

Dall'inquadramento normativo fino al nuovo DDL: importanza e finalità delle “misure alternative”

Giovanna Crespi*, Flavio Vischia**, Felice Nava***, Elisabetta Bussi Roncalini****, Mariagrazia Di Bello*****, Jatin Ial°, Davide Broglia°, Concettina Varango°°°

Summary

■ *Pathological addictions represent a crucial challenge for the social, health and penitentiary systems. Numerous prisoners in Italy suffer from such addictions, with a significant impact on prison numbers and on recidivism of related crimes.*

According to data from the XXI Antigone Report, approximately 34% of the prison population is in prison for violating drug legislation, and as many as 40% of those entering prison use drugs [1].

This indicates that a significant portion of prisoners have addiction problems, with important implications both on the health level (spread of infectious diseases, need for specific treatments) and on the level of prison security and overcrowding.

People with addictions, often involved in minor crimes related to the consumption or procurement of substances, risk being trapped in a vicious cycle in which traditional detention can aggravate the condition of addiction without offering real opportunities for recovery.

Consequently, for decades the Italian legislator has recognized the need for alternative measures to detention specifically designed for drug and alcohol addicts (2-4), with a view to combining security needs with the protection of the health and social rehabilitation of the convicted person.

Such measures aim to shift the focus from mere custodial punishment to therapeutic and reintegration paths, considered more effective in reducing recidivism and the social impact of addictions.

In this general introduction, the relevance of the topic is therefore evident: offering treatment opportunities instead of prison to addicts brings multiple benefits, including a decrease in new drug-related crimes, a reduction in the pressure on prisons and an improvement in public health outcomes (reduction in overdoses, spread of HIV/HCV, etc.) (5-6).

In the remainder of this paper, we will analyse the current Italian regulatory framework on the matter, the different types of alternative measures provided, the criteria for accessing them, the differences in their application across the country and the data on their effectiveness, to then discuss the remaining critical issues and ■

Keywords: *Alternative measures, Legislation, Dependent people.*

Parole chiave: *Misure alternative, Legislazione, Popolazione con dipendenza.*

* Dirigente Medico Psichiatra, U.O.C. Dipendenze Ser.T. Monza ASST Brianza.

** Direttore Dipartimento Integrato delle Dipendenze ASL città di Torino.

*** Direttore dei Servizi Socio Sanitari dell'AULSS 9 Scaligera.

**** Direttore S.C. Ser.D. Ivrea.

***** Direttore U.F.S. Ser.D. Q3, Q4 Firenze.

° Dirigente Medico Psichiatra, S.C. Ser.D. AUSL Bologna.

°° Psichiatra S.S. Sanità Penitenziaria ASST Pavia.

°°° Direttore S.C. Dipendenze ASST di Pavia.

Settore Tematico Strategico “Carcere e provvedimenti restrittivi della libertà. Aspetti legali e forensi in medicina delle dipendenze” di FeDerSerD. Gruppo di lavoro nazionale.

Introduzione

Le dipendenze patologiche rappresentano una sfida cruciale per il sistema socio-sanitario e penitenziario.

Numerosi detenuti in Italia sono affetti da tali dipendenze, con un impatto significativo sui numeri del carcere e sulla recidiva dei reati connessi.

Secondo i dati del XXI Rapporto Antigone, circa il 34% della popolazione detenuta è in carcere per violazione della legislazione sugli stupefacenti, e addirittura il 40% di chi entra in carcere fa uso di droghe (1).

Ciò indica che una quota rilevante dei detenuti presenta problemi di dipendenza, con importanti implicazioni sia sul

piano sanitario (diffusione di malattie infettive, necessità di trattamenti specifici) sia sul piano della sicurezza e del sovraffollamento carcerario.

Le persone con dipendenze, spesso coinvolte in reati minori legati al consumo o al procacciamento di sostanze, rischiano di essere intrappolate in un ciclo vizioso in cui la detenzione tradizionale può aggravare la condizione di dipendenza senza offrire reali opportunità di recupero.

Di conseguenza, da decenni il legislatore italiano ha riconosciuto la necessità di misure alternative alla detenzione specificamente pensate per i tossicodipendenti e alcolodipendenti (2-4), nella prospettiva di coniugare le esigenze di sicurezza con la tutela della salute e il recupero sociale del condannato. Tali misure mirano a spostare il focus dalla mera punizione detentiva a percorsi terapeutici e di reinserimento, considerati più efficaci nel ridurre la recidiva e l'impatto sociale delle dipendenze.

In questa introduzione generale, è dunque evidente la rilevanza del tema: offrire opportunità di cura invece del carcere alle persone dipendenti comporta benefici multipli, tra cui una diminuzione dei nuovi reati droga-correlati, un alleggerimento della pressione sulle carceri e un miglioramento degli esiti di salute pubblica (riduzione di overdose, diffusione di HIV/HCV, ecc.) (5-6).

Nel prosieguo di questo paper analizzeremo il quadro normativo italiano vigente in materia, le diverse tipologie di misure alternative previste, i criteri per accedervi, le differenze applicative sul territorio e i dati sulla loro efficacia, per poi discutere le criticità residue e le possibili strategie di miglioramento.

Quadro normativo

L'ordinamento italiano prevede una serie di istituti giuridici finalizzati a evitare o limitare la detenzione per i soggetti affetti da dipendenze patologiche, promuovendo percorsi terapeutici. I riferimenti normativi fondamentali includono in primo luogo il Testo Unico sugli stupefacenti (DPR 309/90), che all'art. 94 disciplina l'affidamento in prova in casi particolari per tossicodipendenti e alcolodipendenti condannati (7-8).

Tale articolo consente al condannato, con sentenza definitiva, di scontare la pena fuori dal carcere proseguendo o intraprendendo un programma di recupero presso il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) o una struttura terapeutica autorizzata. La misura è applicabile entro un limite di pena detentiva di 6 anni (e entro 4 anni se il reato rientra tra quelli ostativi ex art. 4-bis O.P.).

In secondo luogo, l'art. 90 del medesimo Testo Unico prevede la sospensione dell'esecuzione della pena per consentire al tossicodipendente condannato di iniziare un programma terapeutico (9-10); il Tribunale di Sorveglianza può sospendere l'ordine di carcerazione fino a 5 anni qualora il soggetto sia in trattamento riabilitativo certificato, offrendo così il tempo di avviare il percorso di recupero prima di decidere sulla concessione di una misura alternativa definitiva.

Quest'ultima disposizione – diversamente dall'art. 94 – si applica solo ai tossicodipendenti (non agli alcolodipendenti) e può essere concessa una sola volta nella vita, fungendo da strumento "temporaneo" per evitare l'ingresso in carcere e indirizzare subito verso la cura.

L'affidamento terapeutico ex art. 94, invece, è concedibile fino a un massimo di due volte nella vita del condannato (limite ri-

tenuto costituzionalmente legittimo dalla Corte Costituzionale, per evitare abusi e ripetuti tentativi a vuoto) (11-12).

Accanto alle norme vigenti, va segnalato un importante intervento legislativo in itinere: il Disegno di Legge 2025, presentato di recente, che propone modifiche al DPR 309/90 introducendo gli articoli 94-ter e 94-quater (13-16).

In base allo schema di riforma circolato, l'art. 94-ter istituirebbe una nuova forma di detenzione domiciliare "terapeutica" per i soggetti dipendenti, affiancando l'affidamento in prova speciale già previsto dall'art. 94.

Questa "detenzione domiciliare in casi particolari" amplirebbe il limite di pena ammissibile fino a 8 anni (ridotto a 4 anni in presenza di reati ostativi ex art. 4-bis O.P.), consentendo quindi l'accesso a misure extra-carcerarie anche a condannati con pene più elevate, purché tossico/alcolodipendenti in trattamento.

La misura in questione, pur ispirata alle finalità terapeutiche, avrebbe un regime più restrittivo rispetto all'affidamento in prova – richiamando l'applicazione delle regole sulla detenzione domiciliare ordinaria (art. 47-ter O.P.) per quanto concerne obblighi e controlli.

L'art. 94-quater proposto, invece, introdurrebbe una sorta di procedimento speciale "di trattamento" in fase di cognizione, assimilabile a un patteggiamento riservato agli imputati tossico- o alcolodipendenti.

In altri termini, l'imputato dipendente potrebbe concordare con il PM e il giudice un esito processuale che preveda l'inserimento immediato in un percorso terapeutico alternativo al carcere (anticipando di fatto l'accesso alla misura alternativa già in sede di condanna).

Contestualmente, il DDL 2025 prevede modifiche all'art. 656 c.p.p. (sospensione dell'ordine di esecuzione), per adeguarlo ai nuovi istituti: l'obiettivo è evitare che chi è destinabile alla misura ex art. 94-ter venga tradotto in carcere, estendendo la sospensione dell'esecuzione anche alle pene fino a 8 anni qualora ricorrano i presupposti del nuovo affidamento terapeutico domiciliare.

Tali innovazioni – non ancora legge definitiva al momento – testimoniano l'attenzione del legislatore nel 2023-2025 a potenziare gli strumenti di "giustizia terapeutica", alla luce sia dell'annoso sovraffollamento penitenziario sia dei ripetuti appelli a migliorare la presa in carico dei detenuti tossicodipendenti.

Oltre al Testo Unico sugli stupefacenti, rilevano altre norme del codice penale e di leggi speciali che offrono alternative al carcere con finalità rieducative.

L'art. 168-bis c.p. ha introdotto nel 2014 la messa alla prova per gli adulti: una sospensione del processo penale subordinata allo svolgimento, da parte dell'imputato, di un programma di trattamento e di lavori di pubblica utilità (5-17).

Questa misura, originariamente pensata per reati di minore gravità, è spesso utilizzata in caso di reati collegati all'abuso di sostanze: ad esempio nei procedimenti per guida in stato di ebbrezza o per piccoli reati patrimoniali di soggetti tossicodipendenti, il programma di messa alla prova include tipicamente l'adesione a un percorso terapeutico presso il Ser.D. e lo svolgimento di un'attività non retribuita a favore della collettività.

In effetti, la legge prevede esplicitamente che la concessione della messa alla prova sia subordinata alla prestazione di lavoro di pubblica utilità (LPU) da parte dell'imputato.

Proprio il lavoro di pubblica utilità merita menzione come ulteriore misura “alternativa” presente nell’ordinamento: esso costituisce una sanzione sostitutiva prevista in vari casi.

Un caso emblematico è quello dei reati di guida in stato di ebbrezza o sotto l’effetto di stupefacenti: l’art. 186, comma 9-bis, del Codice della Strada consente al giudice, per il conducente in stato di ebbrezza (o art. 187 CdS per sostanze), di sostituire la pena detentiva e pecuniaria con il lavoro di pubblica utilità consistente in un’attività gratuita presso enti convenzionati (purché non vi sia stato incidente stradale) (19-21).

In caso di esito positivo dello svolgimento dell’attività, il reato si dichiara estinto e vengono meno anche le sanzioni amministrative accessorie (come la sospensione della patente, che viene di norma ridotta della metà).

Analogamente, per il reato di lieve entità nel traffico di stupefacenti commesso da persona tossicodipendente (art. 73, co. 5 DPR 309/90), la legge prevede che – qualora non sia concedibile la sospensione condizionale della pena – il giudice, su richiesta, applichi direttamente il lavoro di pubblica utilità in luogo delle pene detentive.

Si tratta di disposizioni mirate a incentivare percorsi di reintegrazione sociale anziché ricorrere al carcere, nella convinzione che ciò favorisca anche il recupero personale e la riduzione del tasso di recidiva.

Infine, va ricordato che anche l’ordinamento penitenziario (Legge 354/75) contiene norme generali sulle misure alternative – come l’affidamento in prova al servizio sociale ordinario (art. 47 O.P.), la detenzione domiciliare (art. 47-ter O.P.) e la semilibertà (art. 48 O.P.) – le quali si applicano a tutti i condannati in possesso dei requisiti, inclusi naturalmente anche i soggetti dipendenti se del caso (22-23). In particolare, l’affidamento in prova “ordinario” fino a 4 anni di pena può cumularsi, in presenza di tossicodipendenza, con l’affidamento “terapeutico” ex art. 94 TU Stupefacenti, come riconosciuto anche dalla giurisprudenza: la Cassazione ha chiarito che l’affidamento terapeutico ha finalità specifiche di recupero socio-sanitario del tossicodipendente, distinte dall’affidamento tradizionale orientato al reinserimento sociale, e che il legislatore ha volutamente tenuto separato questo istituto dalle preclusioni previste per altre misure (ad esempio escludendolo dal divieto di concessione di benefici in caso di revoca di una precedente misura) (9).

In sintesi, il quadro normativo italiano vigente (aggiornato al 2025) offre un ventaglio di strumenti alternativi alla detenzione modulati sulle esigenze dei soggetti con dipendenze, con l’intento di privilegiare la cura e la riabilitazione in luogo della mera punizione carceraria, in linea con il dettato costituzionale della finalità rieducativa della pena.

Tipologie di misure alternative per persone dipendenti

Alla luce della cornice normativa delineata, possiamo distinguere le principali tipologie di misure alternative alla detenzione rivolte a tossicodipendenti e alcoldipendenti, evidenziandone caratteristiche, destinatari e modalità applicative:

Sospensione dell’esecuzione della pena per trattamento terapeutico (art. 90 DPR 309/90)

È un provvedimento temporaneo che blocca l’ingresso in carcere di un condannato tossicodipendente, per dargli modo

di intraprendere o proseguire un programma di recupero. Destinatari sono esclusivamente i condannati definitivi tossicodipendenti (la norma non include gli alcoldipendenti) con pena da espiare non superiore a 6 anni (4 anni se reato ostativo).

L’istanza va presentata al Pubblico Ministero entro 30 giorni dall’ordine di esecuzione; il Tribunale di Sorveglianza, verificati i requisiti, può disporre la sospensione della pena fino a un massimo di 5 anni.

In tale periodo il condannato resta in libertà (o eventualmente in una comunità terapeutica volontaria) seguendo il programma di recupero concordato con i servizi.

Se nei 5 anni il soggetto non commette nuovi reati e porta avanti con successo il trattamento, la sospensione può facilitare l’accesso a una misura alternativa definitiva (tipicamente l’affidamento in prova terapeutico) senza mai passare per il carcere.

Viceversa, se il programma fallisce o il soggetto ricade nel crimine, la sospensione viene revocata e la pena viene eseguita. La sospensione ex art. 90 è concessa una sola volta nella vita, dunque è un’opportunità unica per l’individuo di dimostrare il proprio impegno nella riabilitazione (9-10).

Affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari (“affidamento terapeutico”, art. 94 DPR 309/90)

È la misura alternativa cardine per i condannati tossico- o alcoldipendenti. Consiste nell’affidare il condannato fuori dal carcere, sotto la supervisione dell’Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e con il supporto dei servizi sanitari per le dipendenze, affinché sconti la pena seguendo uno specifico programma terapeutico e socio-riabilitativo (2-8).

L’affidamento terapeutico ha durata pari al residuo di pena (comunque non oltre 6 anni, estensibili a 6 anche se pena originaria era maggiore tramite continuazione, e limitati a 4 anni in caso di reati di cui all’art. 4-bis O.P. e comporta una serie di prescrizioni analoghe all’affidamento ordinario (obbligo di dimora, divieto di frequentare certi luoghi, ecc.), con in più le prescrizioni attinenti alla terapia (es.: obbligo di seguire il percorso di cura presso il Ser.D. o comunità, sottoporsi a controlli medici periodici, ecc.).

Destinatari: condannati definitivi, anche già detenuti, che risultino attualmente tossicodipendenti o alcoldipendenti e abbiano in corso (o intendano intraprendere) un programma di recupero concordato con i servizi.

Modalità applicative: la richiesta può provenire dal detenuto stesso (se già in carcere) o dal difensore/procura (se il soggetto è libero in sospensione pena); è necessaria una istruttoria da parte dell’UEPE e del Ser.D., i quali redigono rispettivamente una relazione socio-familiare e una proposta di programma terapeutico individualizzato (2).

Il Tribunale di Sorveglianza valuta:

- a) la presenza dei requisiti formali (pena entro limiti, certificazione di dipendenza attuale);
- b) la serietà e fattibilità del programma di recupero proposto;
- c) la personalità e le motivazioni del condannato, accertando che lo stato di dipendenza e la richiesta di misura non siano strumentali al solo evitamento del carcere.

Se l’esito è positivo, viene emessa ordinanza di affidamento in prova al Ser.D. con specifiche prescrizioni (ad esempio: divieto di assumere sostanze, obbligo di frequenza del centro di cura, svolgimento di attività lavorativa o di volontariato, rientro notturno in comunità o abitazione, ecc.).

Durante l’affidamento, il Ser.D. invia periodicamente relazioni sui progressi del programma e il Tribunale può, se necessario,

modificare le prescrizioni o, in caso di grave violazione/inefficacia, revocare la misura facendo riprendere la detenzione. L'affidamento terapeutico è un percorso intensivo di recupero: in caso di completamento del programma con esito positivo, la pena si considera espiata e il soggetto viene dichiarato libero senza ulteriori carichi.

La legge consente al massimo due affidamenti terapeutici nella vita di una persona, a sottolineare che dopo eventuali ricadute, ulteriori possibilità saranno precluse.

Questa misura ha avuto un'applicazione significativa negli ultimi decenni: al marzo 2023, su circa 37.700 persone in misure alternative, 3.919 (15,6%) erano in affidamento in prova "in casi particolari" per tossico/alcol dipendenti segno di un utilizzo consistente ma ancora perfettibile rispetto al bisogno potenziale (si stima infatti che i detenuti dipendenti in carcere siano molti di più di quelli in affidamento) (1).

Detenzione domiciliare "terapeutica" (misura proposta dall'art. 94-ter DDL 2025).

Si tratta, come accennato, di una nuova tipologia di misura alternativa in via di approvazione (13).

Diverrebbe applicabile a condannati tossico/alcol dipendenti con pene fino a 8 anni, ponendosi come alternativa quando l'affidamento in prova non sia percorribile (ad esempio per pene tra 6 e 8 anni, o per esigenze di maggior controllo).

La detenzione domiciliare speciale si svolgerebbe presso il domicilio del condannato o presso una struttura residenziale di cura autorizzata, e comporterebbe restrizioni simili alla detenzione domiciliare classica (obbligo di non allontanarsi senza permesso, controlli delle forze dell'ordine, ecc.).

Contestualmente però, il soggetto sarebbe inserito in un programma terapeutico con il Ser.D. o comunità, come condizione della misura.

Questa misura amplierebbe il novero dei beneficiari (anche chi ha pene medio-alte potrebbe evitare il carcere), ma con minore "libertà" rispetto all'affidamento in prova: di fatto una permanenza obbligatoria a casa o in comunità, invece che in istituto penitenziario.

Trattandosi di proposta non ancora vigente, resta da vedere come sarà attuata; in ogni caso evidenzia la tendenza del legislatore a creare strumenti flessibili calibrati sul profilo del condannato dipendente.

Messa alla prova per adulti (art. 168-bis c.p., L. 67/14)

Non è una misura alternativa post-condanna, bensì una sospensione del processo in fase dibattimentale, ma merita di essere descritta tra gli strumenti disponibili.

La messa alla prova (MAP) consente all'imputato (in genere per reati di minore gravità con pena massima entro 4 anni) di evitare il processo e la fedina penale sporca, accettando di sottoporsi a un programma di trattamento e riparazione per un periodo determinato, sotto la verifica dell'UEPE.

Per gli imputati tossicodipendenti o alcolodipendenti, la MAP è spesso l'occasione di iniziare immediatamente un percorso di cura: il giudice, nel formulare il programma, include quasi sempre l'obbligo di proseguire un trattamento presso il Ser.D. o comunità terapeutica, oltre a prescrivere un'attività di pubblica utilità e altre condizioni comportamentali (es. dimostrare astensione dall'uso di sostanze tramite test periodici).

Durante la MAP l'andamento viene monitorato: se l'imputato la completa con esito positivo, il reato è dichiarato estinto e non vi sarà condanna né carcerazione.

La MAP ha conosciuto un grande successo: dal 2014 al 2022 è cresciuta esponenzialmente, superando le 25 mila ammissioni l'anno, segno che molti anche tra i soggetti con problemi di dipendenza scelgono questo percorso alternativo, con benefici individuali e sistemici (minore carico per i tribunali e le carceri) (1).

Nel contesto delle dipendenze, la MAP rappresenta uno strumento prezioso perché "intercetta" la persona prima che entri nel circuito penitenziario, indirizzandola subito verso la riabilitazione.

Da notare che la legge vincola la MAP al lavoro di pubblica utilità obbligatorio: ciò, oltre a fornire un risarcimento simbolico alla collettività, funge anche da esperienza strutturante per l'imputato. Complessivamente, la messa alla prova realizza un modello di giustizia riparativa e terapeutica al tempo stesso, coerente con l'idea che per i reati legati alla marginalità sociale (come quelli spesso commessi dai tossicodipendenti) "curare è meglio che punire" in termini di prevenzione di futuri reati.

Lavori di pubblica utilità come sanzione sostitutiva (art. 186 co. 9-bis CdS, art. 73 co. 5-bis DPR 309/90, art. 165 c.p.)

Il lavoro di pubblica utilità (LPU) ricorre in varie forme nell'ordinamento: come condizione della MAP (sopra detta), come obbligo aggiuntivo per concedere la sospensione condizionale della pena (art. 165 c.p.), ma anche come pene sostitutive autonome introdotte dal 2010 in poi (6-21).

Abbiamo già visto il caso della guida in stato di ebbrezza: qui il giudice sostituisce la pena detentiva con un certo numero di giorni di lavoro socialmente utile (tipicamente presso enti locali, associazioni di assistenza, Protezione Civile, ecc.).

Se il condannato svolge regolarmente l'attività e non viola le prescrizioni, la pena si considera eseguita in modo soddisfacente (senza passare dal carcere).

Nel caso di lieve spaccio ad opera di un assunto/tossicodipendente (art. 73 co. 5 DPR 309/90), l'art. 73 co. 5-bis prevede similmente che il giudice, invece di infliggere la reclusione e multa, applichi direttamente la pena del lavoro di pubblica utilità su richiesta dell'imputato.

Si segnala che l'esito positivo del LPU in questi casi comporta l'estinzione del reato e il venir meno di misure accessorie come la confisca del veicolo (per il reato di guida in stato di ebbrezza, la Corte Costituzionale ha chiarito che in caso di svolgimento positivo del LPU non si applica la confisca obbligatoria dell'auto, salvaguardando quindi il beneficio completo). Il LPU, quando applicato al posto della detenzione, trasforma una punizione passiva in un'attività dal valore sociale attivo: oltre a evitare al condannato l'ingresso in carcere, produce un'utilità per la comunità locale (ore di lavoro in servizi ambientali, manutenzione, assistenza, ecc.).

Questa forma di esecuzione penale "sul territorio" risulta particolarmente indicata per soggetti il cui reato è legato a condizioni personali (come l'abuso di alcol) suscettibili di ravvedimento, permettendo di sperimentare concretamente la riparazione del danno e la responsabilizzazione.

Va detto che il ricorso ai LPU come pena sostitutiva in Italia è cresciuto, ma resta minoritario per ora: dal Rapporto Antigone risulta che i lavori di pubblica utilità costituiscono circa il 12,9% delle sanzioni eseguite all'esterno, e prevalentemente riguardano violazioni del codice della strada (nell'85% dei casi in ambito di messa alla prova, e solo nel 7,8% legati a violazioni della legge sulle droghe).

Ciò indica margini per un impiego più ampio di questa sanzione nei casi di dipendenza, compatibilmente con la disponibilità di convenzioni e posti dove svolgere i lavori: a tal fine, il Ministero della Giustizia promuove accordi con enti pubblici e del privato sociale per ampliare la rete di opportunità di LPU sul territorio.

Altre misure

Per completezza, si ricorda che esistono anche istituti come la libertà vigilata applicata come misura di sicurezza (ad esempio a fine pena, se la persona rimane socialmente pericolosa), la commutazione della pena detentiva in programmi terapeutici per detenuti stranieri con espulsione, ecc., ma si tratta di ipotesi particolari.

Nel contesto di questo lavoro, ci si concentra sulle misure alternative “principali” sopra elencate, che costituiscono il fulcro dell'intervento trattamentale per autori di reato con problemi di dipendenza.

Criteri di accesso alle misure alternative

L'accesso alle misure alternative per tossicodipendenti/alcolodipendenti è subordinato al rispetto di rigorosi criteri sia clinici che giuridici, volti a selezionare i beneficiari realmente meritevoli e bisognosi del percorso terapeutico.

Di seguito analizziamo i principali requisiti richiesti:

- **Accertamento dello stato di dipendenza attuale:** condizione indispensabile è che il soggetto sia effettivamente affetto da tossicodipendenza o alcolodipendenza in atto, cioè diagnosticata come condizione attuale e non solo pregressa.

La legge richiede una certificazione sanitaria rilasciata da un servizio pubblico per le dipendenze (Ser.D.) o struttura accreditata, attestante: lo stato di tossico/alcol dipendenza attuale, le procedure diagnostiche effettuate (esami, colloqui clinici), l'andamento di eventuali cure già intraprese e l'idoneità del programma terapeutico proposto ai fini del recupero.

Tale documentazione va allegata obbligatoriamente all'istanza di misura alternativa, a pena di inammissibilità. In pratica, il Ser.D. effettua una valutazione clinica completa e produce un rapporto in cui dichiara se la persona è dipendente secondo i criteri previsti dal ICD e/o DSM, specificando che è già in trattamento oppure disponibile a iniziarlo immediatamente.

Questo requisito intende evitare che soggetti non realmente dipendenti possano strumentalmente chiedere il beneficio: solo chi ha una diagnosi seria di dipendenza (o lo era al momento del reato ed è in fase di recupero) può accedere alle misure dedicate.

- **Certificazione di un programma terapeutico personalizzato:** oltre alla diagnosi, è necessario predisporre un programma di trattamento concordato con il Ser.D. o comunità.

Il programma deve contenere le attività previste (terapia farmacologica, psicoterapia, inserimento in comunità residenziale o centro diurno, eventuali impegni lavorativi o formativi) e la sua durata orientativa, e deve essere giudicato adeguato per la riabilitazione della persona.

Il Ser.D. infatti, nella sua relazione, deve dichiarare l'idoneità del programma rispetto agli obiettivi di recupero del condannato.

Ciò significa che il percorso proposto deve avere prospettive realistiche di successo (tenendo conto della storia di dipendenza e di eventuali precedenti trattamenti).

Ad esempio, per un eroinomane cronico recidivo potrebbe essere indicato un inserimento in comunità terapeutica a lungo termine, mentre per un alcolista incensurato un programma ambulatoriale intensivo potrebbe bastare.

Il tribunale valuta con attenzione questo elemento, spesso acquisendo anche informazioni sull'ente o comunità designata (es. posti disponibili, convenzioni attive, ecc.).

È previsto inoltre che, durante l'esecuzione della misura, il responsabile della struttura terapeutica invii segnalazioni periodiche all'autorità giudiziaria sui progressi o eventuali inosservanze del programma, così da permettere al magistrato di sorveglianza di confermare, modificare o revocare la misura in base all'andamento effettivo.

- **Limiti di pena e natura del reato:** sul piano giuridico, l'accesso è consentito solo entro determinati limiti di pena.

Come detto, per l'affidamento terapeutico e la sospensione ex art. 90 la pena (inflitta o residua) non deve superare i 6 anni (salvo 4 in caso di reati ostativi).

Ciò allinea queste misure ai limiti previsti per le misure alternative ordinarie (affidamento, detenzione domiciliare) e riflette la scelta legislativa di escludere reati di particolare allarme sociale.

In presenza di reati ostativi (mafia, terrorismo, ecc.), l'ordinamento penitenziario art. 58-quater prevedeva originariamente un divieto di concessione di benefici se il condannato aveva già subito la revoca di una misura alternativa per cattiva condotta.

La giurisprudenza ha però chiarito che tale divieto non si applica all'affidamento terapeutico ex art. 94, poiché non è menzionato tra le misure ostative nella norma e la sua finalità speciale lo distingue dalle altre.

Dunque anche un condannato per reati comuni, a cui ad esempio sia stata revocata in passato una detenzione domiciliare, può comunque aspirare all'affidamento terapeutico se nel frattempo è divenuto tossicodipendente e intraprende la cura (come sancito dalla Cassazione, sent. n. 9866/23) (9).

Quanto alla natura del reato commesso, la legge non richiede un nesso causale stretto tra reato e dipendenza ai fini dell'ammissione alla misura – diversamente da quanto avveniva con la vecchia legge sugli stupefacenti del 1975.

Non è cioè necessario dimostrare che il reato sia stato commesso “a causa” della dipendenza (ad es. per procurarsi la droga o sotto effetto di alcool), anche se spesso tale circostanza è presente e viene valutata positivamente.

La giurisprudenza ha chiarito che il beneficio può essere concesso anche se il reato non è direttamente correlato alla tossicodipendenza, purché il soggetto sia attualmente dipendente e motivato al recupero (25).

Ovviamente, se dal fascicolo emerge che il reato è estraneo alla problematica di dipendenza (es. frodi fiscali commesse da un tossicodipendente), il tribunale di sorveglianza potrà scrutinare con maggior rigore l'effettiva utilità del programma terapeutico sul fronte della prevenzione di ulteriori reati.

In ogni caso, la pericolosità sociale del condannato deve essere compatibile con la misura in ambiente aperto: se vi sono indici attuali di elevata pericolosità (capacità criminale, condotte violente recenti), la concessione può essere

negata in quanto si ritiene insufficiente il solo percorso terapeutico a garantire la tutela sociale (25).

Ad esempio, la Cassazione ha ritenuto legittimo negare l'affidamento terapeutico a un detenuto con rischio concreto di recidiva violenta, evidenziando che il programma di recupero non può da solo neutralizzare un profilo di pericolosità significativo (25).

Questo bilanciamento tra diritto alla cura e sicurezza pubblica è affidato alla prudente valutazione caso per caso della magistratura di sorveglianza.

- **Non strumentalità della richiesta e motivazione personale:** un ulteriore criterio elaborato a livello giurisprudenziale è la verifica che la richiesta di misura alternativa non sia meramente strumentale ad evitare il carcere, ma accompagnata da un'autentica volontà di intraprendere un percorso di cambiamento.

Questo aspetto, pur non scritto espressamente nella legge, emerge dall'interpretazione dell'art. 94 che impone al tribunale di accertare la sincerità dell'intenzione terapeutica.

Gli elementi per valutare ciò includono: precedenti tentativi di disintossicazione (e perché eventualmente falliti), epoca di inizio del programma rispetto alla vicenda giudiziaria (un indice negativo potrebbe essere l'aver iniziato il trattamento solo dopo la condanna, giusto per ottenere il beneficio), presenza di un nesso temporale e logico tra la condizione di dipendenza e il percorso proposto.

Le relazioni del Ser.D. e dell'UEPE qui sono fondamentali: una relazione dettagliata che evidenzia la motivazione intrinseca del soggetto al cambiamento, la consapevolezza circa la propria dipendenza e le sue cause criminogene, è spesso decisiva nel convincere il giudice. Al contrario, se emergono segnali di scarsa convinzione (p.es. scarsa partecipazione alle attività di cura durante una sospensione pena, o continui esiti tossicologici positivi segno di prosecuzione degli usi), la fiducia nell'affidamento viene meno.

In sintesi, l'accesso alle misure alternative terapeutiche richiede che la persona sia diagnosticamente dipendente, legalmente entro i limiti di pena e seriamente intenzionata a percorrere la via della riabilitazione.

Questa combinazione di requisiti clinici e giuridici mira a garantire che tali misure – che comportano pur sempre una deroga al rigore della detenzione – siano concesse ai casi più appropriati, massimizzandone le probabilità di successo.

Differenze territoriali nell'applicazione delle misure

Nonostante l'impianto normativo sia nazionale, in Italia si registrano differenze territoriali significative nell'applicazione pratica delle misure alternative per persone con dipendenze. Tali differenze riguardano sia i tassi di utilizzo effettivo dei benefici, sia le modalità di collaborazione tra sistema della giustizia e sistema sanitario locale.

Uno degli aspetti più evidenti è la disomogeneità nei numeri: ci sono regioni dove l'affidamento terapeutico e altre misure vengono concessi con maggiore frequenza e tempestività, e altre in cui invece pochi detenuti riescono ad accedervi.

Questo può dipendere da vari fattori: la cultura giudiziaria locale, la presenza di strutture terapeutiche adeguate sul territorio, e perfino prassi amministrative differenti.

Ad esempio, nel 2022 il rapporto tra numero di permessi premio concessi e popolazione detenuta variava enormemente

tra regioni come la Lombardia (molto attiva nell'accordare benefici) e il Lazio (molto più restrittiva) (1).

Analogamente, anche per affidamenti e detenzioni domiciliari esistono disparità: regioni del Nord hanno in genere una rete di comunità terapeutiche più sviluppata e una tradizione di coordinamento con i servizi, il che facilita l'invio dei detenuti in percorsi esterni; regioni del Sud scontano talora la carenza di strutture riabilitative accreditate e organici UEPE ridotti, con conseguente minore ricorso alle misure alternative.

I dati evidenziano inoltre una sotto-rappresentazione degli stranieri nelle misure alternative (solo ~19% degli affidati UEPE sono stranieri, a fronte di oltre 30% di stranieri in carcere) segno che in alcune aree i detenuti stranieri tossicodipendenti incontrano maggiori ostacoli (linguistici, documentali o di mancanza di rete sul territorio) nell'accedere a programmi esterni (1).

Un altro profilo è la difformità procedurale: sebbene la legge preveda passaggi formali simili, in alcune circoscrizioni giudiziarie esistono protocolli d'intesa e buone prassi che rendono più fluido il processo, mentre altrove il tutto è lasciato a iniziative informali dei singoli attori.

Buone prassi locali: tra le esperienze virtuose, si può citare il Protocollo di intesa UEPE-ASL di Bari per la presa in carico integrata dei detenuti tossicodipendenti, che ha istituito una corsia preferenziale per le richieste ex art. 94: il Ser.D. viene allertato già quando il detenuto firma il consenso al trattamento in carcere, così da avviare subito la certificazione e predisporre un progetto, riducendo i tempi morti.

A Milano, l'autorità giudiziaria ha in passato collaborato con la rete delle comunità (es. Comunità San Patrignano e altre) creando progetti come "carcere-drop in" per trasferire rapidamente in comunità detenuti motivati.

In Veneto, come detto, dal 2021 è attivo un sistema di screening in ingresso nelle carceri per individuare i detenuti con dipendenza e segnalare al magistrato di sorveglianza i nominativi potenzialmente eleggibili, dopodiché Ser.D. e UEPE elaborano congiuntamente le proposte di affidamento (18).

Queste prassi mostrano come l'integrazione tra Giustizia e Sanità sia fondamentale: dove vi è dialogo e protocolli, le misure alternative vengono attuate in modo più omogeneo ed efficace.

Viceversa, criticità territoriali includono: carenza di comunità terapeutiche residenziali disponibili ad accogliere detenuti (in alcune regioni i posti convenzionati sono pochissimi, costringendo a rimandare l'affidamento finché non si libera un posto); differenze nelle politiche regionali di finanziamento ai servizi per le dipendenze (che si traducono in Ser.D. più o meno attrezzati a seguire utenti in misura alternativa); variabilità nell'atteggiamento della magistratura di sorveglianza (alcuni tribunali adottano un approccio più "terapeutico" e di fiducia verso i Ser.D., altri più prudente se non diffidente, richiedendo standard probatori molto elevati per concedere i benefici).

Ad esempio, in alcune realtà si richiede sempre l'inserimento in comunità residenziale come condizione per l'affidamento, mentre altrove si accettano più spesso programmi ambulatoriali, con differenze sostanziali nell'accesso (non tutti possono o vogliono entrare in comunità lontano dalla famiglia).

Da segnalare inoltre le iniziative di formazione congiunta interregionali: negli ultimi anni, grazie anche al Dipartimento Politiche Antidroga, sono stati diffusi manuali ope-

rativi per i professionisti Ser.D. e UEPE in diverse regioni, al fine di uniformare prassi e linguaggio tecnico (14).

Ciò sta contribuendo ad attenuare le differenze, ma permangono disparità storiche. In conclusione, le misure alternative terapeutiche, pur essendo previste dalla legge nazionale, non vengono applicate in modo uniforme su tutto il territorio italiano.

Ridurre queste differenze è una sfida attuale: come vedremo nelle conclusioni, servirebbero interventi normativi e organizzativi (linee guida nazionali vincolanti, potenziamento delle strutture nelle regioni carenti, ecc.) per garantire pari opportunità di accesso alla cura e alla giustizia alternativa a tutti i dipendenti, a prescindere dalla zona di residenza o detenzione.

Per quanto sopra descritto, è doveroso segnalare che, il 19 gennaio 2018 è stato firmato un protocollo da FeDerSerD (Federazione degli Operatori delle Dipendenze) e CONAMS (Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza) che mira a standardizzare l'applicazione dell'articolo 94 del DPR 309/90, relativo all'affidamento in prova in casi particolari.

L'obiettivo è favorire l'accesso a misure alternative alla detenzione per persone con dipendenze, creando un sistema più uniforme ed efficace per la loro gestione.

Garantire sull'intero territorio nazionale percorsi di cura e di recupero per le persone con problemi di dipendenza e contribuire all'obiettivo dell'ampliamento della efficacia delle misure alternative alla detenzione (30).

Efficacia e utilità delle misure alternative

Un aspetto centrale da considerare è l'efficacia di queste misure in termini di risultati ottenuti, sia per l'individuo che per la società.

Diversi studi e rilevazioni statistiche, condotti negli ultimi anni, indicano che le misure alternative alla detenzione per tossicodipendenti producono effetti positivi su più fronti: riduzione della recidiva, migliori esiti clinici di recupero, decongestionamento delle carceri e risparmi economici per lo Stato. Sul fronte della recidiva, i dati sono particolarmente significativi.

Secondo uno studio del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) citato anche dall'Istituto Einaudi, la percentuale di recidivi tra coloro che scontano interamente la pena in carcere raggiunge circa il 68%, mentre scende al 19% tra chi ha fruito di misure alternative (26)

In altre parole, meno di un detenuto su cinque che viene affidato all'esterno ricade nel reato, a fronte di oltre due su tre tra quelli che restano in carcere.

Questa differenza enorme (quasi 50 punti percentuali) è un indicatore della riuscita rieducativa delle misure alternative rispetto all'istituzione carceraria tradizionale.

Il dato è stato confermato da successive ricerche (es. studio EIEF-CREG 2012) che evidenziano come, a parità di condizioni, chi trascorre più tempo in "carcere aperto" o in comunità abbia tassi di recidiva notevolmente più bassi di chi rimane in un regime detentivo chiuso.

Concentrando l'attenzione specificamente sui tossicodipendenti: questi soggetti storicamente presentano tassi di recidiva criminale elevati se non trattati (spesso superiori al 70-80%). L'affidamento terapeutico e i programmi riabilitativi in esso contenuti rompono tale ciclo vizioso attraverso la cura della

dipendenza, che è spesso il motore dei comportamenti illegali (furti, spaccio di piccola entità, ecc.).

Statistiche del Ministero della Giustizia citate in letteratura riportano che tra gli affidati in prova con programma terapeutico la recidiva registrata al termine della misura è di gran lunga inferiore rispetto ai tossicodipendenti non affidati.(12)

Un'analisi condotta su un campione nazionale a fine anni 2000 ha trovato che la percentuale di recidiva "tecnica" tra gli affidati terapeutici era intorno al 25-30%, contro percentuali ben più alte per chi aveva scontato la pena in cella, con un effetto di abbattimento dunque molto rilevante.

Ancora, un dato del 2021: le revocche dell'affidamento terapeutico (spesso proxy di un fallimento del percorso) sono state appena l'1,5% ciò significa che nel 98,5% dei casi la misura viene portata a termine senza revoca, e nella stragrande maggioranza dei casi con esito positivo (1).

In sintesi, l'evidenza empirica supporta fortemente l'utilità delle misure alternative nel ridurre la recidiva: trattandosi di interventi rieducativi e di supporto sociale, essi affrontano i fattori criminogeni (la dipendenza, l'emarginazione, la disoccupazione) meglio di quanto faccia il carcere, prevenendo di conseguenza nuovi reati.

Dal punto di vista degli esiti clinici, per le persone tossicodipendenti o alcoliste, poter seguire un programma intensivo di recupero in ambiente libero (o in comunità terapeutica invece che in cella) è spesso decisivo per superare la dipendenza.

Numerosi studi evidenziano che la continuità terapeutica e il supporto psicosociale sono fattori chiave di successo nei trattamenti delle addiction.

Un detenuto in carcere, al contrario, incontra notevoli ostacoli nel seguire percorsi di disintossicazione: nonostante esistano Ser.D. operanti negli istituti di pena, il contesto detentivo con le sue privazioni e promiscuità può aggravare lo stress e innescare ricadute (si pensi all'uso di psicofarmaci non controllato o alle droghe che comunque circolano in alcuni penitenziari).

Viceversa, l'affidamento in prova consente al soggetto di curarsi "sul territorio", in un ambiente più favorevole al recupero, mantenendo – quando possibile – legami familiari, opportunità di lavoro protetto e una routine di vita più normale.

Tutto ciò favorisce una riabilitazione più completa, che include non solo la disintossicazione fisica ma anche il reinserimento sociale.

Come risultato, i tassi di astinenza duratura dalle sostanze dopo un periodo in misura alternativa risultano significativamente più alti rispetto a quelli osservati dopo il semplice periodo detentivo.

Ad esempio, follow-up condotti su affidati terapeutici mostrano che una quota consistente rimane in trattamento volontario anche dopo la fine della pena e raggiunge uno stato di remissione dalla dipendenza, mentre molti detenuti tossicodipendenti all'uscita dal carcere ricadono nell'uso in tempi brevi in assenza di supporto.

Inoltre, misure come la messa alla prova e l'affidamento riducono drasticamente il rischio di overdose post-detenzione: è noto che subito dopo la scarcerazione i tossicodipendenti hanno un rischio elevatissimo di overdose fatale (per ridotta tolleranza e situazioni di abbandono sociale), rischio mitigato se la persona esce invece avendo già intrapreso un percorso di cura e magari continuando a essere seguita dai servizi.

Un ulteriore beneficio è l'impatto sul sovraffollamento carcerario.

Le misure alternative per tossicodipendenti sono anche strumenti di politica criminale volti a deflazionare la popolazione detenuta, spostando una parte di essa verso l'area penale esterna.

Negli ultimi dieci anni, l'Italia ha vissuto periodi di grave sovraffollamento carcerario (culminati nella condanna Torreggiani della Corte EDU nel 2013).

Ebbene, l'adozione di provvedimenti di "sfollamento", molti dei quali riguardavano proprio detenuti con pene brevi potenzialmente affidabili, ha prodotto effetti tangibili: tra il 2013 e il 2014 i detenuti sono calati di circa 10.000 unità (da ~65mila a ~55mila) proprio grazie all'ampliamento della platea dei beneficiari di misure alternative e alla liberazione anticipata speciale.

Attualmente, circa il 48,7% delle persone in esecuzione penale sta fuori dal carcere in misure alternative – un dato che segnala come quasi metà delle pene in Italia siano espiate non in cella ma in forma alternativa, contribuendo a mantenere il numero di detenuti entro livelli gestibili.

Se non vi fosse l'istituto dell'affidamento in prova (ordinario e terapeutico) e altri benefici, il sistema penitenziario sarebbe sicuramente ancora più congestionato.

In particolare, per i tossicodipendenti: a fine 2023 risultavano circa 8.000 detenuti in carcere segnalati come "tossicodipendenti in trattamento", ma molti di più quelli con storia di dipendenza non in trattamento.

L'implementazione più estesa delle misure alternative potrebbe trasferire una buona parte di costoro fuori dagli istituti, con duplice vantaggio: liberare posti e favorire la riabilitazione.

Infine, non vanno trascurati i vantaggi economici e sociali.

Mantenere una persona in carcere ha un costo elevato per lo Stato (stime del DAP indicano un costo medio attorno ai 130-150 euro al giorno per detenuto, includendo personale, vitto, sicurezza).

Al contrario, sostenere un individuo in misura alternativa costa molto meno: il costo giornaliero di un affidato ai servizi è stato stimato attorno a soli 11 euro, considerando che non vi sono le spese fisse di custodia (il soggetto magari vive a casa propria o in comunità con retta convenzionata in parte a carico del SSN).

Anche ipotizzando costi sanitari aggiuntivi per terapie e controlli, resta comunque una soluzione più economica del carcere.

L'Associazione Antigone ha calcolato che l'espansione delle misure alternative può far risparmiare allo Stato centinaia di milioni di euro l'anno, fondi che potrebbero essere reinvestiti in prevenzione e recupero.

A livello di benefici sociali più ampi: un individuo che viene curato e reinserito diventa un cittadino meno dipendente dall'assistenza (magari trova lavoro, ricostruisce legami familiari) e soprattutto cessa di essere fonte di allarme sociale (meno reati, meno vittime, meno costi giudiziari futuri).

Anche la collettività quindi guadagna in sicurezza reale e coesione.

I lavori di pubblica utilità, poi, generano essi stessi valore: migliaia di ore di lavoro gratuito in progetti ambientali, sociali, culturali – un impatto positivo tangibile.

Riassumendo, l'utilità delle misure alternative per persone con dipendenze è documentata: funzionano nel ridurre la recidiva e nel favorire percorsi di vita lontani dal crimine; alleviano il carico sulle carceri e sugli operatori penitenziari; fanno risparmiare risorse pubbliche; e traducono in pratica il principio

costituzionale della finalità rieducativa, dando contenuto concreto alla pena in termini di cambiamento personale.

Tutto ciò non significa che siano una "panacea" o che non esistano fallimenti (alcuni affidati ricadono, alcune comunità non riescono a recuperare i soggetti più difficili), ma nel complesso l'approccio terapeutico si dimostra più efficace del solo approccio punitivo nel contesto dei reati da dipendenza. In definitiva, come affermato dagli studiosi, "le misure alternative funzionano, e i numeri lo dimostrano": per questo andrebbero potenziate e non ostacolate, se l'obiettivo è davvero quello di ridurre il crimine e promuovere la salute pubblica.

Conclusioni

Dal panorama tracciato emergono importanti risultati ma anche criticità aperte nel sistema italiano delle misure alternative per tossicodipendenti e alcolodipendenti.

In conclusione, è utile riassumere i punti problematici e avanzare alcune proposte di miglioramento, sottolineando il ruolo chiave sia dei servizi delle dipendenze sia della magistratura.

Criticità attuali:

1. **Accesso ancora limitato e disomogeneo:** nonostante le norme lo consentano, molti detenuti con dipendenza non beneficiano di misure alternative.

Alcuni per mancanza dei requisiti formali (es. pene troppo alte, assenza di certificazione tempestiva), altri per inerzia del sistema (ritardi burocratici, carenza di posti in comunità). Vi sono inoltre disparità territoriali marcate, come visto, che minano il principio di uguaglianza: a parità di condizioni, un tossicodipendente detenuto in una regione "virtuosa" ha più chance di cura extra-muraria rispetto a uno detenuto altrove.

Questa difformità è stata rilevata anche in sede di Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, suggerendo la necessità di una norma quadro nazionale che uniformi i criteri di accesso all'affidamento terapeutico su tutto il territorio, evitando che fattori geografici influenzino l'esito.

2. **Procedure lente e "liberi sospesi":** spesso tra la richiesta di misura alternativa e la decisione del tribunale passano mesi (se non oltre un anno), durante i quali il condannato rimane in carcere in attesa – magari con l'esecuzione sospesa ex art. 656 c.p.p. che gli impedisce attività trattamentali significative.

Questa lentezza vanifica in parte l'efficacia rieducativa: quando la misura arriva tardi, il soggetto può aver perso motivazione o agganci sociali.

Il fenomeno dei liberi sospesi è tanto serio che un caso (Valerio c. Italia) è all'attenzione della Corte EDU, configurando un possibile vulnus ai diritti umani per irragionevole ritardo nell'esecuzione della pena in forma rieducativa.

3. **Numero insufficiente di strutture terapeutiche residenziali e posti dedicati:** in molte zone vi è penuria di comunità disponibili ad accogliere detenuti o affidati (talora per motivi burocratici, altre volte per mancanza di convenzioni).

Ciò crea liste d'attesa e, di fatto, esclude dal beneficio chi non può essere preso in carico subito.

Proposta: incrementare i fondi (ad es. attraverso il "Fondo per le dipendenze patologiche" istituito nella Legge di Bilancio 2025) per ampliare la rete di comunità e servizi semi-residenziali, magari riservando una quota di posti agli inserimenti dalla giustizia.

Inoltre, promuovere accordi pubblico-privato sociale per aprire nuove strutture nelle regioni scoperte.

4. **Quadro normativo frammentato e necessità di riforme mirate:** come visto, la disciplina è dispersa tra T.U. Stupefacenti, Codice penale, Codice della strada, ecc.

Il DDL 2025 in discussione è un segnale positivo di attenzione, introducendo misure innovative (detenzione domiciliare terapeutica, patteggiamento per dipendenti) e rafforzando la collaborazione interministeriale (Salute-Giustizia) tramite commissioni centrali di monitoraggio.

Sarebbe auspicabile una riforma organica della materia, ad esempio riunificando in un unico testo normativo tutte le disposizioni sulle “misure alternative terapeutiche”, con definizioni chiare di criteri e procedure uniformi a livello nazionale.

Inoltre, sarebbe utile predisporre protocolli operativi standard Giustizia-Sanità.

5. **Resistenze culturali e supporto post-misura:** una criticità meno tangibile ma importante è l’atteggiamento dell’opinione pubblica e talvolta di parte della politica, che vede queste misure come “favoritismi” o svuota-carceri.

Questo clima può portare a irrigidimenti normativi (ad es. innalzamento delle pene per piccoli spacciatori, come nel Decreto Caivano 2023) che vanno in direzione opposta rispetto all’ampliamento del recupero. È fondamentale lavorare sul fronte culturale: diffondere i dati sulla efficacia delle misure alternative (come quelli riportati in questo paper) per far comprendere che non sono regali ai delinquenti, bensì investimenti in sicurezza e coesione sociale.

Parallelamente, bisogna sostenere anche il dopo misura: terminato l’affidamento o la MAP, l’ex detenuto/affidato non dovrebbe essere abbandonato.

Servono programmi di after-care, ad esempio agevolazioni per l’inserimento lavorativo definitivo (borse lavoro, cooperative sociali) e per la continuità terapeutica volontaria (gruppi di auto-aiuto, counseling lungo termine).

Solo così il successo ottenuto durante la misura potrà consolidarsi nella vita libera.

In conclusione, le misure alternative alla detenzione per tossicodipendenti e alcoldipendenti costituiscono un settore in evoluzione, in cui l’Italia ha maturato un patrimonio di esperienze e risultati importanti negli ultimi decenni, pur dovendo ancora affrontare sfide per renderle pienamente efficaci e accessibili ovunque.

Le evidenze mostrano che investire su tali misure conviene: conviene alla persona, che può riconquistare una vita dignitosa lontano dalla schiavitù della dipendenza; conviene alla collettività, in termini di minori reati e costi sociali; conviene al sistema penitenziario, che può concentrare le risorse sui detenuti più pericolosi o con altre problematiche.

Per massimizzare questi benefici, le proposte di miglioramento ruotano attorno a: rafforzare la collaborazione interistituzionale e interdisciplinare (tavoli stabili tra Ministero della Giustizia e della Salute, linee guida condivise); aggiornare le norme rendendole più omogenee e inclusive (DDL 2025 e oltre); potenziare i servizi sul territorio (sia in termini di risorse umane che di posti di accoglienza); e promuovere una cultura della giustizia riparativa e riabilitativa, contrastando pregiudizi.

Riferimenti bibliografici

1. Antigone (2025). *XXI Rapporto sulle condizioni di detenzione*. Roma: Associazione Antigone.
2. Italia. DPR 309/90, art. 94. Affidamento in prova in casi particolari.
3. Italia. DPR 309/90, art. 90. Sospensione dell’esecuzione della pena per tossicodipendenti.
4. Italia. Disegno di Legge 2025, artt. 94-ter e 94-quater.
5. Italia. Codice penale, art. 168-bis. Messa alla prova per adulti. L. 67/14.
6. Italia. Codice della Strada, art. 186 c.9-bis. Guida in stato di ebbrezza - lavori di pubblica utilità.
7. Italia. Codice della Strada, art. 187. Guida in stato di alterazione da stupefacenti.
8. Italia. Legge 26 luglio 1975, n. 354. Ordinamento penitenziario (artt. 47, 47-ter, 48).
9. Cass. Pen., Sez. I, sentenza n. 9866/23.
10. Corte Costituzionale, sentenza n. 179/20.
11. Gargani A. (2018). L’affidamento in prova come esecuzione penale esterna. *Diritto penitenziario e Costituzione*.
12. Tucci G. (2011). L’affidamento in casi particolari. *Rivista ADiR*. Univ. Firenze.
13. Provvedimento A36079622/07/253 - DISEGNO DI LEGGE: Disposizioni in materia di detenzione domiciliare per il recupero dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti.
14. Dipartimento Politiche Antidroga. VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze. Roma: PCM; 2021.
15. *Libro Bianco sulle Droghe 2025*.
16. Ministero della Giustizia - DAP (2019). *Studi su recidiva e misure alternative*. Roma: DAP.
17. Menghini A. (2022). *Carcere e Costituzione. Garanzie, principio rieducativo e tutela dei diritti dei detenuti*. Editoriale Scientifica.
18. Regione Veneto (2022). *Linee guida regionali per percorsi alternativi di trattamento tossicodipendenti*. Venezia: Regione Veneto.
19. Politiche Antidroga (2023). *Manuale operativo per UEPE e Ser.D.* Roma: PCM.
20. Corte EDU. Sentenza Torreggiani c. Italia (2013).
21. Sistema Penale (2024). Misure alternative e tempi di esecuzione. *Rivista Sistema Penale*.
22. Antigone (2012). Senza dignità Nono rapporto sulla condizione detentiva in Italia. *Antigone*, 1.
23. Rassegna Penitenziaria e Criminologica (2021). *Speciale tossicodipendenze*. Roma: Ministero Giustizia.
24. Cass. Pen., Sez. I, sentenza n. 43586/04-Fravezzi.
25. Cass. Pen., Sez. I, sentenza n. 20104/20.
26. Leonardi F. (2009). Tossicodipendenza e alternative alla detenzione: il rischio di recidiva tra gli affidati in prova al servizio sociale. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 1.
27. Santoro E., Tucci R. (2006). L’incidenza dell’affidamento sulla recidiva: prime indicazioni e problemi per una ricerca sistematica. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 1.
28. Pelizza L. et al. (2021). The Parma integrated model for intervention on pathological addictions in an Italian prison: process description and preliminary findings. *Acta Biomed*, Jul 1, 92(3): e2021223.
29. Criminal reactions to drug-using offenders: A systematic review of the effect of treatment and/or punishment on reduction of drug use and/or criminal recidivism_ *Psychiatry*, 16 February 2023 Sec. Forensic Psychiatry Volume 14, 2023.
30. Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS per la corretta e omogenea applicazione dell’articolo 94 del DPR 309/90; 19 gennaio 2018. Palazzo Giustiniani, Roma.