soggetto particolarmente sofferente rispetto all'istituzione carceraria: più volte afferma di non vivere bene la permanenza in sezione ordinaria, e di voler essere trasferito in un carcere diverso.

Sul possibile ingresso di D4 in 3^a sezione, il criminologo nutre qualche perplessità soprattutto perché il soggetto, essendo ricorrente in Cassazione, rischia di scontare una pena troppo lunga per riuscire a progettare un programma terapeutico e riabilitativo adatto a lui. Inoltre, il fatto di voler essere trasferito in un'altra struttura potrebbe mettere in difficoltà gli operatori dell'équipe, i quali si dovrebbero scontrare con una persona resistente e non particolarmente motivata a cambiare la propria vita.

Colloquio n. 5 (detenuto D5):

D5 è un detenuto di 38 anni, con un fine pena previsto per il 2021.

<<Sono stato al Ser.T di Sampierdarena e a quello di Lavagna, ma da quest'ultimo me ne sono dovuto andare perché più volte non mi hanno dato il metadone che avevo chiesto. Sin dall'età di 22 anni ho usato sostanze pesanti come l'eroina. Sono finito prima in carcere minorile, e poi nel 2006 sono stato arrestato. Mi sono anche sposato e ho avuto una figlia che oggi ha 14 anni. Purtroppo mia moglie dopo la carcerazione del 2006 mi ha abbandonato...non se la sentiva più di seguirmi ed aiutarmi...e di mia figlia non ho più notizie da 2 anni. Per adesso ho scontato in totale 12/13 anni di carcere...tutti per furti e rapine.>>

Alla domanda se ha progetti di vita, D5 risponde che ora che è riuscito a mettere da parte un po' di soldi, vorrebbe prendersi un appartamento in affitto e trovarsi un lavoro. D5, tuttavia, confessa di non voler abbandonare la terapia che sta seguendo (Metadone a livello 4, Tavor e Ansiolin) poiché riesce a farlo stare calmo evitando così di pensare alle sostanze. Nonostante ciò l'idea di diminuire gradualmente i farmaci fino ad eliminarli completamente esiste da tempo, solo che non riesce a concretizzarsi per la troppa paura di stare male.

I principali dubbi sull'ingresso in custodia attenuata di D5 vertono sulla sua incapacità di "autoregolarsi". Egli, infatti, dimostra di non avere ancora le prerogative per affrontare un percorso terapeutico come quello previsto per la 3^a sezione, facendo fatica a trovare una propria stabilità lontano da qualsiasi tipo di sostanza.

3. Le riunioni con il Ser.T interno al carcere

Nel corso della mia esperienza di tirocinio ho partecipato a diverse riunioni tra i membri dell'équipe della custodia attenuata e quelli appartenenti al Ser.T interno al carcere.

Solitamente le riunioni si svolgono di mercoledì mattina e durano all'incirca un'ora; esse servono principalmente agli operatori per prendere decisioni circa l'ingresso di taluni detenuti in custodia attenuata, stabilire una terapia individualizzata per ciascun tossicodipendente, confrontarsi sul percorso intrapreso dai detenuti e sugli obiettivi che essi devono raggiungere.

Il Ser.T. interno alla Casa Circondariale di Genova Marassi ha come obiettivo la promozione della salute dei pazienti detenuti tossicodipendenti, alcolodipendenti o consumatori di sostanze d'abuso, favorendone i processi di disintossicazione, di recupero ed assicurandone l'intervento socio-sanitario.

La struttura si avvale di un'équipe formata da un medico, due infermiere ed un'assistente sociale, i quali si interfacciano con gli operatori dei Ser.T. territoriali oltre che con il personale sanitario specialistico presente all'interno dell'Istituto, tra cui gli psichiatri, gli psicologi e gli infettivologi.

La presa in carico del tossicodipendente avviene a seguito di visita medica e colloquio clinico nei quali si provvede alla raccolta anamnestica, agli accertamenti tossicologici, all'impostazione di un'adeguata terapia farmacologica, nonché all'effettuazione di una diagnosi di tossico/alcolodipendenza.

Il trattamento può consistere nell'instaurare nuovi programmi terapeutici o nella prosecuzione di quelli già in corso nel caso di soggetti già in carico ai Ser.T. territoriali, con eventuale somministrazione di farmaci sostitutivi e antiastinenziali.

Competono al servizio anche funzioni di collegamento con le strutture esterne: gli utenti sono affiancati e favoriti nel continuare o riprendere il percorso terapeutico con gli operatori di riferimento, ad avviare nuovi contatti con i servizi per la cura delle dipendenze, nonché con gli enti e le associazioni attive sul territorio.

Durante le riunioni con il Ser.T l'aspetto che mi ha colpito maggiormente è stato la capacità, ma allo stesso tempo anche la difficoltà, di riunire più voci e più opinioni di operatori provenienti da rami professionali diversi, al fine di raggiungere uno scopo comune: la graduale disintossicazione ed il progressivo recupero psico-sociale del detenuto.

Può accadere, infatti, che non sempre le considerazioni elaborate dal personale sanitario sul paziente tossicodipendente, coincidano con quelle degli educatori e degli psicologi che operano all'interno della 3^a sezione; emerge così l'importanza di adottare un linguaggio comune tra operatori, che tenga conto sia delle esigenze meramente sanitarie e farmacologiche del soggetto, che di quelle psicologiche ed educative.

In tale contesto un ulteriore elemento di criticità emerge dal rapporto tra il Ser.T interno al carcere e le strutture esterne.

Nell'opera di elaborazione del programma terapeutico e trattamentale di ogni singolo detenuto che entra in sezione a custodia attenuata, risulta fondamentale il lavoro di raccordo che il Ser.T di Marassi svolge con altri servizi, enti ed associazioni.

Una buon dialogo con i Ser.T territoriali, con le varie Comunità terapeutiche, con i Servizi pubblici di residenza, ad esempio, è fondamentale affinché il detenuto riesca a porsi e di conseguenza raggiungere degli obiettivi concreti.

Lo scopo finale della custodia attenuata è proprio il reinserimento del detenuto in società, e per tale motivo sia il Ser.T che l'équipe della sezione cercano di favorire nel miglior modo possibile il dialogo con tali enti esterni, anche se, nella realtà dei fatti, ciò risulta spesso difficoltoso per una serie di motivi: carenza di risorse economiche, ingorghi burocratici, tempi d'attesa troppo lunghi, etc..

4. Le riunioni d'équipe

Le riunioni d'équipe della custodia attenuata della Casa circondariale di Marassi si svolgono una volta alla settimana, solitamente di lunedì.

Si tratta di incontri tra operatori della sezione che lavorano per la cooperativa sociale "Il Biscione" (in particolare un coordinatore criminologo, uno psicologo e tre/quattro educatori).

Gli argomenti facenti parte dell'ordine del giorno riguardano principalmente:

- la valutazione dell'ingresso in sezione di nuovi detenuti alla luce dei colloqui fatti;
- la valutazione del percorso intrapreso da ogni membro della custodia attenuata e l'impegno mantenuto nello svolgimento delle attività stabilite;
- il confronto sui problemi emersi durante la settimana (spesso essi riguardano i rapporti tra due o più detenuti, le dinamiche di gruppo, l'utilizzo degli spazi comuni, le spese da sostenere per garantire le varie attività, etc.);

- la valutazione di eventuali uscite o sospensioni di detenuti dalla sezione;
- la progettazione di un percorso fuori dal carcere per il detenuto tossicodipendente giunto a fine pena.

Durante la prima riunione d'équipe alla quale ho assistito si è affrontata, ad esempio, la gestione della semilibertà di un detenuto (che sempre per esigenze di privacy chiamerò D6).

Dal momento che la permanenza in sezione a custodia attenuata risulta preparatoria all'ottenimento delle misure alternative alla detenzione, gli operatori dell'équipe si sono domandati più volte fino a che punto il loro lavoro debba spingersi al di fuori del contesto della custodia attenuata.

Nel caso di D6, dopo aver ottenuto a livello formale il via libera alla semilibertà, ci si è chiesti a livello più pratico quali attività egli potesse svolgere.

Dopo diversi incontri tra operatori interni ed esterni al carcere si è deciso di far svolgere a questo detenuto un'attività di volontariato e di fargli frequentare il centro terapeutico diurno A.F.E.T.⁶⁸.

Essendo un soggetto poco capace di autogestirsi e con scarsa "capacità progettuale", l'équipe ha voluto stilare una sorta di "tabella di marcia" giornaliera affinché egli potesse svolgere tutte le attività previste.

Altro problema riguarda poi la sua futura uscita dal carcere: dal momento che D6 non ha una casa, né un lavoro, ci si è chiesti se è compito degli operatori della custodia attenuata dover pensare pure a questo aspetto.

Il tema dei "limiti" che gli operatori devono porsi nello svolgimento del loro lavoro è un problema effettivo e concreto del carcere di oggi. Spesso, infatti, a causa di continui "rimpalli" di competenze e scarsa comunicazione tra enti, si rischia di dover svolgere compiti che vanno aldilà della propria sfera professionale.

Nel caso di D6, la gestione del tempo in semilibertà e l'accompagnamento fuori dal carcere non possono addossarsi unicamente agli operatori della cooperativa che gestisce la custodia attenuata, ma è opportuno l'intervento di altre figure professionali (ad

⁶⁸ L'A.F.E.T. (Associazione famiglie per la lotta contro l'emarginazione giovanile e la solidarietà ai tossicodipendenti) nasce nel 1981 a Genova Sampierdarena.

Dal 1999, in accreditamento e convenzione con l'ASL 3 Liguria, l'A.F.E.T. prevede un supporto terapeutico diurno per soggetti dipendenti da sostanze in trattamento presso i Ser.T. Il programma terapeutico riabilitativo è caratterizzato dall'integrazione di un pool di interventi; la finalità non si limita alla cura della dipendenza da sostanze psicotrope, ma è un processo mirato a migliorare le condizioni di relazione della persona nel suo ambiente. Le conseguenti strategie d'intervento si basano prevalentemente sul modello bio-psico-sociale.

es. gli assistenti sociali) che ruotano attorno al contesto carcere e che possano fungere da raccordo tra il mondo interno e quello esterno.

Durante il periodo in cui ho assistito alle riunioni d'équipe, si è affrontata la situazione di un altro detenuto (D7), che sarebbe uscito entro pochi mesi poiché giunto a fine pena. Vi era dunque l'urgenza di stabilire che cosa egli avrebbe fatto una volta scontata la propria condanna, dal momento che risultava privo di casa e lavoro (D7, infatti, durante i colloqui, ha raccontato di aver sempre vissuto per strada o talvolta in strutture d'accoglienza per brevi periodi).

Anche in tal caso sono emerse le difficoltà da parte degli operatori di trovare nel minor tempo possibile, una sistemazione che potesse aiutare D7 al reinserimento nella società e all'allontanamento dalle sostanze.

Le criticità maggiori emergono poi qualora risulti opportuno allontanare un detenuto dalla 3^a sezione.

La decisione di sospendere od escludere un soggetto dal programma della custodia attenuata è frutto di riflessioni e valutazioni poste in essere sia dagli operatori interni alla sezione, che dal personale esterno ad essa (ad es. il Ser.T, l'ufficio comando, la direzione della casa circondariale), e deve essere presa in considerazione ogni qualvolta un detenuto trasgredisca le regole della sezione o comunque adotti un comportamento incompatibile con le finalità terapeutiche che sono proprie del trattamento in custodia attenuata.

Vi è stato il caso, ad esempio, di un detenuto (D8) che, durante i mesi in cui ho svolto il mio tirocinio, più volte ha trasgredito talune regole della sezione, diventando così protagonista di episodi equivoci che hanno fatto presumere la sua piena responsabilità in merito.

D8 è un ragazzo di 29 anni che all'interno della custodia attenuata è il responsabile della cucina.

Accade che un giorno, proprio dai locali adibiti alla preparazione dei pasti, scompare un forchettone (attrezzo particolarmente appuntito utilizzato principalmente per la carne).

Con riguardo alle attività culinarie della 3^a sezione, è opportuno premettere che dopo aver cucinato i detenuti, e in particolar modo il responsabile della cucina stessa, sono tenuti a riporre nell'apposito scomparto gli arnesi utilizzati.

La scomparsa di un oggetto potenzialmente pericoloso, in questo caso, ha generato un allarme diffuso in primis in capo al personale della polizia penitenziaria, che ha

invitato i detenuti a rendere delle spiegazioni e, successivamente, ha fatto ricadere la responsabilità su D8.

La posizione di questo detenuto si aggrava ancora di più alcuni giorni dopo, quando viene ritrovato durante una perquisizione nella cella di D8, uno smartwatch con il quale sarebbe stato eventualmente possibile comunicare con l'esterno.

D8 viene così ripreso nuovamente sia dall'ufficio comando che dagli operatori dell'équipe, ma egli si difende dicendo che sia per l'episodio del forchettone, sia per quello dello smartwatch, la responsabilità non è sua.

Durante la riunione d'équipe emerge dunque come in realtà D8 tenda a mentire in maniera quasi sistematica e voglia rivestire costantemente il ruolo di vittima.

Questo atteggiamento, come mi hanno spiegato gli operatori, è tipico del soggetto tossicodipendente, il quale sarebbe capace addirittura di mettere in scena una sorta di spettacolo teatrale.

Tutto ciò finisce per risultare altamente controproducente non solo ai fini del percorso terapeutico intrapreso dal detenuto, ma anche rispetto agli obiettivi ed alle finalità che la sezione stessa si pone.

In definitiva, in sede di riunione d'équipe, emergono sicuramente tutte le difficoltà del lavorare con persone tossicodipendenti e per di più detenute.

I meccanismi di difesa del tossicodipendente presentano una certa tendenza a non voler riconoscere la propria condizione e dunque a mentire sia a se stesso che agli altri mantenendo, anche in carcere, quel particolare atteggiamento "opportunista" che lo contraddistingue anche all'esterno.

Nel contatto con gli operatori il soggetto cerca in tutti i modi di suscitare una buona impressione per poter giovare di benefici.

Questo tipo di atteggiamento apparentemente manipolatorio può essere collegato con l'eziologia della tossicodipendenza come afferma anche lo psichiatra e psicoanalista Glen O. Gabbard,⁶⁹.

Alla luce di tali considerazioni si delinea dunque l'esigenza di seguire il soggetto detenuto in modo individuale o comunque con strategie adeguate (ad es. attraverso i gruppi o la partecipazione ad alcune attività) che, soprattutto con l'organizzazione

⁶⁹ GABBARD G.O., *Psichiatria psicodinamica*, 2015, Raffaello Cortina, Milano, p. 343: <<la mancanza della funzione regolatoria degli affetti, del controllo degli impulsi e del mantenimento dell'autostima, creano dei problemi corrispondenti nelle relazioni d'oggetto>>.

penitenziaria attuale, richiedono un impegno oneroso sia per gli psicologi che per gli educatori.

Nel caso di D8, tuttavia, l'intera équipe e anche l'ufficio comando erano d'accordo sulla sospensione dalla custodia attenuata. Il comportamento tenuto nell'ultimo periodo dal detenuto, infatti, non poteva più considerarsi in linea con gli obiettivi della sezione e rischiava di andare ad inficiare anche il lavoro già svolto con altri tossicodipendenti.

Dal momento che il rispetto delle regole è un punto cardine del percorso in custodia attenuata, la mancata osservanza di queste implica necessariamente una risposta ferma e coerente da parte degli operatori penitenziari.

CONCLUSIONI

Giunta al termine di questo studio sul trattamento penitenziario e le misure alternative alla detenzione per i soggetti tossicodipendenti, ed una volta analizzata l'esperienza della sezione a custodia attenuata del carcere di Genova Marassi in veste di tirocinante, risulta necessario tirare le somme di tale ricerca, cercando di mettere in luce gli aspetti positivi e quelli negativi che caratterizzano questo specifico ambito del mondo recluso.

La tossicodipendenza è un problema complesso, mutevole ed è un disturbo potenzialmente cronico che implica un'elevata possibilità di recidiva.

Il rilevante numero di tossicodipendenti che ormai transitano, con un certo turnover, nel carcere, ha posto all'Amministrazione penitenziaria problematiche molto complesse: le condizioni fisiche per lo più scadenti e l'indebolimento della volontà rendono infatti questi soggetti particolarmente bisognosi di un intervento terapeutico e sociale.

La creazione di strutture e spazi penitenziari a custodia attenuata per detenuti con problemi di tossicodipendenza, ha lo scopo finale di trasformare l'esperienza detentiva, da fattore moltiplicatore del disagio (anche per l'inevitabile mescolanza con le varie frange di criminalità), ad occasione di recupero tramite l'offerta di opportunità terapeutico-riabilitative.

Anche le misure alternative alla detenzione rientrano in un progetto di prevenzione e reintegrazione sociale per il detenuto tossicodipendente. Infatti, provvedimenti come l'affidamento in prova al servizio sociale o la semilibertà, vengono considerati come obiettivi da raggiungere una volta terminato il percorso in custodia attenuata.

In questa logica l'iter trattamentale risulta strutturato principalmente in due tappe: la prima è finalizzata all'acquisizione di regole di convivenza, di gestione dello spazio e del tempo all'interno della sezione a custodia attenuata; la seconda tappa è segnata, invece, dalla definizione di un progetto da svolgere all'esterno, in comunità o sul territorio, attraverso la fruizione di una misura alternativa.

Grazie all'esperienza di tirocinio intrapresa nel carcere di Genova Marassi ho avuto la possibilità di toccare con mano la realtà che ogni giorno affrontano i detenuti

tossicodipendenti all'interno della 3^a sezione, ma anche quella che vivono quotidianamente gli operatori penitenziari.

Dalla mia osservazione sul campo emerge come la teoria, le norme e le direttive penitenziarie si scontrino costantemente con le difficoltà concrete della vita detentiva.

Se da un lato, infatti, sul piano meramente teorico si parla di custodia attenuata come spazio nel quale il detenuto può intraprendere un percorso di recupero e di reinserimento sociale, dall'altro è opportuno sottolineare come nella realtà dei fatti tutto ciò sia particolarmente complesso da realizzare, e questo si verifica sia per le carenze ed i limiti dell'Amministrazione penitenziaria, sia per l'evidente difficoltà di lavorare con soggetti tossicodipendenti.

Tra gli aspetti positivi che sicuramente caratterizzano la detenzione in custodia attenuata vi è l'individualizzazione del trattamento, il quale viene modellato proprio in base alle esigenze e alle condizioni del soggetto tossicodipendente. In un sistema carcerario come il nostro, caratterizzato dal fenomeno del sovraffollamento, tale elemento costituisce senz'altro un punto a favore per la 3^a sezione.

In un contesto di questo tipo la detenzione, anche se coatta, permette da una parte il controllo del sintomo tossicomane, e dall'altra lo sperimentare con continuità una situazione che si presenta con stimoli e caratteristiche terapeutiche.

Dai colloqui e dalle riunioni ai quali ho potuto assistere si percepisce chiaramente come il rapporto con gli operatori sia davvero il punto di forza della sezione stessa. Il detenuto che entra in custodia attenuata viene seguito passo dopo passo sia nel processo di cambiamento interno, che in quello di reinserimento sociale all'esterno.

Parlare di "risocializzazione" del soggetto detenuto significa andare a ricostruire consapevoli legami con la società appoggiandosi in modo particolare alle agenzie di socializzazione (principalmente la famiglia, la scuola, il lavoro).

Talvolta il rapporto tra detenuto e famiglia viene rivalutato e riscoperto durante la reclusione, altre volte, invece, questo risulta del tutto irrecuperabile proprio perché l'ambiente di provenienza spesso racchiude in sé quegli elementi "nocivi" che hanno portato alla condotta deviante.

L'obiettivo dell'operatore penitenziario, dunque, è quello di dare al periodo della carcerazione una concreta e costruttiva utilità, ossia di fornire gli strumenti che possano favorire una riflessione su possibilità di scelte diverse da quelle che hanno portato il soggetto in carcere.

La detenzione dovrebbe infatti servire come crescita della propria identità e come maturazione della volontà di recupero.

La scelta di separare i tossicodipendenti da altre figure delinquenti è fondamentale in un contesto di recupero psico-sociale, dal momento che l'instaurazione di rapporti con la malavita presente in carcere potrebbe avere conseguenze deleterie rispetto alla loro condotta futura.

In tal modo, all'interno della sezione a custodia attenuata, l'elemento del controllo viene sicuramente avvantaggiato, venendosi a creare una condizione ottimale per la sorveglianza di tutti coloro che hanno rapporti con la droga.

Questa è solamente una sintesi della generale valutazione positiva della sezione a custodia attenuata. Ulteriori punti di forza sono poi rappresentati dagli strumenti di inserimento sociale quali i corsi di formazione professionale, la scuola, il lavoro intramurario, le borse lavoro, i laboratori.

Gli aspetti negativi della custodia attenuata, invece, emergono come contraddizioni non ancora risolte tra l'ambiente penitenziario e quello terapeutico.

Le difficoltà maggiori, infatti, risultano nel rapporto tra i due mandati (completamente opposti) che caratterizzano il lavoro del personale penitenziario: quello della sicurezza e del controllo e quello terapeutico-relazionale.

Come ho avuto modo di approfondire nel Capitolo II, par. 2.3., la difficoltà di trovare un linguaggio comune tra la polizia penitenziaria e le altre figure professionali che ruotano attorno al carcere, è un problema concreto, dovuto più che altro alla difficoltà di far conciliare i rispettivi compiti professionali.

Altro aspetto negativo che ho rilevato durante la mia esperienza è la difficoltà di dialogo tra il personale della custodia attenuata, il Ser.T interno al carcere e gli enti e/o associazioni esterni. In una logica di reinserimento sociale del detenuto, infatti, il lavoro di rete che coinvolge strutture e professionalità esterne al contesto penitenziario è fondamentale per garantire il recupero del tossicodipendente, il quale, una volta terminato il percorso in custodia attenuata, non può essere abbandonato a sé stesso, ma dev'essere aiutato nel suo reinserimento in società.

Per quanto concerne, invece, i vari aspetti della vita detentiva all'interno della 3^a sezione è opportuno evidenziare come le problematiche maggiori emergano rispetto alla convivenza e la gestione delle attività di laboratorio.

Più volte nel corso del mio tirocinio ho rilevato la difficoltà da parte di alcuni detenuti di gestire il proprio tempo ed il proprio spazio con altri soggetti tossicodipendenti.

La sezione a custodia attenuata rappresenta infatti un luogo unico all'interno del carcere, ove la presenza di spazi comuni (come la cucina, i laboratori, la stanza adibita alla "socialità") garantisce l'instaurarsi di dinamiche di gruppo, che possono creare sia occasioni di dialogo e collaborazione, ma anche scontri e tensioni.

La competenza dell'équipe di sezione sta anche nella capacità di gestire queste situazioni che si presentano con una certa frequenza.

Un ulteriore problema è poi rappresentato dalla carenza di risorse economiche sia in capo alla cooperativa sociale che gestisce la 3^a sezione, sia in capo alla direzione penitenziaria; tale situazione rischia di limitare in particolar modo le attività laboratoriali che caratterizzano il trattamento in custodia attenuata, e ciò ovviamente a discapito della riuscita del percorso terapeutico intrapreso dal detenuto.

Durante tutto il periodo in cui ho partecipato alle attività della sezione ed assistito ai colloqui, mi sono spesso domandata se davvero vi fossero delle reali possibilità di recupero per il soggetto tossicodipendente in stato di detenzione.

Tale interrogativo sorge spontaneo alla luce delle notevoli difficoltà che gli operatori penitenziari manifestano nello svolgimento del loro lavoro con i detenuti tossicodipendenti.

Infatti, sebbene la custodia attenuata rappresenti uno spazio adatto allo svolgimento di attività trattamentali e di recupero per persone con problemi di droga ed alcool, ciò che invece sembra limitare in maniera significativa la buona riuscita del percorso è forse proprio l'istituzione carceraria.

Il rapporto carcere-detenuto, già di per sé difficile per un condannato lontano dall'uso di sostanze, si aggrava ancora di più per un tossicodipendente tendenzialmente fragile sotto l'aspetto fisico e psichico.

La tossicodipendenza, come più volte specificato in questa trattazione, richiede infatti un'assistenza completa, cioè non soltanto di tipo farmacologico, ma plurispecialistica, con terapie di tipo psicologico e sociale, che per quanto l'amministrazione penitenziaria metta a disposizione, non potranno mai essere pienamente efficienti in un tale contesto privativo e limitante.

In definitiva, il carcere può davvero servire al soggetto tossicodipendente per rielaborare un progetto di vita diverso da quello intrapreso fino a momento del suo arresto?

Alla luce delle osservazioni elaborate in questa trattazione è possibile rispondere a questo interrogativo affermando che il circuito della custodia attenuata ha ormai da tempo superato la fase della sperimentazione ottenendo risultati ampiamente positivi ed attualmente si trova in una fase di sviluppo costante. Per tale motivo lo sforzo posto in essere dai professionisti che operano in questo settore ha sicuramente prodotto i suoi frutti, nonostante tutte le difficoltà che ho sopra citato.

Tuttavia, a sommosso avviso di chi scrive, i cambiamenti che in questo ambito andrebbero fatti sono ancora molti e di diverso tipo.

Sarebbe auspicabile, infatti, un'effettiva distinzione tra detenuti tossicodipendenti che hanno commesso reati c.d. "lievi" da quelli che invece sono stati condannati per reati particolarmente "gravi", e ciò al fine di poter progettare per i primi lo sconto della loro pena all'esterno del carcere, in particolare in delle comunità di recupero. L'obiettivo sarebbe quello di garantire al soggetto che ha commesso un reato bagattellare oppure che è alla prima detenzione, un'esecuzione della condanna più mirata al recupero psico-fisico e sociale, lontana dal contesto carcerario.

Inoltre, un ulteriore passo avanti che andrebbe fatto consiste nell'allargamento della possibilità per il tossicodipendente di usufruire, in maniera ancora più ampia rispetto ad oggi, delle misure alternative alla detenzione. Secondo svariate ricerche succedutesi in questi anni, per i detenuti tossicodipendenti il carcere sarebbe poco utile, mentre molto più efficace (ed economico per l'ente pubblico) è la concessione di una misura alternativa alla detenzione come l'affidamento ad una comunità terapeutica⁷⁰.

La prevenzione della recidiva, infatti, resta uno degli obiettivi primari della criminologia applicata, e per raggiungerlo sono stati elaborati metodi e strumenti volti a diminuire l'intensità del fenomeno criminale e la sua frequenza, anche attraverso specifici programmi di trattamento del delinquente.

I soggetti alcolodipendenti e tossicodipendenti sono quelli che tornano a delinquere con maggiore frequenza, tuttavia, da un confronto con la recidiva di altre tipologie di

⁷⁰ RONCO D., *In alternativa. Numeri, tipologie e funzioni delle misure alternative*, in <http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-/01-misure-alternative/>.
AEBI M. F., *Have Community Sanctions and Measures Widened the Net of the European Criminal Justice Systems?*, in *Punishment & Society*, 2005, 17, 5, pp. 575-597.

detenuti, sembra che la finalità di reinserimento sia raggiunta in misura maggiore quando l'esecuzione della pena avviene all'esterno del carcere, come a confermare che la prigionizzazione, intesa quale adattamento al mondo informale penitenziario, comporta minori possibilità di risocializzazione⁷¹.

Ad oggi, dunque, occorre prendere atto che le strategie d'intervento adottate dal Ministero della Giustizia in tema di trattamento del tossicodipendente - sebbene a prima vista appaiano efficaci per la tutela della salute, il recupero ed il reinserimento sociale del soggetto - risultano spesso condizionate da limiti strutturali eziologicamente connessi al fenomeno del sovraffollamento delle carceri i quali impediscono, di fatto, di operare quella completa differenziazione e separazione tra le varie tipologie di detenuti, che costituisce la *conditio sine qua non* per l'attuazione di un trattamento penitenziario specifico per i tossicodipendenti.

In definitiva è innegabile che ad oggi il circuito della custodia attenuata costituisca lo strumento migliore per il trattamento del detenuto tossicodipendente, ma alla luce delle varie criticità che emergono dal lavoro svolto soprattutto dagli operatori penitenziari, è fondamentale contestualizzare l'ambiente in cui questo percorso riabilitativo si colloca.

Non va infatti dimenticato che l'attenuazione della custodia per il tossicodipendente si inserisce in un quadro ben più ampio rispetto a quello prettamente riabilitativo – trattamentale, ossia nel contesto privativo del carcere, ove vi sono ruoli e poteri ben definiti.

In termini foucaultiani si può ritenere che anche il carcere rappresenti un luogo di esercizio del potere, dove emergono ruoli e posizioni gerarchiche e ciò, necessariamente, finisce per influenzare il percorso terapeutico del detenuto, in una logica che lo stesso Foucault chiamerebbe "*microfisica del potere*"⁷².

⁷¹ LEONARDI F., *Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva*, estratto da: *Rassegna penitenziaria e criminologica*, n.2, Ministero della Giustizia, Roma, 2007, pp 7-26.

⁷² Nell'opera del 1977 di Foucault, *Microfisica del potere*, l'autore analizza in termini generali il concetto, ma soprattutto il funzionamento, del potere nella vita dell'uomo.

Il potere, per Foucault, non è concentrato in un luogo precipuo, in un'istituzione, ma è immanente a relazioni e pratiche di cui il soggetto è un "*relais*", un ingranaggio. Il potere è "*soggettivazione*": è una forza attiva che produce oggetti e soggetti.

Il filosofo parla proprio di "*microfisica*" poiché il suo obiettivo non è quello di elaborare una teoria del potere, ma più che altro comprenderne il suo funzionamento, cercando di coglierne la presenza anche nei suoi effetti minimi. (Foucault M., *Microfisica del potere. Interventi politici*, Einaudi, Torino 1977, p. 184).

Un caso concreto di questa analisi microfisica lo troviamo nell'opera *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, ove Foucault concepisce il carcere come ambiente capace di produrre soggettivazione. Egli per descrivere il funzionamento del potere all'interno dei luoghi di reclusione fa un più ampio riferimento al *Panopticon* di Jeremy Bentham, ritenendo che la stessa struttura architettonica del carcere dia origine ad

In questo gioco di ruoli ed attribuzione di poteri tra detenuti e amministrazione penitenziaria, il lavoro svolto dall'operatore della sezione assume un'importanza fondamentale, poiché costituisce anch'esso esplicitazione del potere che a sua volta genera "oggetti e soggetti"⁷³.

Alla luce di tali osservazioni risulta opportuno evidenziare come il percorso intrapreso dal detenuto tossicodipendente all'interno del carcere si collochi in modo del tutto funzionale alle esigenze penitenziarie; infatti, dalle riflessioni sugli aspetti positivi e quelli negativi della sezione a custodia attenuata, emerge chiaramente la funzione di contenimento ma allo stesso tempo limitante dell'istituzione penitenziaria.

Sarebbe auspicabile dunque, in un'ottica di concezione più ampia di detenzione, un cambiamento significativo sia in termini di progettazione del percorso terapeutico, sia sotto il profilo normativo in una logica di concessione di maggiori possibilità di accesso alle misure alternative alla detenzione.

una c.d. "disciplina dei corpi" che ha come fine ultimo la "produzione di soggetti conformi". (Foucault M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1956, pp. 289-291).

⁷³ Da qui l'ulteriore concetto di "genealogia del potere", ossia vedere come, a partire dalle relazioni di potere, si siano costruiti determinati oggetti e determinati soggetti. (Foucault M., *Microfisica del potere. Interventi politici*, Einaudi, Torino 1977)

BIBLIOGRAFIA

- AEBI M. F., *Have Community Sanctions and Measures Widened the Net of the European Criminal Justice Systems?*, in *Punishment & Society*, 2005, 17, 5, pp. 575-597.
- AMATO G., *Il ripristino legale dei parametri di riferimento agevola la prova sulla tipologia di illeciti*, in *Guida dir.*, n. 23, 31 maggio 2014, p. 64 ss.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*, 1994, trad. it., Masson, Milano, 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5*, versione italiana a cura di M. BIONDI, Raffaello Cortina Editore 2014.
- BANDINI T., GATTI U., GUALCO B., MALFATTI D., MARUGO M., VERDE A., *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, vol. I, seconda edizione, Giuffrè Editore, Milano, 2003, p. 364.
- BANDINI T., GATTI U., GUALCO B., MALFATTI D., MARUGO M., VERDE A., *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, vol. II, Giuffrè, Milano, 2004.
- BANDINI T., GATTI U., “*La comunità terapeutica nelle carceri*”, in *Quaderni di Criminologia Clinica*, 1970, pp. 305-317.
- BRICOLO R., *Nuove droghe. Ragioni e prevenzione*, Giunti, Firenze, 2012, p. 58 ss..
- CANCRINI L., *Psicopatologia delle tossicodipendenze*, in *Lezioni di psicopatologia*, Torino, Bollati Boringhieri, 1997, pp.103 ss..
- CANEPA M., MERLO S., *Manuale di diritto penitenziario*, Giuffrè Editore, 2010 p. 245, pp. 272-275.
- CLEMMER D., *The prison community*, Christopher Publishing, Boston, 1940.
- D'ONOFRIO M., SARTORI M., *Le misure alternative alla detenzione*, Giuffrè Editore, p. 6.
- DI GENNARO G., *La droga. Controllo del traffico e recupero dei drogati (Commento alla legge 22 dicembre 1975 n. 685, sulla disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope)* Giuffrè editore, Milano, 1982, pp. 286-287.

- DONATI S., VERSARI L., *Fronte del carcere, L'esperienza della Sezione a custodia attenuata di Forlì*, Roma, Carocci editore, 2002, p. 38.
- FIANDACA G. – MUSCO E., *Diritto penale, parte generale*, Zanichelli, 2014, p. 701.
- FOUCAULT M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1956, pp. 289-291.
- FOUCAULT M., *Microfisica del potere. Interventi politici*, Einaudi, Torino, 1977, p. 184.
- GABBARD G.O., *Psichiatria psicodinamica*, 2015, Raffaello Cortina, Milano, p. 343.
- GOFFMAN E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968, pp. 42-44.
- GOLDSTEIN P.J., *The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework*, *Journal of Drug Issues*, vol. 15, 1985, pp. 493-506.
- GUAZZALOCA B., *L'esecuzione della pena del tossicodipendente*, in INSOLERA G. (a cura di), *Le sostanze stupefacenti*, UTET, Torino, 1998, p. 505.
- JONES M., *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Etas Kompass, Milano, 1970, p. 121.
- LEONARDI F., *Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva*, estratto da: *Rassegna penitenziaria e criminologica*, n.2, Ministero della Giustizia, Roma, 2007, pp 7-26.
- MACCOUN R., KILMER B., REUTER P., “*Research on drugs-related crime linkages: the next generation*”, in *Towards a drugs and crime research agenda for the 21st century, Special report*, US Department of Justice, Washington DC, 2003.
- MANTOVAN C., SBRACCIA A., *Evoluzione degli stili di consumo, difficoltà di definizione ed adeguamento delle prassi terapeutiche*, in *La cura vale la pena? Una ricerca sulle misure alternative per i tossicodipendenti – Dossier*, Quadrimestrale di critica del sistema penale e penitenziario, anno V n. 2-3, 2010, a cura di Associazione Antigone, Edizioni L'Harmanattan Italia, p. 141.
- MARINUCCI G., DOLCINI E., *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Giuffrè Editore, 2018.
- MORRONE A., *Il trattamento penitenziario e le alternative alla detenzione*, CEDAM, 2003.
- PONTI G., *Compendio di criminologia*, Raffaello Cortina Editore, p. 429.

- STEVENS A., TRACE M., BEWLEY-TAYLOR D., *Reducing drug-related crime: an overview of the global evidence*, Report 5, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Witley, Regno Unito, 2005.

SITOGRAFIA

- MORRONE A., *Trattamento penitenziario e misure alternative*, in <http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/progetti/morrone.htm>.
- RONCO D., *In alternativa. Numeri, tipologie e funzioni delle misure alternative*, in <http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-/01-misure-alternative/>.
- ZUFFA G., ANASTASIA S., CORLEONE F., *Nono Libro Bianco sulle Droghe*, Edizione 2018 sui dati del 2017, pp. 12-14; consultabile in www.fuoriluogo.it/librobianco.
- DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE E DI COMUNITÀ – DIREZIONE GENERALE DELL’ESECUZIONE PENALE ESTERNA, *Misure alternative, lavoro di pubblica utilità, misure di sicurezza, sanzioni sostitutive e messa alla prova*, 30 novembre 2018, in www.giustizia.it.

GIURISPRUDENZA

- Corte Costituzionale, 1966, n. 12.
- Corte Costituzionale, 22 dicembre 1989, n. 569.
- Corte Costituzionale, 1990, n. 313.
- Corte Costituzionale, 2014, n. 32.
- Corte di Cassazione, sez. I, 21 aprile 1997, Fiorello in *Ced Cass.*, rv. 20775.
- Corte di Cassazione, sez. I, 16 novembre 1999, Raidich in *Ced Cass.* rv. 215018).
- Corte Europea dei Diritti dell’Uomo, 8 gennaio 2013 (*Torreggiani e altri c. Italia*); Ricorsi nn. 43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10, 37818/10.