

Capitolo 2. Trattamenti in carcere

A cura del Ministero della Giustizia, del Dipartimento Politiche Antidroga ed Esperti individuali

2.1 Salute dei detenuti

La presa in carico della tossicodipendenza in carcere è stata la prima area di intervento sanitario trasferita alle Regioni. Infatti, fin dall'inizio degli anni '90 il T.U. 309/90 aveva affidato ai servizi sanitari territoriali esterni – Sert - l'assistenza e la cura dei soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione.

Successivamente, la riforma della sanità penitenziaria ha previsto il transito della tossicodipendenza alle Regioni ancor prima del trasferimento di tutte le altre funzioni di sanità penitenziaria. Pertanto, a far data dal 1.1.2000, la tossicodipendenza è transitata funzionalmente al Servizio Sanitario Nazionale in applicazione dell'art.8, c.1 del D.Lgs. 230/99.

Con l'assegnazione dei fondi alle Regioni, avvenuta in data 31 luglio 2003, si è definitivamente concluso il trasferimento della tossicodipendenza dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

Il D.P.C.M. 1.4.2008

Le strategie adottate per contrastare il fenomeno della droga e delle patologie correlate negli istituti penitenziari hanno trovato nuovo impulso a seguito dell'emanazione del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1.4.2008, che ha definitivamente trasferito alle Regioni la competenza in materia di assistenza sanitaria alle persone detenute.

In particolare, con le “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” allegate al DPCM 1.4.2008, si individuano percorsi di prevenzione e cura e modelli organizzativi per la ristrutturazione dei servizi esistenti al fine di adeguare le prestazioni in ambito penitenziario ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza adottati per la popolazione italiana.

In particolare, al punto 5 delle Linee di indirizzo “Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche” si ribadisce che “l'assistenza ai tossicodipendenti è assicurata dal Ser.T. interno agli istituti in collaborazione della USL del territorio e con la rete dei servizi sanitarie sociali impegnati nella lotta alla droga”.

Il riordino della sanità penitenziaria ha comportato per il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria l'impegno a collaborare secondo il principio di leale collaborazione con le Regioni e le ASL per la tutela della salute delle persone provvisoriamente private della libertà personale.

Le azioni

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria continua a contribuire, accanto ai SERT, all'azione volta a contenere il fenomeno della tossicodipendenza perseguendo i seguenti obiettivi:

- favorire la presa in carico delle persone detenute da parte dei Ser.T attraverso interventi di coinvolgimento delle ASL;
- rafforzare l'approccio multidisciplinare e pluriprofessionale alle problematiche presentate in carcere dalla persona detenuta tossicodipendente;
- realizzare legami più stretti tra carcere e territorio per favorire il reinserimento nel tessuto produttivo locale del detenuto tossicodipendente e prevenire così il reiterarsi di comportamenti antisociali dipendenti dall'assenza di opportunità;
- aumentare le occasioni di informazioni sull'argomento tossicodipendenza sia per la popolazione detenuta che per il personale penitenziario;
- incrementare le iniziative formative direttamente e in collaborazione con Università, Enti e Associazioni;
- dare ampia diffusione alle buone prassi in tema di prevenzione e di cura delle patologie correlate alla tossicodipendenza;
- sviluppare azioni sinergiche di contrasto al fenomeno delle dipendenze patologiche con altri Dicasteri, Regioni Stati Esteri e agenzie internazionali;
- implementare il sistema di raccolta dati informatico sul fenomeno della tossicodipendenza in carcere nella sua molteplicità di forme e di sviluppo.

Nell'ottica degli interventi operativi a favore della salute delle persone tossicodipendenti all'interno degli Istituti Penitenziari, l'Amministrazione agisce da partnership del Servizio Sanitario Nazionale, ponendosi come protagonista nello scenario delle istituzioni impegnate nella lotta alla droga. Non può non ricordarsi che dal 2003 al 2007 è stato realizzato il progetto "DAP Prima" in alcune realtà metropolitane (Milano, Roma, Catania e Reggio Calabria), che agevolava, nell'immediatezza dell'arresto in flagranza, le procedure di affidamento in prova al servizio sociale ovvero alle strutture private autorizzate ai sensi dell'art. 116 del medesimo D.P.R.. In particolare, era stata prevista la presenza di operatori del SER.T presso i Tribunali, così che nell'immediatezza dell'arresto potessero verificare i presupposti concreti per consentire al giudice della convalida dell'arresto l'immediata applicazione" dei benefici.

Altro progetto a cui attualmente partecipa l'Amministrazione come partner è il Progetto "La salute non conosce confini". Approvato dai Dicasteri della Giustizia e della Sanità, il lavoro è stato sviluppato congiuntamente alla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), la Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, il Network Persone Sieropositive (NPS) che ha svolto tra il 2011 e il 2012 campagne di informazione sulla prevenzione delle patologie trasmissibili in 19 Istituti penitenziari. Il progetto ha consentito di acquisire dati aggiornati sull'impatto delle malattie virali croniche e della tubercolosi nella popolazione detenuta in generale e sulla componente tossicodipendente in particolare. Allo stato, è in corso la terza edizione di tale iniziativa.

Il tavolo di consultazione permanente

In data 22 gennaio 2015 è stato approvato dalla Conferenza Unificata un Accordo volto a proporre alle Regioni modelli di riferimento per l'organizzazione della rete sanitaria nazionale e regionale per l'assistenza sanitaria delle persone detenute.

Gli aspetti più generali dell'assistenza (nuovo ingresso-presa in carico, protocolli operativi tra presidi medici e Ser.T. e D.S.M., attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza) sono affrontati secondo metodologie operative standard e condivise ai vari livelli. Nel documento è raccomandata l'attenzione ai detenuti tossicodipendenti

In particolare, è previsto l'impegno delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dei Provveditorati Regionali dell'Amministrazione penitenziaria, a garantire ai detenuti tossicodipendenti e alcol dipendenti che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate:

Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90):

Custodie attenuate: sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti e possono occupare un intero istituto ("I.C.A.T.T.": Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti) o una o più sezioni ("Se.A.T.T.": Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti) all'interno di istituti penitenziari di grandi dimensioni. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M., svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma. E' auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione. L'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Presidio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate, dotato di precisi criteri di accesso, esclusione, permanenza e che favorisca anche l'avviamento alle misure alternative. La medicina di base, la medicina specialistica, la guardia medica ed il coordinamento tecnico-funzionale degli interventi sono garantiti dal Presidio sanitario dell'istituto. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale ("C.A.S.A."): è rappresentato da aree di osservazione clinica in istituto dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata al carcere. Tali aree sono di dimensioni proporzionali al turnover di detenuti alcol-tossicodipendenti ed anch'esse devono risentire di una gestione simile alla tipologia precedente ed anche in questo caso l'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Presidio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate. Le "C.A.S.A." sono dotate di un numero di stanze di detenzione dedicate, ma incrementabili, qualora le esigenze lo richiedano.

Popolazione detenuta

La popolazione detenuta ha subito nell'ultimo decennio un aumento considerevole (28% dal 2000 fino al 2010) con conseguente peggioramento del sovraffollamento, in quanto la disponibilità di posti non è aumentata nella stessa misura. Grazie ai dati desunti dal Sistema informativo Siap/Afis è stato possibile monitorare l'andamento del numero di detenuti e valutare gli effetti dei provvedimenti approvati allo scopo di contenere il fenomeno del sovraffollamento. Tali dati hanno mostrato che dal 2011 le misure adottate hanno contribuito a far diminuire la popolazione detenuta, riportando il rapporto con i posti regolamentari nella norma (108 detenuti ogni 100 posti regolamentari al 31 dicembre 2014).

I provvedimenti per la riduzione del sovraffollamento sono stati accompagnati nel 2014 dalle modifiche relative al DPR n. 309/90, riguardanti in particolare l'articolo 73. Con la sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale, che ha comportato l'illegittimità costituzionale delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, sono state riportate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/90, con la distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe pesanti e droghe leggere e la diversificazione delle pene previste dall'articolo 73. Nell'ipotesi della lieve entità del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I detenuti condannati ai sensi dell'articolo 73 del DPR n. 309/90 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della scarcerazione se imputati.

Pur non essendo propriamente un provvedimento "svuotacarcere", la sentenza della Corte costituzionale ha avuto un impatto sulla popolazione detenuta: alla fine dell'anno 2014 la percentuale di detenuti presenti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 è arrivata al 34%, il valore più basso riscontrato dal 2000.

2.1.1 Sovraffollamento carcerario

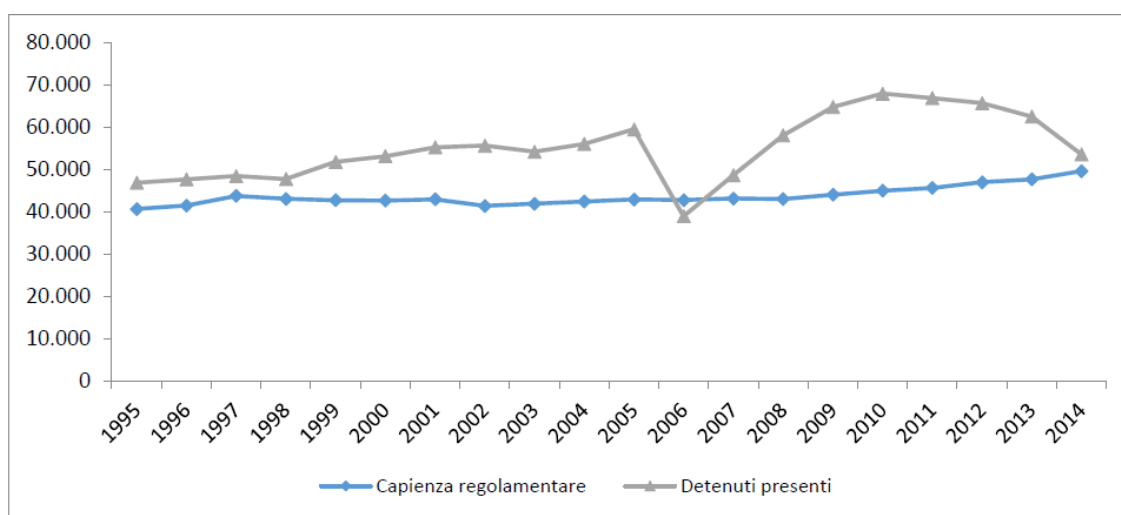
Nella Figura 5757 vengono riportati i dati sui detenuti presenti alla fine di ciascun anno e sugli ingressi dalla libertà nel periodo. Dall'esame dei dati risultano evidenti gli effetti del provvedimento di indulto, approvato nel 2006 a causa dell'accrescimento del tasso di sovraffollamento (pari a 139 detenuti ogni 100 posti regolamentari al 31 dicembre 2005).

Figura 57: Prospetto dei detenuti presenti a fine anno ed entrati dalla libertà distinti per posizione giuridica. Anni 2000-2014

ANNI	Detenuti presenti a fine anno				Entrati dalla libertà nel corso dell'anno			
	A disposizione dell'autorità	Condannati	Sottoposti a misure di sicurezza	Totale	A disposizione dell'autorità	Condannati	Sottoposti a misure di sicurezza	Totale
2000	24.295	27.414	1.456	53.165	73.607	7.668	122	81.397
2001	23.302	30.658	1.315	55.275	67.238	11.100	311	78.649
2002	21.682	32.854	1.134	55.670	71.635	9.210	340	81.185
2003	20.225	32.865	1.147	54.237	71.532	9.902	356	81.790
2004	20.036	35.033	999	56.068	70.728	11.272	275	82.275
2005	21.662	36.676	1.185	59.523	75.615	13.983	289	89.887
2006	22.145	15.468	1.392	39.005	79.047	11.367	300	90.714
2007	28.188	19.029	1.476	48.693	86.063	3.975	403	90.441
2008	29.901	26.587	1.639	58.127	85.784	6.479	537	92.800
2009	29.809	33.145	1.837	64.791	79.283	8.281	502	88.066
2010	28.782	37.432	1.747	67.961	74.609	9.612	420	84.641
2011	27.325	38.023	1.549	66.897	68.006	8.580	396	76.982
2012	25.777	38.656	1.268	65.701	53.828	8.832	360	63.020
2013	22.877	38.471	1.188	62.536	50.519	8.481	390	59.390
2014	18.518	34.033	1.072	53.623	42.099	7.687	431	50.217

Il grafico seguente (Figura 5858) mostra come il calo del numero di detenuti avvenuto nel 2006 abbia riportato il tasso di sovraffollamento al di sotto del valore 100, ma successivamente la popolazione detenuta è di nuovo aumentata, e il tasso ha raggiunto nel 2010 il valore di 151 detenuti ogni 100 posti regolamentari.

Figura 58: Capienza istituti e detenuti presenti a fine anno - Anni 1995-2014.



Dal 2010 sono stati approvati diversi provvedimenti cosiddetti “svuotacarcere” e alla fine del 2014 il numero di detenuti presenti è diminuito del 21% rispetto al valore assunto in tale anno. Le misure hanno riguardato il contenimento delle detenzioni brevi, l’introduzione dell’esecuzione della pena presso il domicilio e della liberazione anticipata speciale, la possibilità di ottenere un risarcimento per condizioni di detenzione degradanti e modiche alla procedura di applicazione della custodia cautelare in carcere.

Inoltre è in atto un processo di trasformazione degli Ospedali psichiatrici giudiziari (strutture giudiziarie) in Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (strutture sanitarie), che ha determinato un calo del 39% nel numero di sottoposti a misure di sicurezza dal 2010 al 2014.

I detenuti stranieri, attualmente pari al 33% della popolazione detenuta, sono diminuiti del 30% dal 2010 al 2014, a causa delle modifiche della normativa sulle espulsioni e delle politiche attuate di concerto con gli altri Paesi europei ed extraeuropei per l’esecuzione della pena nel paese di origine.

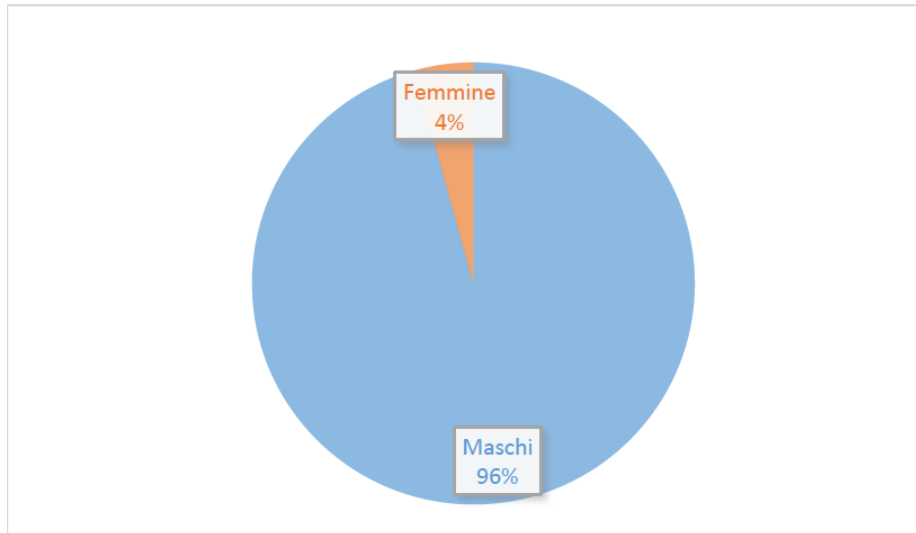
2.1.2 Composizione della popolazione detenuta

Il 63% dei detenuti presenti negli Istituti penitenziari italiani ha subito una condanna definitiva, mentre i condannati in primo e secondo grado rappresentano il 17% del totale dei detenuti e i soggetti in attesa di primo giudizio il 18%; i sottoposti a misura di sicurezza costituiscono solo il 2%. Al 31 dicembre 2014 il 22% dei condannati presenti negli Istituti penitenziari deve scontare complessivamente una pena inferiore a tre anni, il 21% da tre a cinque anni, il 29% da cinque a dieci anni; solo il 28% ha una pena superiore a dieci anni. La pena residua è nel 23% dei casi inferiore ad un anno, nel 50% tra due e cinque anni, nel 27% superiore a cinque anni.

L’età mediana della popolazione detenuta è compresa nella classe da 35 a 39 anni: per gli stranieri si

colloca nella fascia da 30 a 34 anni, mentre per gli italiani è compresa tra 40 e 44 anni. La popolazione detenuta al 31 dicembre 2014 è per lo più composta da uomini (96%) e le donne costituiscono solo il 4% (Figura 5959).

Figura 59: Detenuti presenti al 31/12/2014, distinti per sesso.



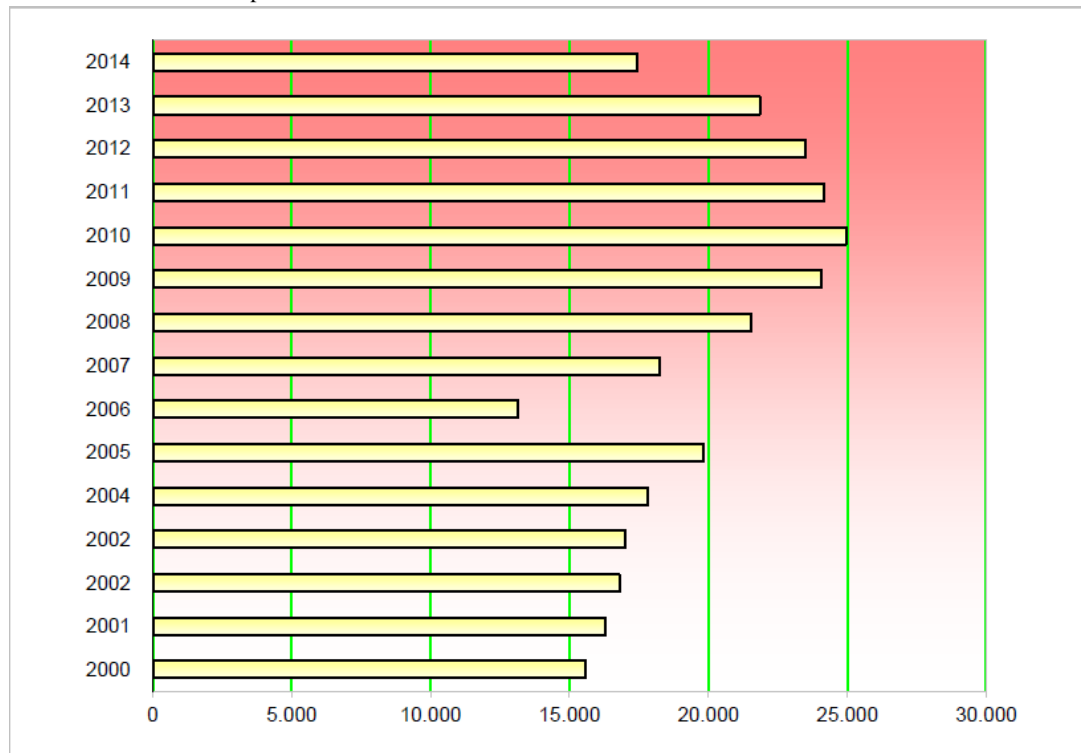
2.1.3 I detenuti stranieri

Il 33% dei detenuti presenti al 31 dicembre 2014 è di nazionalità straniera: si tratta di detenuti provenienti dai Paesi del Nord Africa e dell'Europa dell'Est. Provengono dall'Africa il 45% dei detenuti stranieri, dall'Europa il 42%. I principali Paesi per numero di detenuti presenti sono il Marocco, la Romania, l'Albania e la Tunisia, ai quali corrisponde complessivamente il 58% del totale.

I detenuti stranieri fin dai primi anni del 2000 sono in costante aumento, ad eccezione del periodo post indulto (Figura 6060): si registra una diminuzione a partire dal 2011, ma solo nel 2014 risulta più marcata (con un calo del 20% rispetto all'anno precedente). Gli ingressi dalla libertà di detenuti stranieri hanno subito nell'arco di pochi anni una riduzione del 48%, passando dal massimo valore della serie (43.860), osservato nel 2007, al valore relativo al 2014 (22.747). Nel 2014 gli ingressi di detenuti stranieri sono diminuiti del 12% rispetto all'anno precedente.

L'aumento dei detenuti stranieri negli anni successivi al 2000 potrebbe essere imputato in parte alla introduzione delle norme sulla violazione dell'ordine di espulsione (in particolare l'articolo 14 del TU n. 286/98, introdotto dalla Legge n. 189 del 2002) per la quale era prevista la reclusione. L'articolo citato è stato modificato nel 2011, sostituendo la reclusione con la multa.

Figura 60: Detenuti stranieri presenti a fine anno – Anni 2000 - 2014



2.1.4 Il fenomeno della tossicodipendenza in carcere

Per rilevare i dati sulla salute dei detenuti è necessario innanzitutto stabilire di chi sia la titolarità dell'indagine. Occorre trovare un equilibrio tra le esigenze di tutela della salute e della riservatezza delle informazioni ad essa relative e le disposizioni sulla esecuzione della pena. Inoltre nessuno dei due ambiti relativi alla salute dei detenuti può prescindere da informazioni derivanti dall'altro: ad esempio è limitativo rilevare esclusivamente dati sanitari, senza acquisire informazioni di tipo giuridico.

Il problema della titolarità dell'indagine sul fenomeno della tossicodipendenza è sorto successivamente al passaggio della sanità penitenziaria al Sistema sanitario regionale e non è stato ancora risolto. Attualmente, in attesa dell'adeguamento previsto dalla normativa e dalla Conferenza Stato-Regioni, la rilevazione dei dati in forma aggregata presso i singoli Istituti penitenziari continua ad essere condotta dal Dap. E' previsto che venga sostituita dal monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati di pertinenza del Sis, Sistema informativo sanitario, indagine non ancora a regime.

La rilevazione del Dap è stata istituita allo scopo di monitorare gli effetti del DPR n. 309/90, ed ha subito una profonda trasformazione dopo il 2008 (anno in cui è avvenuto il transito della sanità penitenziaria). Fino al 2008 venivano rilevate, oltre al numero di tossicodipendenti, informazioni sulle sostanze assunte, sull'eventuale trattamento metadonico, sull'infezione da HIV, sugli screening e le misure adottate, sull'alcooldipendenza. Successivamente, in previsione di una sostituzione con il monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati, la richiesta di informazioni è stata ridimensionata, limitando l'indagine al numero di detenuti tossicodipendenti, distinti per sesso e nazionalità (presenza a fine periodo e nuovi giunti nel periodo). In questo modo, pur non rilevando dati di tipo strettamente sanitario, è stato possibile per l'Amministrazione penitenziaria, incaricata

della custodia e del trattamento dei detenuti, conoscere l'ammontare del fenomeno, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

In origine la rilevazione curata dal Dap consentiva di stabilire la relazione esistente tra stato di tossicodipendenza e violazione della normativa sugli stupefacenti. Con il transito della sanità penitenziaria al Sistema sanitario regionale di fatto non è stato più possibile analizzare il fenomeno nella sua interezza. Basterebbe in realtà acquisire nel Sistema informatico Siap-Afis lo stato di tossicodipendenza: in tal modo si potrebbero estrarre, per ogni singolo detenuto con problemi droga-correlati, le informazioni demografiche, giudiziarie e trattamentali che il sistema contiene. Prima del 2008 ci sono state numerose iniziative del Dap per la gestione informatica dei dati sanitari, che prevedevano la compilazione di cartelle cliniche informatizzate e di schede tossicologiche, con informazioni molto dettagliate sul singolo individuo. Successivamente tali progetti sono stati abbandonati, essendo la competenza sui dati sanitari in ambito penitenziario di fatto transitata al SSR. La percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti in carcere è pari al 22% (al 31 dicembre 2014):

per la precisione si tratta dei detenuti con problemi droga-correlati, da non confondere con i detenuti con una diagnosi di dipendenza, il cui ammontare risulta inferiore. Gli ingressi di tossicodipendenti rappresentano il 23% del totale degli ingressi nell'anno 2014. Il numero di detenuti con problemi droga-correlati presenti è attualmente pari a 13.205, mentre gli ingressi nell'anno sono pari a 13.810. Il numero di tossicodipendenti presenti è in calo dall'anno 2010, rispetto al quale è diminuito del 19%; ancora più cospicua risulta la diminuzione, per gli stessi anni considerati, del numero di entrati dalla libertà tossicodipendenti (-42%). In Appendice vengono riportati i risultati dell'ultima indagine svolta, relativa al secondo semestre 2014. La rilevazione presenta una buona copertura, in quanto solo due Istituti penitenziari, rispetto ai 202 complessivi, non ha partecipato all'indagine.

2.1.5 Effetti delle nuove norme sugli stupefacenti sul numero dei detenuti

Nella Figura 61 viene riportato l'andamento dei detenuti presenti con ascritti reati di cui agli articoli 73 e 74 del DPR n. 309/90, rispettivamente produzione, spaccio e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti e associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti. Dalla serie riportata si evince che il totale dei detenuti con ascritti i reati suddetti, comprensivo anche dei casi di contestazione contemporanea delle due fattispecie, risulta in aumento a partire dall'anno iniziale (il 2006) fino al 2010, per poi diminuire fino a raggiungere l'attuale quota (18.844). Nel 2014 si assiste al calo più evidente: il numero complessivo di detenuti con ascritti i reati di cui agli articoli 73 e 74 risulta inferiore del 22% rispetto al valore relativo all'anno precedente: per quanto riguarda

invece i soli condannati definitivi la diminuzione è di poco inferiore, pari al 19%. In aumento, a partire dall'anno 2008 risulta invece la quota di condannati sul totale, attualmente pari al 68%.

Figura 61: Prospetto dei detenuti presenti al 31/12/2014 con reati di cui agli articoli 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2006-2014

DATA DI RIFERIMENTO	Articoli violati del DPR 309/90						TOTALE	DI CUI condannati
	73		74		73 e 74			
	totale	di cui condannati	totale	di cui condannati	totale	di cui condannati		
31/12/2006	10.312	3.519	536	284	4.285	2.168	15.133	5.971
31/12/2007	14.117	4.618	537	274	4.101	2.183	18.755	7.075
31/12/2008	18.197	7.590	588	290	4.529	2.532	23.314	10.412
31/12/2009	20.948	10.552	697	309	5.103	2.827	26.748	13.688
31/12/2010	21.633	12.370	739	350	5.661	3.184	28.033	15.904
31/12/2011	21.094	12.642	742	393	5.465	3.240	27.301	16.275
31/12/2012	19.893	12.452	761	415	5.375	3.374	26.029	16.241
31/12/2013	17.953	11.838	810	463	5.393	3.573	24.156	15.874
31/12/2014	12.717	8.840	849	472	5.278	3.488	18.844	12.800

Tale diminuzione è conseguenza della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della sentenza della Corte costituzionale n. 32/2014, che ha ripristinato per l'articolo 73 la normativa vigente prima delle modifiche apportate nel 2006. E' tornata in vigore la distinzione tra droghe leggere e pesanti, con un diverso trattamento sanzionatorio, più mite per le prime (da 2 a 6 anni) e più pesante per le seconde (da 6 a 20 anni) mentre la versione dichiarata incostituzionale prevedeva una pena da 8 a 20 anni per entrambe. Analizzando i soli detenuti con ascritto tale articolo la diminuzione nel 2014 risulta pari al 29% e per i definitivi pari al 25%. Nel caso dell'articolo 73 la quota dei condannati risulta costantemente inferiore rispetto alla quota calcolata per i detenuti con ascritti l'articolo 73 e/o 74 fino al 2009, ma successivamente diventa superiore.

Il numero di detenuti con ascritto l'articolo 74 del DPR 309/90 è in costante crescita, sia per quanto riguarda il totale che i soli condannati: tuttavia tale ammontare rappresenta solo il 5% dei detenuti presenti complessivamente per le violazioni della normativa sugli stupefacenti. Il 67% dei detenuti ristretti per reati di cui al DPR 309/90 ha violato l'articolo 73, mentre il 28% ha violato sia l'articolo 73 che il 74.

Sono stranieri il 37% dei detenuti presenti con ascritto l'articolo 73, quota superiore di circa 4 punti percentuali rispetto alla corrispondente calcolata sul totale della popolazione detenuta (33%). Si osservano percentuali di stranieri molto più elevate (anche prossime al 50%) negli anni precedenti.

Il numero di entrati per articolo 73, pari a 13.972 nell'anno 2014, risulta diminuito dal 2010 al 2014 del 46%. In appendice viene riportata la serie storica dal 1992 dei detenuti presenti tossicodipendenti e ristretti per articolo 73; inoltre viene riportata la serie dei nuovi giunti in carcere dal 2005 (tossicodipendenti ed entrati per articolo 73).

2.1.6 La presa in carico clinica della persona detenuta

Il carcere viene usualmente definito come una comunità confinata attribuendo a questa denominazione quella di "ambiente chiaramente delimitato nella sua caratteristica topografica e funzionale e caratterizzato dalla presenza pressoché costante di un certo numero di persone che vivono il loro tempo a stretto contatto. Altri esempi sono i conventi, gli ospedali, le caserme, i collegi, ecc. Per tali motivi, soprattutto quando esistono delle forti regole di gestione del quotidiano che possono limitare le libertà personali dell'individuo, si crea una dinamica del tutto peculiare che condiziona fortemente anche i suoi sottosistemi organizzativi. Tali condizioni costringono ad

implementare sistemi organizzativi peculiari che possono essere anche molto diversi da quelli che si realizzano in altri contesti o sul territorio. La corposa normativa in tema di carcere e di sanità penitenziaria ha recentemente posto l'accento sulla necessità di organizzare i servizi sanitari tenendo in debito conto la specifica complessità ambientale. Questi modelli organizzativi risultano di entità superiore ai propri singoli componenti e la loro valutazione prevede un numero maggiore di parametri per descriverla (S. Libianchi, et al.: *"The penitential structure in Italy"* In: R. Muscat and members of the Pompidou group treatment platform: *"Treatment within the criminal system. Notes on regulations Treatment system overview"*. Council of Europe Ed. April 2009). Tali parametri sono spesso diversi da quelli utilizzati nella sanità del territorio e realizzano - qualora ben utilizzati - la condizione di esigibilità delle prestazioni sanitarie che è l'elemento fondante e valoriale nel processo di aiuto.

Una adeguata considerazione della complessità e della peculiarità del sistema sanitario in carcere può evitare il crearsi di quelle condizioni favorevoli la disomogeneità dei percorsi clinici, la mancata integrazione delle cure e di diversi curanti che possono favorire l'errore clinico (risk management). Come ben previsto nell'Accordo del 22 gennaio 2015 sopra citato, i modelli operativi in carcere prevedono l'individuazione delle strutture a cui attribuire la responsabilità clinica ed organizzativa dei diversi momenti clinici. Questa è stata individuata nelle Unità Operative di Medicina Penitenziaria di ogni singolo istituto con l'indicazione di un 'case manager' (CM) incaricato di coordinare i diversi interventi sanitari in corso di detenzione e di codificare una efficace presa in carico. Questa modalità di governance clinico-organizzativa garantisce che il processo assistenziale soddisfi un bisogno di salute complesso. D'altra parte è doveroso pensare alla persona tossicodipendente, usualmente portatore di molti stati patologici, non quale somma di patologie o mera fonte di dati da assemblare, piuttosto quale persona a favore della quale è necessario 'governare' gli interventi necessari, specie se di più branche specialistiche. In tal senso appare irrinunciabile una impostazione 'olistica' della medicina penitenziaria, laddove le proprietà di un sistema complesso (il paziente) non sono determinate dalla mera somma delle sue componenti (stati patologici), bensì è lo stesso sistema complesso che determina il comportamento delle singole parti ("...l'intero è maggiore della somma delle sue parti..."; Aristotele, *Metafisica*). Nella rappresentazione riduzionistica prevale invece lo studio del 'sistema-uomo' scomposto in parti (le diverse malattie, i diversi servizi sanitari che operano in carcere indipendentemente uno dall'altro e senza una governance clinica unitaria). Il CM in carcere è attore di quel processo di collaborazione che accerta, pianifica, effettua, coordina, monitora, controlla e valuta le opzioni ed i servizi richiesti per soddisfare i bisogni di salute e di cura dei detenuti a lui affidati, favorendo la compliance, mediando i necessari interventi degli altri Servizi di cura aziendali ed ospedalieri. Il CM è un membro dell'équipe di cura adeguatamente preparato ed il suo successo deriva dalla capacità di integrazione nella rete dei Servizi, dall'utilizzazione di strumenti di programmazione e dallo scambio di informazioni sul paziente che riesce ad assumere (*Case Management Society of America Annual report 2014*).

La funzione di CM appare ideale per affrontare la clinica del tossicodipendente in carcere, assicurando all'utente un sostegno professionale multisettoriale con una valutazione complessiva e quotidiana (medicina di base, medicina delle urgenze, altre specialità, rapporti con l'équipe trattamentale, ecc.) del caso oltre che dei singoli problemi. Il principale beneficio atteso è rappresentato da una maggiore possibilità di modificare tempestivamente il progetto in base all'evoluzione delle azioni, anche concordate con la persona detenuta (Paladino M., et al.: *"Case management nella realtà socio-sanitaria italiana, Ed. Franco Angeli, 2000*). Il CM, che può essere anche il responsabile dell'Unità Operativa di medicina penitenziaria, assume la responsabilità clinica dell'intero percorso di presa in carico che non sarebbe possibile se questa fosse diffusa tra più servizi esterni al carcere.

Questi concetti sono ben espressi nel citato accordo del 22 gennaio 2015, anche laddove viene sancita la necessità di una rete nazionale di presa in carico della persona detenuta, con modelli e procedure omogenee, intraregionali ed interregionali. Quindi i progetti terapeutici che seguono ad ogni singola presa in carico dovranno prevedere una valutazione multidimensionale ed una loro configurazione altamente personalizzata e finalizzata a tutelare la dignità della intera persona.

Sebbene sia ancora ampia la discussione sul valore ed il significato del lessema complesso "presa in carico", con tale locuzione si designa l'insieme e l'iter delle azioni diagnostiche e terapeutiche ritenute necessarie al singolo soggetto nel suo complesso, talora anche con riferimento al nucleo familiare. La presa in carico deve garantire l'avvio di un processo individuale di valutazione dei bisogni e permette al cittadino detenuto di individuare, anche formalmente, un soggetto organizzato (l'équipe, il servizio) ed un soggetto relazionale (il medico tutor, l'infermiere di processo, l'assistente sociale di collegamento con il territorio e la rete dei servizi esterni, ecc.) quali garanti dei percorsi e della condivisione delle scelte di cura. Tale garanzia deve essere estesa specie quando la persona detenuta deve essere assistita da diverse Unità Operative o quando c'è un'ospedalizzazione od è prevista una permanenza in una comunità terapeutica esterna, presso una 'casa-famiglia', un 'gruppo- appartamento' od altre strutture simili. Infatti, di fronte a tali realtà caratterizzate da molteplicità di servizi specializzati, difficoltà di coordinamento tra i diversi servizi, si può determinare disorientamento per scarsità di informazioni od incongruenza di informazioni. A tale proposito, appare incongruo e potenzialmente dannoso svincolare gli interventi specialistici del DSM, del Ser.T., del servizio disabili adulti o degli altri servizi aziendali, da un coordinamento generale, anche se è prevedibile il riscontro di una certa resistenza al cambiamento da parte delle organizzazioni sanitarie.

La continuità assistenziale

In sanità, una efficace presa in carico assicura la continuità assistenziale. In carcere, fino al DPCM dell'1 aprile 2008, ci si è trovati di fronte ad una particolare presa in carico 'intra moenia' che prevedeva che ogni competenza assistenziale terminasse al momento stesso dell'uscita dal carcere, per qualsiasi motivo (fine pena, misure alternative, ecc.). La reimmissione nel tessuto sociale ed urbano del detenuto consumatore di sostanze stupefacenti non veniva considerata quale fattore determinante per la sopravvivenza stessa della persona. Negli ultimi decenni, molte ricerche scientifiche hanno invece dimostrato che un rilevante numero di *overdoses* fatali avvenivano proprio all'uscita di strutture confinate, quali le carceri e le comunità terapeutiche. Anche la recidiva delle azioni criminali era considerevolmente ridotta grazie a programmi di trattamento in carcere a condizione che questi fossero seguiti da un 'accompagnamento' sul territorio, verso i servizi sanitari per le dipendenze o di psichiatria. Continuità assistenziale e terapeutica devono essere garantite anche in occasione dei non rari trasferimenti da un istituto penitenziario all'altro per motivi di diverso ordine (giustizia, avvicinamento familiare, ecc.)

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è espressa in tal senso osservando come la continuità delle cure rappresenti uno degli indicatori più sensibili di funzionamento di un Servizio Sanitario, perché coniuga il concetto di responsabilità di presa in carico ai diversi livelli interni al carcere e della rete territoriale. La comunità terapeutica rappresenta un elemento critico dell'assistenza e delle complessità organizzative che si incontrano nei piani terapeutici delle persone dedite al consumo delle sostanze stupefacenti che devono essere curati per un lungo periodo (*World Health Organization-Regional Office for Europe, Continuity of care in changing Health Care Systems, Report on a WHO Working Group, Cittadella-Italy 11-14 december 1991. EUR/HFA target 28- British Columbia - Ministry of Health; "Primary and community care in BC: a strategic policy framework cross sector policy discussion paper 2015"; Pankow J., et al.:*

"Optimizing continuity-of-care opportunities to reduce health risks: shared qualitative perspectives from CJDATS 2 research", *Addiction Science & Clinical Practice* 2015, 10 (Suppl 1):A46.).

I percorsi intrapenitenziari

L'arresto di una persona che consuma sostanze stupefacenti è un evento molto frequente e può riguardare qualsiasi soggetto indipendentemente dall'età, dallo stato sociale o dal sesso. Tra l'arresto effettuato dalle forze di Polizia e l'entrata concreta in carcere possono passare anche molte ore con evidenti conseguenze sullo stato di astinenza. Dopo l'entrata in carcere, il primo intervento viene attuato dai medici di guardia medica di servizio in carcere, in attesa che in tempi successivi sia attivata la procedura di somministrazione di farmaci sostitutivi usualmente da parte del locale Servizio per le Dipendenze, secondo modalità e procedure che subiscono variazioni locali anche rilevanti. Pur se mancano dati completi, in alcuni istituti risultano allestite stanze di detenzione in numero e capienza variabili, dedicate al trattamento della sindrome da astinenza (fase I o fase acuta). In questa fase dove si provvede all'intake del paziente e ad una prima valutazione clinica e programmatica. La successiva fase II o postacuta è quella che segue i sintomi astinenziali ed ha una durata variabile (30-60gg) in cui il paziente è ancora molto fragile, specie se alla prima carcerazione e deve essere protetto da eventuali intenti autolesionistici, purtroppo frequenti. La fase III, o fase di stato, è caratterizzata da una certa instabilità emotiva e di adattamento all'ambiente e usualmente si mantiene fino all'uscita alla struttura. In questa fase si dovrebbe concludere il percorso diagnostico con la produzione - laddove possibile - di una certificazione medico-legale di alcol/tossicodipendenza utile ai fini dell'applicazione delle misure alternative (fase IV o terapeutica avanzata). In ogni caso la durata della condanna da espiare in concreto si associa ad un obbligo trattamentale (penitenziario) e terapeutico-clinico nei riguardi dei programmi da svolgere durante questo tempo. In passato, purtroppo, si è constatato il frequente atteggiamento attendista da parte del paziente, ma anche del personale sanitario che di fronte ad una pena molto lunga spostavano attenzioni e risorse verso altri pazienti che sarebbero usciti in tempi più brevi. Non sarà mai abbastanza utile ribadire che il tempo trascorso in carcere non dovrebbe essere considerato un tempo di attesa, bensì un tempo prezioso da utilizzare per ricostruire percorsi, abilità, sobrietà, nella cornice di un piano terapeutico a lungo termine.

Dal punto di vista cronologico ed organizzativo, dopo l'entrata in carcere si possono distinguere diverse fasi:

1. Identificazione e contatto con la persona. Case Manager
2. Analisi della domanda e delle risorse
3. Definizione degli obiettivi e predisposizione del progetto preliminare
4. Implementazione del piano individualizzato di sostegno
5. Collegamento coordinato fra i servizi coinvolti
6. Controllo e monitoraggio delle prestazioni
7. Rapporti operativi con il Tribunale di Sorveglianza e con la direzione penitenziaria, stabili e strutturati.

Carcere, tossicodipendenza ed impatto sociale

La definizione di "impatto sociale" non è agevole in quanto risulta essere un concetto ancora in evoluzione, sebbene ci sia un sufficiente accordo per definirlo quale "l'effetto positivo e negativo, primario e secondario, sviluppato da un intervento nella comunità diretto o indiretto, volontariamente od involontariamente, in termini di conoscenza, abilità, condizioni di vita,

benessere o valori sociali". I risultati prodotti devono essere resi in termini misurabili (Social Impact Assessment). L'impatto può essere economico, ambientale, socio-sanitario. Si crea, 'valore sociale' (Social Return of Impact) quando le risorse, gli inputs o le policies, sono ricomposte per creare miglioramenti nelle vite degli individui e delle comunità. Quindi le variabili di impatto sociale sono: il cambiamento della vita delle persone e la relazione tra l'intervento ed il cambiamento raggiunto (G. Fiorentini, F. Calò: "Impresa sociale e innovazione sociale"; F. Angeli ed., 2013). Naturalmente per le persone dedite all'uso di stupefacenti l'evento più importante risiede nella sospensione dal loro consumo.

Un interessante strumento finanziario creato sul mercato della Borsa Sociale utilizzabile nel settore penitenziario è rappresentato dai 'Social Impact Bond' conosciuti anche come 'Pay for Success Bond' (titoli di debito) dove si prevede che l'Amministrazione Pubblica accrediterà al progetto una parte dei rendimenti collegati al risparmio della spesa sociale ricavati dalla progettazione/attività espressa in uno specifico contesto sociale.

Per ciò che attiene al settore della giustizia, nel 2010, il ministro della giustizia del governo britannico, Jack Straw ha annunciato l'emissione di un Social Impact Bond (SIB) della durata di sei anni che vedrà un intervento sperimentale di riabilitazione intensivo sia in prigione, che in comunità, di circa 3,000 detenuti del carcere di Peterborough. Gli investitori riceveranno una remunerazione solo se il tasso di recidiva si ridurrà di almeno il 7,5% sull'intero gruppo considerato e sarà proporzionale all'impatto sociale prodotto.

Nel caso del carcere italiano, considerando che il costo medio giornaliero del mantenimento e delle spese derivanti da ogni singolo detenuto ha variato negli anni 2001-2013 tra 116,67€ e 190,21€ una progettazione sociale basata sul reinserimento sociale delle persone detenute potrebbe rappresentare un nuovo approccio gestionale. Potrebbero essere usati nuovi modelli di partenariato pubblico/privato (Ministero della Giustizia, fornitore di servizio-terzo settore, valutatore indipendente, intermediario finanziario, investitori sociali) con indubbi ed interessanti ricadute sulla finanza pubblica.

Ad un decremento delle recidive tossicomani corrispondono minori recidive giudiziarie e penitenziarie. I Tribunali e le forze di Polizia potrebbero così recuperare risorse e tempi. Le ricadute sul terzo settore indurrebbero remunerazione.

La valutazione dell'impatto socio-sanitario deve prevedere un attento monitoraggio per valutarne la reale entità e per questo è necessario individuare precisi macroindicatori di esito anche suddivisi per regione, per struttura penitenziaria, per tipologia di intervento effettuato, stato di salute, ecc.

Alcune indicazioni operative

Gli elementi esposti sinora rendono conto come nella gestione della persona dedita al consumo delle sostanze stupefacenti in carcere, sia chiaramente verificata la necessità di dover disporre di sistemi organizzativi locali, regionali e nazionali evoluti che superando alcune resistenze al cambiamento, prevedano l'individuazione e l'attuazione di alcuni strumenti operativi critici e non procrastinabili, come quelli previsti dall'Accordo del 22 gennaio 2015, ed inoltre

<i>attori</i>	<i>provvedimenti</i>
Enti istituzionali	Immediato recepimento degli accordi sottoscritti in Conferenza Unificata e delle normative correlate (es. art. 7 del PDCM 1/4/2008)
	Definizione ed aggiornamento di Livelli Assistenziali Essenziali (LEA) specifici per le persone detenute (odontoiatria, farmaci,
Professionisti	presa in carico precoce con la stesura di un piano assistenziale

	personalizzato,
	Incrementare le interazioni tra servizi sanitari, istituto penitenziario, tribunale di Sorveglianza
	Implementare procedure standardizzate specie per la raccolta dei dati clinici (cartella sanitaria unica e informatizzata, scheda unica di terapia, modulistica specifica, ecc.)
	Formazione congiunta e bidirezionale (sanità-giustizia)
	Utilizzare metodologie diagnostiche ed organizzative univoche, ripetibili, omogenee
	Programmare azioni di riduzione del danno

2.1.7 Elaborazioni su dati regionali: rilevazione adulti tossicodipendenti in carcere

Il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, fino al 2009 di competenza del Ministero di Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, è transitato alle Regioni e alle Province Autonome secondo l'accordo in Conferenza Unificata siglato in data 18 maggio 2011. Queste sono tenute a raccogliere, per il tramite delle Unità operative dei Sert.T. presenti in carcere, dati sui detenuti tossico e alcol dipendenti attraverso la compilazione di apposite schede. Per gli adulti la rilevazione ha cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre) e descrive la situazione istantanea a quella data, mentre per i minori si rileva il dato complessivo annuale. L'obiettivo della rilevazione è quello di consentire la raccolta di dati e informazioni che consentano di rappresentare meglio la situazione dei detenuti tossico e alcol dipendenti e di identificare la quota di soggetti che possono accedere e accedono alla pena alternativa attraverso l'art. 94 del D.P.R. 309/90.

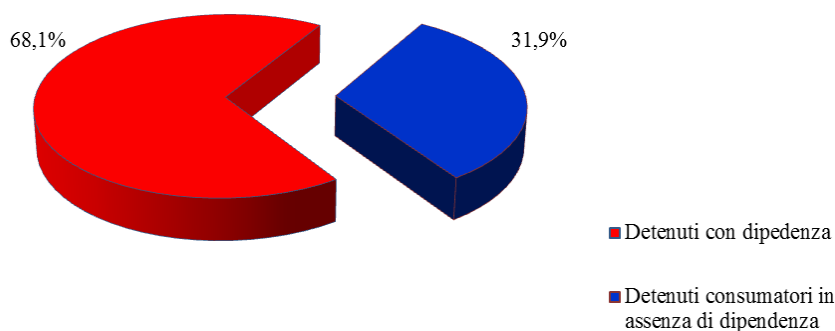
Nel 2014 la percentuale delle Regioni e PP. AA. rispondenti è pari al 95% (20 su 21), vengono rilevati i soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere per i quali vi è una dipendenza da sostanze definita su base clinica diagnostica (ICD-IX CM) e quelli per i quali la dipendenza è solo anamnestica o auto dichiarata (mero consumo). I dati sono stati raccolti al 31 dicembre 2014 la quota dei soggetti con problemi droga correlati si attesta ad un valore pari a 10.584, la regione con più alta percentuale di soggetti detenuti con diagnosi di dipendenza è la Lombardia (17,9%) , seguita dalla Sicilia (11,3% circa).

Tabella 47: Detenuti con problemi droga correlati, dati trasmessi dalle Regioni. 31 Dicembre 2014

Regione	Detenuti con dipendenza	Detenuti consumatori in assenza di dipendenza	Totale	Detenuti a cui è stato eseguito il drug test all'ingresso
Abruzzo	244	49	293	136
Basilicata	105	62	167	0
Campania	1089	975	2.064	1.412
Calabria	348	30	378	80
Emilia Romagna	1.103	585	1.688	413
Friuli Venezia Giulia	218	15	233	73
Lazio	640	955	1.595	544
Lombardia	1.892	287	2.179	348
Marche	171	51	222	74
Molise	119	8	127	34
PA Bolzano	21	3	24	9
PA Trento	38	24	62	62
Piemonte	841	258	1.099	161
Puglia	879	673	1.552	952
Sardegna	309	96	405	153
Sicilia	1.194	282	1.476	676
Toscana	630	332	962	526
Umbria	191	47	238	96
Valle D'Aosta	26	0	26	23
Veneto	526	236	762	414
Totale	10.584	4.968	15.552	6.186

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

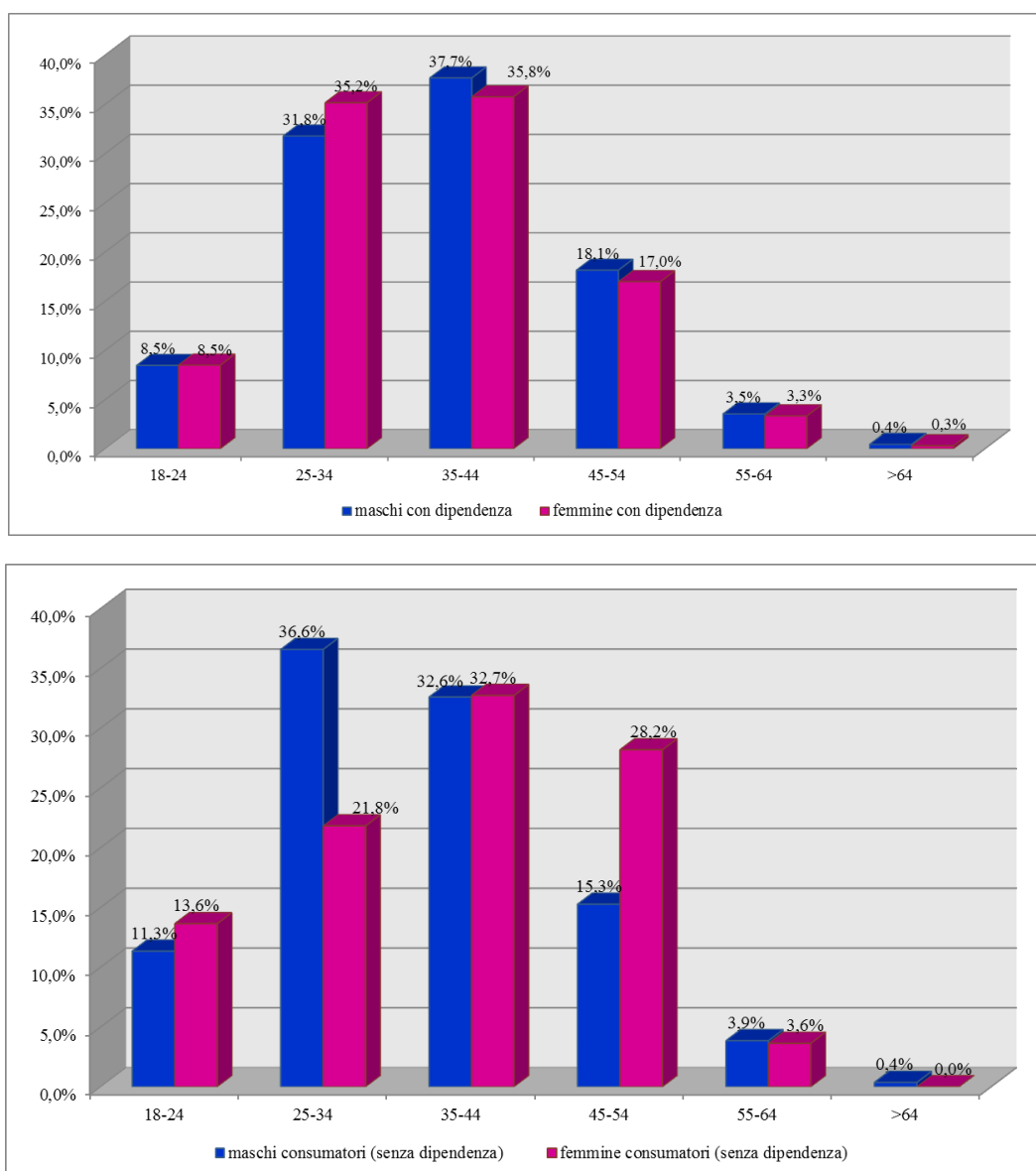
Figura 62: Distribuzione percentuale dei soggetti con dipendenza e in assenza di dipendenza. Dato puntuale al 31 Dicembre 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Come si evince dalla Figura sopra, la maggior parte dei soggetti detenuti (70% circa) presenta diagnosi di dipendenza; la percentuale di soggetti a cui è stato eseguito il drug test all'ingresso è molto bassa ed è pari al 39,7% circa (6.186 soggetti sul totale di 15.552). E' da specificare però che questo dato è di difficile reperimento per i Ser.T. competenti, vi è pertanto una "giustificazione" ad una tale percentuale. Inoltre, la maggior parte dei soggetti detenuti con problemi droga-correlati è di genere maschile (93,8% circa), si riporta di seguito la distribuzione dei soggetti, divisi tra coloro che hanno dipendenza e coloro che risultano essere consumatori, secondo il genere e la fascia di età.

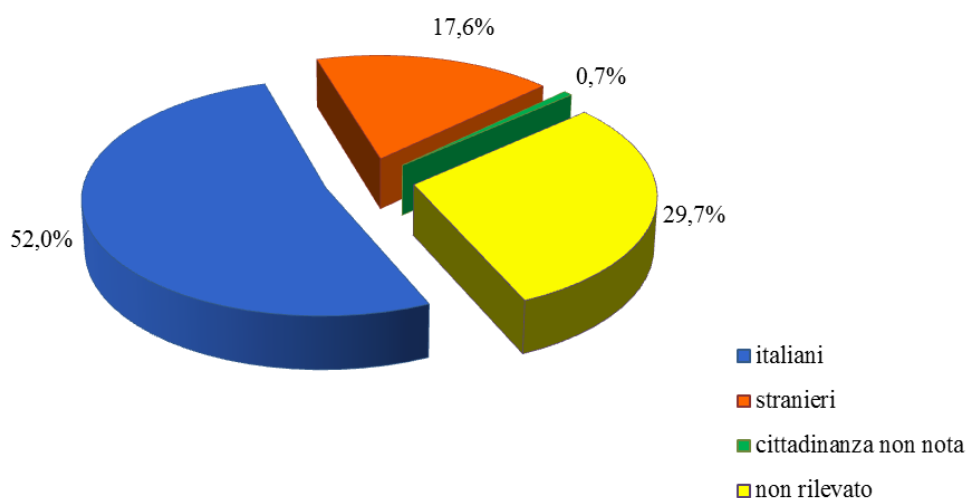
Figura 63: Soggetti con problemi droga correlati per tipologia, genere e classi di età. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Dall'analisi delle caratteristiche demografiche, tra coloro che hanno diagnosi di dipendenza, risulta che le classi di età che presentano una più alta percentuale sia per i maschi sia per le femmine sono "35-44" e "25-34". Per quanto riguarda i maschi consumatori (senza dipendenza), anche in questo caso spiccano le fasce "25-34" e "35-44", mentre per le femmine che non hanno dipendenza oltre la fascia "35-44", le due fasce di età più importanti in termini percentuali sono "45-54" e quelle relative ai giovani adulti (dai 18 ai 35 anni).

Figura 64: Percentuale dei soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

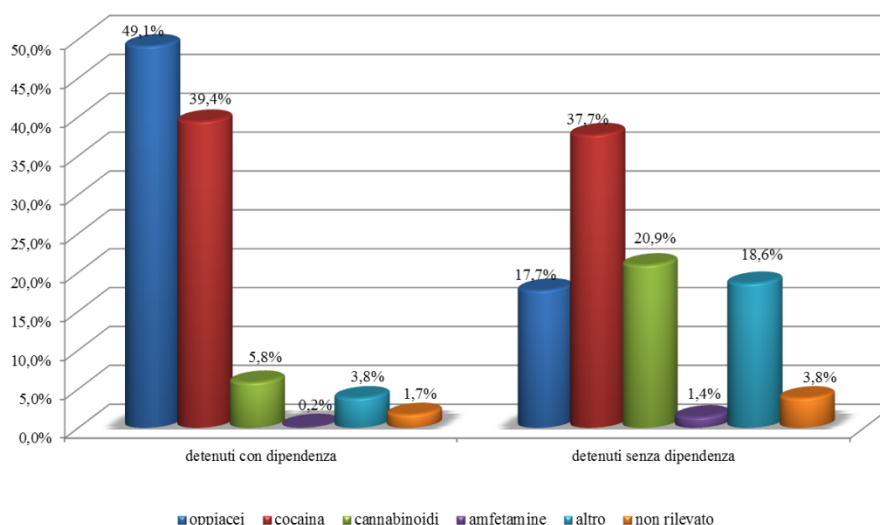
Per quanto concerne la cittadinanza, il dato non è stato rilevato per il 29,7% dei soggetti e non è noto per lo 0,7%, mentre il 52,0% ha cittadinanza italiana e il 17,6% è cittadino straniero.

Tabella 48: Detenuti con diagnosi di dipendenza e senza dipendenza per tipo di sostanza. Anno 2014

Detenuti per sostanza - N	detenuti con dipendenza	detenuti senza dipendenza
oppiacei	5.198	878
cocaina	4.171	1.872
cannabinoidi	616	1.039
amfetamine	17	68
altro	404	922
totale	10.406	4.779
non rilevato	178	189
totale complessivo	10.584	4.968

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Figura 65: Soggetti con problemi droga correlati per tipo di dipendenza e sostanza primaria utilizzata. Dati percentuali. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

I detenuti con problemi droga correlati manifestano una diversa scelta di sostanze a seconda che manifestino dipendenza (diagnosi ICD –IX CM) o consumo. Per i dipendenti con diagnosi, gli oppiacei rappresentano la principale sostanza di uso (49,1%) seguita dalla cocaina (39,4%). Mentre tra i consumatori non dipendenti, risulta essere la cocaina la principale sostanza con una percentuale pari al 37,7%, la parte restante si distribuisce per il 20,9% tra i cannabinoidi, seguiti in misura minore da altre sostanze (18,6% circa) e dagli oppiacei (17,7%).

Inoltre, tra i detenuti con dipendenza, il 44,6% (4.726 casi su 10.584) presentava poliabuso di sostanze all'ingresso in carcere.

Tabella 49: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a test per HIV, HCV, HBV. Anno 2014

Test	Soggetti sottoposti a test	Soggetti risultati positivi	% positivi
HIV	4.226	197	4,66
HCV	4.443	1.556	35,02
HBV	4.180	575	13,76
totale	12.849	2.328	18,12

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Il numero dei soggetti detenuti sottoposti ai test per le malattie infettive trasmissibili sia sessualmente che con condivisione di aghi sono 12.894 (82,4% del totale), quelli risultati positivi nel complesso sono il 18,1%. La più alta percentuale di positività di rileva in corrispondenza dell'HCV (35,02%), seguita dall'HBV (13,76%) e infine, in misura molto minore, dall'HIV (4,66%).

Tabella 50: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a trattamento. Anno 2014

Detenuti con dipendenza secondo la tipologia di trattamento	N	%
detenuti in trattamento solo farmacologico	1.213	11,46
di cui con trattamento sostitutivo	323	-
detenuti in trattamento solo psicosociale	3.241	30,62
detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	3.646	34,45
di cui con trattamento sostitutivo	1.419	-
non rilevato	2.484	23,47
totale detenuti in trattamento	8.100	76,53
totale complessivo	10.584	100,00

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Dalla tabella riportata sopra si evince che i dati inerenti la tipologia di trattamento sono disponibili per il 76,5% dei detenuti con diagnosi di dipendenza. Il trattamento più utilizzato sembra essere quello psicosociale integrato farmacologicamente che riguarda 3.646 detenuti (34,5%), mentre per il 31% circa i detenuti vengono sottoposti a trattamento solo psicosociale.

Tabella 51: Detenuti secondo la posizione giuridica. Anno 2014

Detenuti secondo la posizione giuridica	N	%
Almeno una sentenza definitiva	6.690	43,0
In attesa di giudizio	3.040	19,5
Posizione giuridica mista	2.182	14,0
non rilevato	3.640	23,4
Totale	15.552	100,0

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Tabella 52: Dati relativi alla richiesta dell'affidamento in prova dei soggetti detenuti. Anno 2014

Art. 94 DPR 309/90	N	%
Totale detenuti tossicodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art.94 DPR 309/90)	2.040	43,7
Totale detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano i requisiti	1.803	38,6
Totale detenuti tossicodipendenti che sono usciti dal carcere in base ad una ordinanza del tribunale di sorveglianza	827	17,7
Totale complessivo	4.670	100,0

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Il dato relativo alla situazione giuridica dei detenuti con problemi droga correlati è disponibile solo per in maniera parziale, 11.912 casi della popolazione considerata (76,6% contro il 23,4% non rilevato). Il 43% ha avuto una sentenza definitiva (6.690 soggetti), il 19,5%a è in attesa di giudizio e il 14% ha una posizione giuridica mista.

Per quanto riguarda l'applicazione dell'art. 94 del DPR 309/90, questa è possibile solo per i casi in cui si ha una sentenza definitiva che nel 2014 sono pari a 6.690 detenuti tossicodipendenti. Anche in questo caso si ha un dato parziale corrispondente a 4.670 soggetti (69,8% dei 6.690). Di questi ha richiesto l'affidamento in prova il 43,7%, il 38,6% circa al momento della richiesta possedeva i requisiti ed infine il 17,7% è uscito dal carcere in base ad una ordinanza del tribunale di sorveglianza.

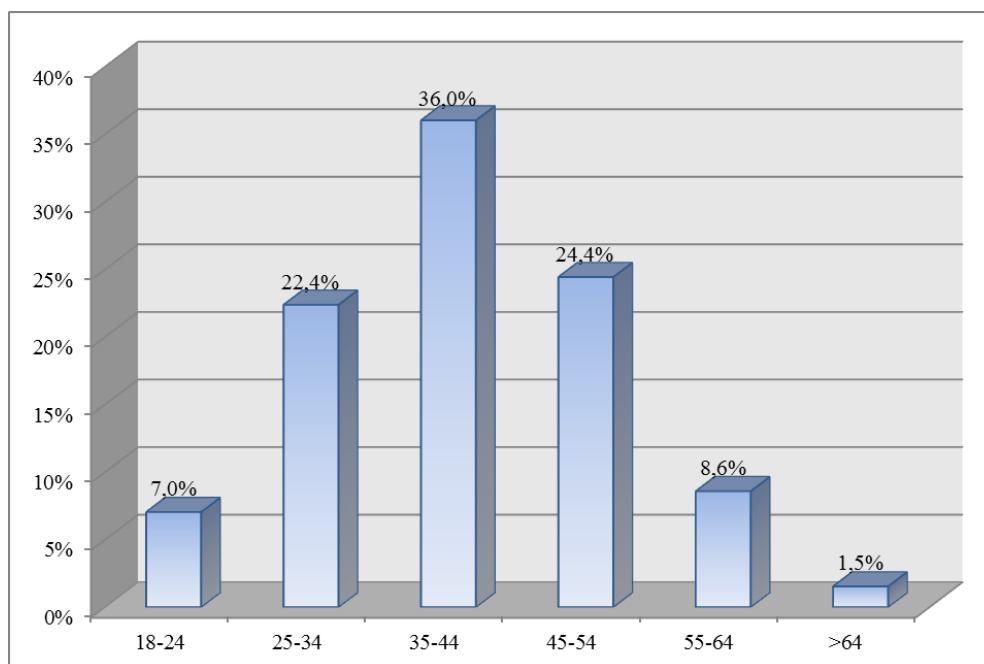
Si analizzano di seguito i dati relativi ai detenuti alcol dipendenti.

Tabella 53: Detenuti alcol dipendenti secondo genere e fascia di età. Anno 2014

Detenuti alcol dipendenti	Maschi	Femmine	Totale
18-24	93	3	96
25-34	295	10	305
35-44	469	22	491
45-54	315	18	333
55-64	114	3	117
>64	21	0	21
Totale	1.307	56	1.363
%	95,9	4,1	100,0

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Figura 66: Distribuzione percentuale dei detenuti alcol dipendenti secondo la fascia di età. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

I detenuti con problemi di alcol dipendenza ammontano a 1.363 unità, pari al 8,76% circa della popolazione carceraria oggetto della rilevazione (1.363 su 15552). Tra gli alcol dipendenti in carcere il 96% circa è di sesso maschile e i soggetti appaiono per lo più concentrati nella fascia di età 35-44 anni, che da sola ne assorbe il 36%, e nella fascia di età 45-54 anni (24,4%). Inoltre, il 22,4% circa dei soggetti alcolodipendenti presentavano anche dipendenza da sostanze stupefacenti all'ingresso in carcere.

Tabella 54: Detenuti alcol dipendenti secondo la tipologia di trattamento. Anno 2014.

Detenuti alcolodipendenti secondo la tipologia di trattamento	N	%
trattamento solo psicosociale	474	34,8
trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	542	39,8
trattamento solo farmacologico	180	13,2
non rilevato	167	12,3
Totale	1.363	100,0

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Sono 1.196, pari all'87,7% del totale, i detenuti con problemi di alcol dipendenza ad essere sottoposti a trattamento di cura da parte del Ser.T (per il 12,3% circa il dato non è stato rilevato). In particolar modo, tra coloro che ricevono trattamenti sanitari la maggior parte, pari al 40% circa

(542 soggetti), riceve un trattamento farmacologico e psicosociale. Il 34,8% riceve un trattamento solo psicosociale e il 12,3% un trattamento solo farmacologico.

Tabella 55: Detenuti alcol dipendenti secondo la tipologia di trattamento. Anno 2014.

Detenuti alcol dipendenti secondo la posizione giuridica	N	%
Almeno una sentenza definitiva	627	46,0
In attesa di giudizio	278	20,4
Posizione giuridica mista	127	9,3
non rilevato	331	24,3
Totale	1.363	100,0

Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Infine, dalla tabella riportata sopra si evince che il 46% dei soggetti detenuti alcolodipendenti ha ottenuto una sentenza definitiva, il 20,4% è in attesa di giudizio e il 9,3% ha una posizione giuridica mista. Il dato non è stato rilevato per il 24,3% degli individui oggetto di studio.

2.2 Studio sulla salute dei detenuti in carcere

Quadro giuridico di riferimento

La tutela della salute nelle carceri è stata una delle materie più controverse fin dall'istituzione dell'ordinamento penitenziario e spesso oggetto di acceso dibattito. La responsabilità della gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari interni alle strutture detentive, è stata per tanti anni fermamente incardinata nel Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria afferente al Ministero della Giustizia. Solo nel 2008, con l'entrata in vigore del DPCM 1 aprile, le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali, sono state trasferite al Sistema sanitario nazionale (SSN) apportando, così, una profonda modificazione concettuale che riconosce, al cittadino detenuto, gli stessi diritti sanitari presenti nella popolazione libera. Anche se il completo passaggio delle competenze sanitarie è avvenuto in anni molto recenti, già nel corso degli anni '90 cominciarono a svilupparsi numerose teorie sull'opportunità di trasferire le competenze sanitarie penitenziarie al SSN. Questo movimento portò all'emanazione del D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, che vide una prima separazione delle competenze tra le Aziende Sanitarie e l'amministrazione penitenziaria trasferendo, al servizio sanitario nazionale, le funzioni sanitarie riferite ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti (e agli internati) tossicodipendenti.

A indirizzare questa scelta, probabilmente, contribuì anche il crescente numero di detenuti tossicodipendenti, che ormai da molti anni affollano gli istituti penitenziari, con conseguenze sanitarie che coinvolgono non solo tutta la popolazione detenuta ma anche il personale che vi opera.

Il fenomeno della dipendenza in carcere. Indagine epidemiologica promossa dal CCM (Centro di Controllo delle Malattie) del Ministero della Salute

Il fenomeno della tossicodipendenza in carcere non è certo una caratteristica italiana. Secondo quanto pubblicato nel 2012 dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) all'interno dello speciale "Prisons and drugs in Europe: the problem and responses", la percentuale di detenuti che hanno fatto uso nella vita di sostanze illecite, in Europa varia dal 16% registrato in Romania al 79% dell'Inghilterra, Galles e Olanda. Più in generale, dei 17 Paesi Europei che hanno comunicato il dato relativo al consumo di sostanze fra i detenuti, 9 (Portogallo, Italia, Ungheria, Finlandia, Belgio, Lettonia, Inghilterra, Galles e Olanda) registrano un livello di consumo superiore al 50%.

In linea con questi dati appaiono i risultati ottenuti attraverso lo studio multicentrico svolto recentemente in Italia. Il Ministero della salute, nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ha finanziato la prima indagine epidemiologica sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e dell'Azienda sanitaria di Salerno. Questo studio, che ha visto la Regione Toscana come capofila e l'Agenzia regionale di sanità della Toscana come referente scientifico, ha avuto il preciso obiettivo di fornire un quadro dettagliato dei bisogni di salute di 15.751 detenuti (arruolati il 3 febbraio 2014) presenti in 57 strutture (quasi il 30% del totale nazionale degli istituti) e dei trattamenti farmacologici a loro prescritti. Il progetto, inoltre, prevedeva un intervento specifico di prevenzione del rischio suicidario in un campione di detenuti delle 6 regioni coinvolte.

Trattandosi di una popolazione numericamente molto ampia e non avendo a disposizione dati clinici già informatizzati, per lo svolgimento dello studio è stata elaborata una scheda clinica informatizzata utilizzando strumenti *open source* che hanno reso possibile rilevare informazioni di carattere socio-demografico e sanitario rispettando le norme sulla privacy attraverso il processo di cifratura (anonimizzazione) dei dati sensibili. La parte clinica è stata rilevata dal personale sanitario attraverso la consultazione delle cartelle cliniche dei detenuti, codificando le patologie secondo la classificazione ICD-9-CM. La popolazione arruolata nello studio (N=15.751) è composta per il 94,5% da detenuti di genere maschile (N=14.835) e il 5,5% da genere femminile. Si tratta di una popolazione costituita per il 53,7% da detenuti di nazionalità italiana mentre fra gli stranieri i Paesi più rappresentati sono l'Est Europa (20,1%) e l'Africa del Nord (15,5%). L'età media della popolazione detenuta è di 39,6 anni, di gran lunga inferiore a quanto registrato nella popolazione libera over18anne residente in Italia, dove la media supera i 50 anni.

Passando a descrivere lo stato di salute, una prima suddivisione può essere fatta in base alla presenza o assenza di qualsiasi tipo di patologia diagnosticata. Nel campione complessivo dello studio il 32,5% dei detenuti (N=5.120) non presenta alcuna patologia mentre il 67,5% (N=10.631) è affetto da almeno una patologia (anche non grave).

Esaminando la distribuzione delle malattie all'interno della popolazione presa in esame, la nostra indagine conferma quanto più volte affermato dall'OMS, ovvero che i detenuti risultano affetti prevalentemente da disturbi di natura psichica che, infatti, costituiscono ben il 41,3% (N=6.504) delle persone sottoposte a controllo clinico (N=15.751). A questi fanno seguito le malattie dell'apparato digerente, con il 14,5% (N=2.286), e le malattie infettive e parassitarie con l'11,5% dei detenuti che ne risulta affetto (N=1.812). Più bassa la prevalenza di patologie appartenenti al grande gruppo delle malattie del sistema circolatorio (11,4%; N=1.788 detenuti), delle malattie endocrine e del metabolismo (8,6%; N=1.348 detenuti) e delle malattie dell'apparato respiratorio (5,4%; N=854).

Già da questi primi dati si capisce che le caratteristiche sanitarie della popolazione detenuta sono estremamente differenti da quelle osservabili nel contesto generale. Sicuramente la giovane età e lo stile di vita che accomuna molti detenuti rendono queste persone maggiormente a rischio nei confronti di alcune patologie, fra cui il disturbo mentale da dipendenza da sostanze, e viceversa sono meno rappresentate le malattie croniche dell'apparato cardiocircolatorio o respiratorio, tipiche delle persone più anziane. Entrando nel dettaglio dei disturbi di salute mentale, la distribuzione delle patologie psichiatriche mette in evidenza l'elevata presenza di diagnosi attribuibili al disturbo mentale da dipendenza da sostanze (Tabella 56), un problema che affligge circa il 24% di tutta la popolazione detenuta arruolata nello studio (N=3.713). A questi fanno seguito i disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento, che coinvolgono oltre il 17% di tutti i detenuti partecipanti all'indagine (N=2.724), e i disturbi mentali alcol-correlati che, pur con percentuali minori, ricoprono un ruolo importante all'interno delle strutture detentive costituendo il 9% del totale dei disturbi psichici e affliggendo circa il 6% degli arruolati allo studio (N=882). Dal confronto fra numero di pazienti e numero di diagnosi, si evince che mediamente ogni detenuto, a cui è stato diagnosticato un disturbo da dipendenza da sostanze, è affetto da più di una patologia appartenente a questa categoria diagnostica (1,2 disturbi pro-capite).

Tabella 56: Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane – Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica – Anno 2014

Categorie diagnostiche	N° diagnosi	% sul totale delle diagnosi	N° detenuti	% sul totale arruolati (N= 15.751)
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	4.902	49,6	3.713	23,6
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	2.733	27,6	2.724	17,3
Disturbi mentali alcol-correlati	885	9,0	882	5,6
Disturbi affettivi psicotici	433	4,4	429	2,7
Disturbi di personalità e del comportamento	262	2,7	259	1,6
Disturbi depressivi non psicotici	139	1,4	139	0,9
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	113	1,1	113	0,7
Disturbi da spettro schizofrenico	94	1,0	93	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	6	0,1	6	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	5	0,1	4	0,0
Altro	314	3,2	314	2,0
Totale	9.886	100,0	-	-
Detenuti con disturbi psichici	-	-	6.504	41,3

La caratterizzazione socio-demografica dei detenuti tossicodipendenti li vede più giovani rispetto al resto della popolazione detenuta con un'età media di 37,3 anni rispetto ai 39,6 registrati nell'intera coorte arruolata. In linea con i dati riguardanti la popolazione generale, i disturbi mentali da

dipendenza da sostanze diminuiscono notevolmente con il progressivo invecchiamento della popolazione reclusa, passando dal 53% osservato fra i detenuti di età compresa fra i 18 e i 29 anni al 29% registrato fra gli ultra 60enni; andamento che non si verifica per i disturbi mentali alcol-correlati, i cui valori si mantengono costanti in tutte le fasce di età.

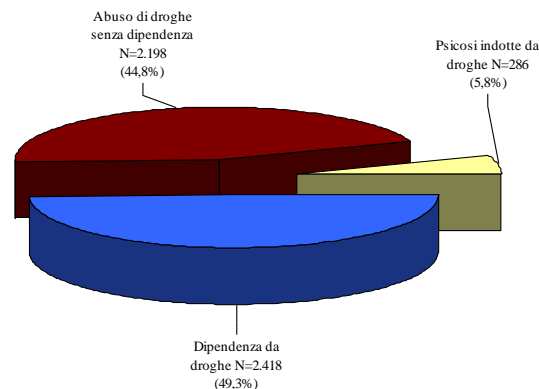
Come per l'intera popolazione detenuta, il gruppo etnico più rappresentato è quello italiano che, in questo caso, raggiunge il 58,6% seguito dal 23,4% dei nord africani e il 9,7% di est europei (Tabella 57). Se però andiamo ad analizzare la prevalenza del disturbo da dipendenza da sostanze all'interno di ogni singolo gruppo etnico, il quadro cambia radicalmente con un numero maggiore di pazienti affetti da questa patologia fra i nord africani (37%) rispetto agli italiani (26,8%) e gli est europei (11,9%).

Tabella 57: Caratteristiche socio-demografiche (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane affetta da almeno un disturbo da dipendenza da sostanze – Anno 2014

Caratteristiche socio-demografiche	% sul totale dei detenuti tossicodipendenti (N=3.713)
Genere	
Uomini	96,3
Donne	3,4
Transgender	0,2
Cittadinanza	
Italia	58,6
Africa del Nord	23,4
Europa dell'Est	9,7
Altri Paesi	8,3
Fascia_d'età	
18-29	22,0
30-39	38,1
40-49	29,3
50-59	8,9
60 e +	1,7
Età media	37,3 anni

Analizzando nel dettaglio la categoria diagnostica dei disturbi mentali da dipendenza da sostanze, possiamo far riferimento a 3 ulteriori stati patologici, ovvero: l'abuso di droghe senza dipendenza, la dipendenza da droghe e le psicosi indotte da droghe. Come possiamo notare (Figura 67), la dipendenza da droghe risulta la diagnosi prevalente all'interno del campione con quasi la metà dei casi riscontrati, seguita a breve distanza (circa il 45% sul totale) dall'abuso di droghe senza dipendenza, mentre le psicosi indotte da droghe risultano nettamente inferiori, con meno del 6% delle diagnosi.

Figura 67: Distribuzione (N e %) dei 3 stati patologici legati al disturbo mentale da dipendenza da sostanze nei detenuti in alcune regioni italiane – Anno 2014



Per quanto riguarda la tipologia di sostanza utilizzata, considerando congiuntamente i casi di abuso e di dipendenza da droghe, la cocaina rappresenta il fenomeno più frequente con il 23,5% dei casi, seguito dalla dipendenza da oppioidi (16,6% sul totale). Questi dati mostrano come la cocaina costituisca ormai da diversi anni, almeno in Italia, la droga maggiormente ricercata ed utilizzata, avendo soppiantato, anche in una popolazione più problematica come quella detenuta, la sostanza stupefacente che in passato era più frequentemente associata ad un certo disagio sociale, ovvero l'eroina. Inoltre, si può osservare che, mentre per la cocaina si parla più spesso di abuso (la dipendenza si registra nel 15% dei casi), per l'eroina la problematica maggiore è rappresentata dalla dipendenza (l'abuso si verifica nel 10% circa dei casi). La terza sostanza stupefacente maggiormente sperimentata, da parte della popolazione detenuta, è costituita dai cannabinoidi, con un abuso relativamente frequente (12,5% dei casi) soprattutto nelle fasce di età più giovani, mentre meno diffusa è la dipendenza, proprio in virtù delle proprietà farmacodinamiche di questo genere di sostanze che hanno un impatto relativamente minore sullo sviluppo di dipendenza.

Per quanto riguarda la voce "altra dipendenza da droghe", che costituisce circa il 15% del totale, abbiamo racchiuso in questa categoria la dipendenza da farmaci sedativo-ipnotici o ansiolitici (la più frequente), quella da amfetamina e altri psicostimolanti, quella da allucinogeni e da altre droghe non specificate (Tabella 58).

Tabella 58: Distribuzione (N e %) delle diagnosi di abuso e dipendenza da droghe per tipologia di sostanza stupefacente utilizzata dai detenuti in alcune regioni italiane – Anno 2014

Abuso di droghe senza dipendenza e dipendenza da droghe	N	%
Abuso di cocaina	1.086	23,5
Dipendenza da oppioidi	766	16,6
Altra dipendenza da droghe	701	15,2
Dipendenza da cocaina	696	15,1
Abuso di cannabinoidi	577	12,5
Abuso di oppioidi	492	10,7
Dipendenza da cannabinoidi	254	5,5
Altro abuso di sostanze*	44	1,0
Totale	4.616	100,0

* *Abuso di allucinogeni; abuso di barbiturici e di sedativi o ipnotici; abuso di amfetamina o di simpatico-mimetici ad azione simile; abuso di antidepressivi.*

Prendendo in rassegna le psicosi indotte da droghe, nel 57% dei casi il disturbo è l'intossicazione, con un corteo sintomatologico differente a seconda della sostanza utilizzata, mentre nel 19,6% dei casi sono stati segnalati disturbi psichici vari caratterizzati, spesso, da allucinazioni o deliri. Meno frequenti sono i disturbi dell'umore indotti da droghe (10,5%) (stati maniacali, stati depressivi o stati misti) e i disturbi del sonno (9,8%), come insonnia o ipersonnia, legati all'utilizzo di sostanze. In 9 casi è stata registrata una psicosi indotta da astinenza da droghe (3,1%).

Pur trattandosi di una popolazione molto giovane, i detenuti affetti da almeno un disturbo da dipendenza da sostanze, rappresentano una popolazione molto fragile da un punto di vista sanitario. Come primo aspetto, riteniamo importante segnalare l'alto consumo di tabacco da parte di questi pazienti che risultano forti fumatori nell'86,5% dei casi con un numero medio di 20 sigarette al giorno (rispetto al 65,7% registrato nella popolazione detenuta non tossicodipendente). L'abitudine al fumo, che raffigura una problematica che accomuna l'intero contesto detentivo, nel caso dei pazienti tossicodipendenti può rappresentare un'ulteriore fonte di rischio per l'insorgenza di patologie polmonari.

Introducendo il tema della comorbilità, vale a dire la presenza di altre malattie in presenza della diagnosi di disturbo da sostanze (N=3.713), il 74% (N=2.747) risulta affetto da un'altra condizione morbosa: in particolare, il 45,4% (N=1.685) soffre di un altro disturbo psichico e il 23,5% (N=871) ha una diagnosi di malattia infettiva (Tabella 59).

Tabella 59: Distribuzione (N e %) della comorbidità nei detenuti affetti da disturbo da dipendenza da sostanze in alcune regioni italiane – Anno 2014

Altra condizione morbosa associata al disturbo da dipendenza da sostanze	N	%
Disturbo psichico	1.685	45,4
Disturbo nevrotico/reazione di adattamento	991	26,7
Disturbo mentale alcol-correlato	511	13,8
Malattia infettiva/parassitaria	871	23,5
Epatite da virus C (HCV)	688	18,5
HIV	153	4,1
Epatite da virus B (HBV)	122	3,3
Coinfezione (HIV, HCV, HBV)	17	0,5%

La compresenza, in molti di questi pazienti, di più disturbi di natura psichica, non stupisce. Così come la presenza di policonsumatori che possono presentare disturbi mentali legati, ad esempio, all'eccessivo consumo di alcol. A questo proposito, nel dibattito sulla doppia diagnosi, emerge spesso l'immagine del tossicodipendente che pur non avendo una forma psicopatologica riconoscibile, trae vantaggio psichico dalle sostanze nel tentativo, inizialmente riuscito, di ridurre quella condizione psichica di tensione o di ansia. In questo caso il consumo di sostanze di vario genere, può essere anche letto come una sorta di autoterapia che, una volta sospesa (come avviene ad esempio in carcere) può far emergere la vera e propria patologia sottostante.

Le altre patologie legate allo stato di tossicodipendenza appartengono, sicuramente, al grande capitolo delle malattie infettive. Il forte legame della diffusione delle infezioni epatiche da virus C e B fra i tossicodipendenti risulta fortemente legato all'utilizzo della via iniettiva anche se, occorre specificare, che il rischio di contrarre questo tipo di infezioni esiste anche nell'utilizzo per via inalatoria se le droghe vengono inalate attraverso cannucce contaminate con sangue e i soggetti che le inalano presentano ferite sulle mucose nasali.

Fra i detenuti tossicodipendenti il gruppo etnico che risulta maggiormente interessato dall'infezione da HCV è quello italiano con il 25,2% degli infetti seguito dagli est europei (18,7%) e dai nord africani (6,4%). Andamento sovrapponibile lo osserviamo nell'infezione da HIV con il 5,6% dei detenuti italiani tossicodipendenti HIV positivi, il 2,9% degli est europei e l'1,4% dei nord africani.

Diverso, invece, l'andamento per l'infezione da virus B dove gran parte degli italiani, grazie all'entrata in vigore negli anni '90 della vaccinazione anti HBV, risultano immuni a questa patologia (3,7%). Bassa anche la prevalenza fra i nord africani, mentre fra gli est europei la percentuale sale al 5,5% (Tabella 60).

Questi dati risultano oltremodo allarmanti se confrontati con quelli derivanti dall'intera popolazione detenuta ma, ancora di più, se messi in relazione con quanto osservato nella popolazione libera residente in Italia dove la prevalenza raggiunge il 2,6% per l'HCV, il 2,0% per l'HBV e lo 0,006% per l'HIV.

Tabella 60: Distribuzione (N e %) dell'infezione da HCV, HBV e HIV fra i detenuti affetti da disturbo da dipendenza da sostanze in alcune regioni italiane – Anno 2014

Categorie diagnostiche	Italia (N=2.071)	Nord Africa (N=828)	Est Europa (N=343)	Totale tossicodipendenti (N=3.713)	Totale popolazione detenuta (N=15.751)
Infezione da HCV (N=688)	25,2	6,4	18,6	18,5	7,4
Infezione da HBV (N=122)	3,7	1,4	5,5	3,3	2,0
Infezione da HIV (N=153)	5,6	1,4	2,9	4,1	2,0

La diffusione di queste patologie infettive nei tre principali gruppi etnici sembra essere in controtendenza rispetto a quanto osservato riguardo alla prevalenza di pazienti tossicodipendenti presenti all'interno di ogni singola popolazione. Infatti, la più alta percentuale di detenuti affetti da un disturbo di dipendenza da sostanze è presente nella popolazione nord africana con un valore che supera di gran lunga il dato osservato fra gli italiani e gli est europei (Nord Africa: 37,1%; Italia: 26,8%; Est Europa: 11,9%). Viceversa le percentuali di infezioni da HIV ed epatiti B e C sono molto basse nei detenuti tossicodipendenti del Nord Africa. Questo dato lascia supporre la diversa modalità di assunzione utilizzata nei tre gruppi etnici con italiani ed est europei che prediligono la via iniettiva rispetto ai nord africani che, in base a quanto riportato dai clinici, fanno un maggior uso della via inalatoria. Trattandosi di una popolazione affetta da un disturbo psichico, il rischio di mettere in atto gesti auto lesivi e/o autosoppressivi risulta maggiore.

Nell'intera coorte presa in esame dalla ricerca, i gesti auto lesivi hanno interessato il 4,8% dei detenuti con una reiterazione di circa due volte nel corso dell'ultimo anno; mentre per le forme di auto soppressione il valore scende all'1% con una reiterazione media annua di 1,1 volte. Diversi i dati osservati nella sola popolazione detenuta tossicodipendente dove gli atti autolesivi raggiungono la percentuale del 9,0% mentre l'autosoppressione passa all'1,4% (la reiterazione non mostra particolari differenze) (Tabella 61).

Tabella 61: Distribuzione (N e %) dei gesti auto lesivi e autosoppressivi e le modalità di messa in atto* nel corso dell'ultimo anno di detenzione nei pazienti tossicodipendenti – Anno 2014

Modalità messa in atto	N	%
Autolesione	316	9,0
Lesioni con taglienti	294	62,6
Ingestione di corpi estranei	79	16,8
Sciopero della fame	46	9,8
Trauma auto-provocato	40	8,5

Altro	11	2,3
<i>Non rilevato</i>	9	-
Autosoppressione	48	1,4
Impiccagione	30	78,9
Avvelenamento	6	15,8
Inalazione di gas	1	2,6
Soffocamento	1	2,6
<i>Non rilevato</i>	10	-

**Ogni detenuto può aver messo in atto più modalità autolesiva o autosoppressiva*

I dati appena presentati confermano il forte disagio psichico da cui risultano affetti i pazienti tossicodipendenti i quali, privati della possibilità di “auto medicarsi”, vanno incontro a gesti che in alcuni casi possono mettere a pericolo la propria vita. La messa in atto di stili di vita non corretti, come il consumo di sostanze, l’uso di alcol, il fumo di tabacco, etc.) rendono questo gruppo di popolazione ad alto rischio sanitario.

In particolare, il nostro studio mette nuovamente in risalto l’alta prevalenza, fra i detenuti, di persone affette da disturbi di natura psichica, in particolare legati al consumo di sostanze illegali, che rendono queste strutture una sorta di grande contenitore di problematicità. Trattandosi di una popolazione mediamente giovane, la condizione generale di salute non risulta ancora compromessa, ma se pensiamo all’alto consumo di tabacco e di alcol che in molti casi è associato all’uso di altre sostanze psicotrope, possiamo presumere l’insorgenza, in queste persone, di numerose patologie croniche come le bronco pneumopatie e la cirrosi. Se a questo aggiungiamo che il 23,5% è affetto da almeno una malattia infettiva, fra cui risaltano l’infezione epatica da virus C, da virus B e da HIV, l’immagine che ci appare è quella di una popolazione che andrà incontro a gravi problemi di ordine sanitario.

2.3 Minorenni in carcere

Attività e interventi in favore dei soggetti in carico alla Giustizia Minorile che usano/abusano sostanze stupefacenti: anno 2014

Le rilevazioni statistiche sui minori e/o giovani adulti del circuito penale che assumono sostanze stupefacenti non rientrano nelle competenze del Dipartimento per la Giustizia Minorile. Come è noto, infatti, il Tavolo di Consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, istituito presso la Conferenza Unificata Stato /Regioni, ha elaborato, in data 10 maggio 2011, il documento sul monitoraggio dei detenuti portatori di dipendenza patologica integrativo dell’Accordo sancito dalla conferenza unificata nella seduta dell’ 8 luglio 2010” secondo cui le rilevazioni sui minori che assumono sostanze stupefacenti rientrano nei compiti delle Regioni e Province autonome.

Quanto sopra premesso, si ritiene doveroso offrire un contributo per la stesura della relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze.

Ai minori e ai giovani adulti del circuito penale è garantita l'assistenza da parte dei Ser.T delle Aziende Sanitarie competenti in collaborazione con i Servizi Minorili della Giustizia.

La presa in carico del minorenne sottoposto a procedimento penale può contemplare l'adozione di programmi di intervento suscettibili di trovare applicazione, nel superiore interesse del minore, anche oltre il termine dello stesso procedimento penale. Tali programmi, in particolare, prevedono:

- la formulazione di percorsi trattamentali individualizzati;
- la segnalazione al Ser.T dei nuovi utenti latori di problemi legati all'assunzione di sostanze stupefacenti e di alcool anche in presenza di diagnosi di sospetta tossicodipendenza e di eventuali patologie correlate all'uso di sostanze;
- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, attraverso una diagnosi multidisciplinare sui bisogni del minore;
- la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
- la realizzazione di iniziative di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori ASL che quelli della Giustizia.

Il modello di intervento attuato dal sistema penale minorile, in favore del minore che usa e abusa di sostanze stupefacenti, è un intervento integrato che coinvolge più istituzioni e tutte le agenzie educative del territorio e favorisce, attraverso un programma di recupero individualizzato, la rapida fuoriuscita dal circuito penale del minorenne e/o giovane adulto e il di lui reinserimento sociale.

I Servizi Minorili della Giustizia attivano il Servizio Sanitario locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici ed interventi di tipo farmacologico, la presa in carico dei soggetti che usano o abusano di sostanze stupefacenti e collaborano nelle attività legate all'esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche del minore bisognoso di cure.

Va segnalato che il collocamento in comunità terapeutica del minore è possibile solo in presenza della certificazione dello stato di tossicodipendenza. Ne consegue che la rigidità dei criteri posti per detta certificazione fa sì che il numero dei minori, per i quali sia configurabile l'elaborazione di un programma terapeutico in strutture specialistiche, sia un numero estremamente contenuto che non contempla i minori c.d. "assuntori occasionali".

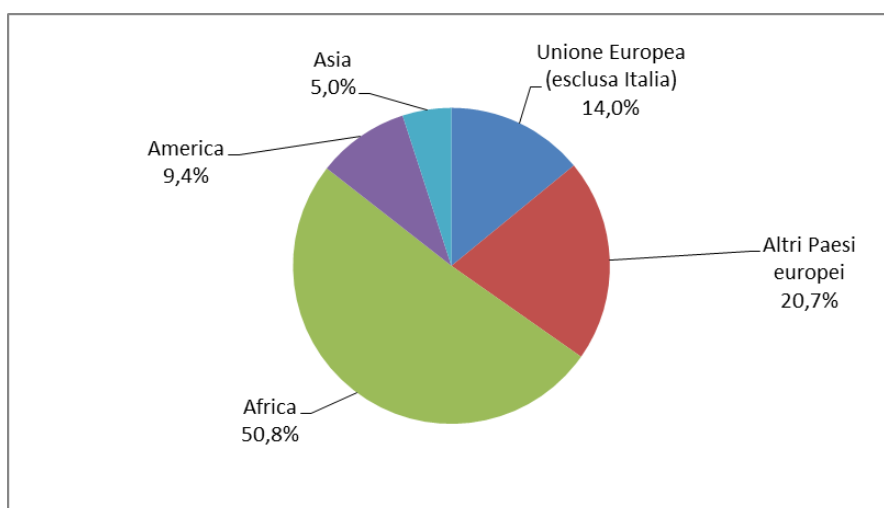
Il Dipartimento per la Giustizia Minorile dispone dei dati statistici relativi ai minori sottoposti a procedimento penale per i reati previsti dall'Art. 73 D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e presi in carico dagli Uffici di servizio sociale nell'anno 2014, così come riportati nella tabella che segue.

Tabella 62: Minori sottoposti a procedimento penale e presi in carico dagli Uffici del Servizio Sociale. Anno 2014

Periodo di presa in carico	Italiani			Stranieri			Totale		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Presi in carico nell'anno 2014	916	59	975	141	10	151	1.057	69	1.126
Già in carico all'inizio dell'anno da periodi precedenti	1.962	99	2.061	376	14	390	2.338	113	2.451
Totale	2.878	158	3.036	517	24	541	3.395	182	3.577

Come si osserva in tabella, i minori e giovani adulti presi in carico per detti reati sono 3.577, di cui 3.036 italiani e 541 stranieri dei quali circa il 50% proviene dall'Africa seguiti dai giovani provenienti dai Paesi dell'Est Europa.

Figura 68: Distribuzione percentuale dei minori stranieri secondo la provenienza.



Al fine di fornire il quadro generale sulle politiche di intervento realizzate nei diversi distretti di competenza si riportano di seguito i contributi forniti dai Centri per la Giustizia Minorile del territorio.

Centro per la Giustizia Minorile Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano

Il Centro per la Giustizia Minorile Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano ha favorito la definizione di accordi operativi per la valutazione e la presa in carico di utenti tossicodipendenti/alcolodipendenti tra gli Uffici del Servizio Sociale per i Minorenni (U.S.S.M.) di Venezia e di Trieste e i servizi sanitari competenti territorialmente.

Nell'area detentiva di Treviso l'intervento e la collaborazione con gli operatori specializzati del locale SERD si è rivolto in particolare alla prevenzione delle dipendenze attraverso interventi individualizzati.

Nel distretto d'interesse si sono registrati 26 collocamenti in comunità di minorenni con problemi di uso/abuso di sostanze stupefacenti e/ alcool di cui 5 con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

Nel distretto di Corte d'Appello di Milano è operativa un'unità centralizzata che svolge un'azione di presa in carico diretta e/o di invio dei minori sottoposti a procedimento penale ai SERT territorialmente competenti. Detta unità è strutturata come équipe multidisciplinare, psico-socio-educativa e sanitaria specialistica per le prestazioni di diagnosi e cura per minori d'area penale assuntori di sostanze stupefacenti e/o alcoliche.

Le attività del servizio sono erogate sia all'interno dell'Istituto Penale Minorile C. Beccaria sia presso una sede esterna denominata "Spazio Blu" che garantisce la prosecuzione del programma trattamentale avviato presso l'Istituto Penale per i Minorenni così come la presa in carico dei minori, non detenuti, segnalati dall'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni di Milano o dalla Autorità Giudiziaria Minorile.

Dal 2009 è attivo un intervento di diagnosi precoce sui minori in stato di fermo/arresto/accompagnamento, presso il Centro di Prima Accoglienza di Milano. Tale intervento consiste in un colloquio psicologico e/o sanitario che rileva il profilo di rischio di abuso di sostanze e l'opportunità di successivi approfondimenti diagnostici. L'erogazione di detti interventi rientra nelle competenze istituzionali della ASL.

L'attività svolta dall'équipe multidisciplinare nei singoli Servizi della Giustizia Minorile è regolamentata da appositi protocolli operativi sottoscritti nell'ambito dell'accordo quadro tra il Centro per la Giustizia Minorile e la Regione Lombardia – ASL di Milano.

Nel distretto di Corte D'Appello di Brescia si rileva un'intesa attività di collaborazione tra l'USSM e i Servizi specialistici del territorio nel settore delle dipendenze. Elemento tipicizzante del territorio bresciano è, soprattutto, la positività delle collaborazioni con gli SMI (Servizi Multidisciplinari integrati) ovvero i servizi del privato sociale accreditati con le Asl competenti. Per quanto riguarda gli inserimenti dei minori/giovani adulti con problemi di tossicodipendenza nelle comunità terapeutiche, i dati rilevati del 2014 sono: 28 collocamenti per 19 soggetti, di cui 13 ai sensi dell'art. 22 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448 e 5 ai sensi dell'art. 28 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448.

Centro per la Giustizia Minorile per il Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria

Regione Piemonte

E' previsto, per tutti i soggetti che fanno ingresso nel Centro di prima accoglienza (CPA) piemontese e nell'Istituto penitenziario minorile (IPM) di Torino, uno *screening* sulle condizioni di salute del minorenne e sull'uso di sostanze psicoattive. Viene inoltre richiesto al giovane ospite il consenso per la raccolta di un campione urinario per la ricerca dei metaboliti delle sostanze psicoattive. E' poi prevista un'attività di consulenza medica tossicologica e psicologica da parte del personale del Ser.T per tutti i soggetti che presentano problematiche di uso-abuso-dipendenza da sostanze psicotrope.

A tale riguardo si riportano i dati relativi ai risultati delle predette attività di screening:

CPA TORINO: Su 147 ingressi di minori nell'anno 2014 si sono registrati 59 esiti positivi al drug test.

IPM TORINO: Su 108 ingressi, si sono registrati 65 esiti positivi al drug test .

Per i minori del circuito penale in stato di libertà, che siano segnalati dall'USSM al Servizio dipendenze dell'ASL, è prevista, a cura di operatori specializzati, una preliminare fase di conoscenza e valutazione diagnostica sull' uso-abuso-dipendenza da sostanze psicotrope legali e illegali.

Nei confronti dei ragazzi ospiti del CPA, ristretti in IPM o in carico all'USSM, qualora l'ipotesi progettuale preveda l'inserimento in una comunità terapeutica, la ricerca della struttura di collocamento viene effettuata dal Ser.T competente, così come indicato nelle "Linee Guida per l'assistenza sanitaria dei minori e giovani adulti in collaborazione con i Servizi della Giustizia Minorile" della Regione Piemonte.

Nell'anno 2014 risultano collocati in comunità terapeutiche 8 minori di cui 2 in comunità per soggetti con doppia diagnosi.

Si segnala, quale criticità del distretto, la carenza di strutture dedicate al trattamento di minorenni consumatori/poliassuntori di sostanze anche se, al fine di ovviare a tale carenza, è stato istituito un tavolo di lavoro con la Regione Piemonte (Direzione Coesione Sociale e Sanità) per l'attivazione di nuove strutture terapeutiche per l'accoglienza di minori con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti.

Regione Liguria

Nel Centro di Prima Accoglienza di Genova, lo screening sull'uso di sostanze psicoattive dei soggetti che fanno ingresso nel servizio viene effettuato solo in situazioni di rischio. Nel 2014, su 37 ingressi, il drug test non è mai stato effettuato.

Anche per l'anno 2014 è proseguita la collaborazione con il Centro Diurno "My Space" che accoglie minori e giovani con libero accesso o segnalati dai Ser.T.

Relativamente al reperimento delle comunità terapeutiche si precisa che, in accordo con l'ASL Genovese, è il Centro per la Giustizia Minorile a reperire la comunità in cui collocare un minore in misura cautelare ai sensi dell'art. 22 DPR 22 settembre 1988, n. 448.

Nel 2014 sono stati inseriti 7 ragazzi in comunità terapeutiche.

Perdura su tutto il territorio ligure la grave carenza di strutture terapeutiche per minori e per giovani-adulti assuntori/poli-assuntori di sostanze stupefacenti o con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana e l'Umbria

Si registra una collaborazione proficua con i Ser.T nelle Regioni Toscana e Umbria attraverso specifici accordi volti al miglioramento della collaborazione per la presa in carico dei minori con problemi di abuso di sostanze. Si segnala altresì un accordo con l'Ufficio NOT della Prefettura di Firenze volto alla conoscenza dei minori segnalati amministrativamente e che potrebbero essere in carico ai servizi minorili della Giustizia.

Nell'Istituto penitenziario minorile di Firenze sono stati sottoposti a drug test 85 minori di cui 40 sono risultati positivi. In particolare, 33 soggetti sono risultati positivi alla cannabinoide e 7 alla cocaina.

Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio

Il Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio ha stipulato un accordo con l’Agenzia Capitolina sulle Tossicodipendenze – Istituzione di Roma Capitale. La citata Agenzia garantisce l’accoglienza dei minori/giovani adulti, autori di reato e a rischio di tossicodipendenza, presso strutture residenziali e semiresidenziali, con percorsi “protetti”, di orientamento, di formazione ed inserimento lavorativo.

Nell’ambito della collaborazione tra alcune ASL di Roma ed il Centro Giustizia Minorile del Lazio continua il lavoro del gruppo interistituzionale per gli inserimenti in comunità, orientato alla valutazione integrata e all’attivazione di interventi multi-professionali nelle comunità, anche a carattere preventivo.

Sono stati disposti 28 collocamenti nelle due comunità specializzate.

Nel Centro di prima accoglienza di Roma è stato richiesto l’intervento del SERT per 29 soggetti, di cui 17 italiani e 12 stranieri.

Tra i detenuti ristretti presso l’IPM di Roma sono stati accertati 18 soggetti con patologie droghe correlate, di cui 16 maschi e 2 femmine.

Centro per la Giustizia Minorile per l’Abruzzo, Marche e Molise

Nel 2014 i collocamenti in strutture terapeutiche per il trattamento della dipendenza da sostanze stupefacenti sono stati per 13 casi solo di genere maschile. Le strutture sono state individuate dai Servizi specialistici sanitari.

Nel territorio abruzzese e in quello del Molise si riscontra una sostanziale carenza di comunità terapeutiche in grado di accogliere minori tossicodipendenti. Ciò comporta la necessità di ricorrere a strutture operanti in altre Regioni.

Ulteriori difficoltà si riscontrano nei casi di doppia diagnosi che richiedono interventi altamente specializzati.

Un altro elemento di difficoltà è quello relativo alla conciliazione dei tempi di giustizia, specialmente per l’esecuzione della misura cautelare in comunità, con quelli dei Servizi sanitari.

Centro per la Giustizia Minorile per la Campania

Nei diversi Servizi Minorili della Campania sono attivi Protocolli d’Intesa che prevedono l’intervento del Ser.T per l’effettuazione degli esami tossicologici e per tutti gli interventi necessari.

Nell’ambito dell’Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria previsto dal DPCM 1.4.2008 sono stati costituiti due gruppi di lavoro che hanno elaborato le seguenti linee guida:

- “Linee guida per la presentazione delle richieste di attivazione di programmi terapeutico riabilitativi per tossicodipendenti”;
- “Linee guida per la gestione degli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento penale”.

Nell'IPM di Nisida è attivo un presidio Ser.T, per circa 7 ore alla settimana che, nel corso dell'anno 2014, ha effettuato in totale 88 interventi. Nel CPA di Napoli è attivo un Protocollo d'intesa con il Ser.T di Secondigliano anche per gli esami tossicologici.

Si sono registrati 8 collocamenti in comunità terapeutiche.

Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia

In tutti i servizi minorili del distretto pugliese si provvede sistematicamente a segnalare tutti i minori con problematiche connesse all'uso di droghe e di alcool all'Unità Operativa del Ser.D.

Centro per la Giustizia Minorile per la Calabria e la Basilicata

Nel distretto della Calabria e Basilicata si è constatato un aumento del consumo di cocaina, di cannabis e di uso degli alcolici nei fine settimana così come si è rilevato che l'inizio dell'assunzione di sostanze e soprattutto di alcool sia diventata sempre più precoce.

In merito agli interventi specifici posti in essere si segnala che nel CPA/Comunità di Reggio Calabria, è stato realizzato il progetto "Laboratorio di educazione alla salute" che ha previsto percorsi di sensibilizzazione dei ragazzi relativamente ai rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti ed all'abuso di alcool.

Per quanto riguarda il numero dei soggetti segnalati ai Ser.T dai servizi minorili della Regione si riportano a seguire i dati per ciascun servizio : il CPA/Comunità di Reggio Calabria ha segnalato un solo soggetto; l'IPM di Catanzaro ha segnalato otto soggetti, di cui due con doppia diagnosi.

Nei Servizi minorili lucani, il numero dei ragazzi assuntori di sostanze è risultato esiguo: la Comunità di Potenza ha ospitato un solo minore assuntore e 2 con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sardegna

L'USSM di Cagliari è impegnato, ormai da anni, in collaborazione con gli Enti Locali e le scuole del territorio, nelle attività di prevenzione e contrasto del fenomeno di uso/abuso di sostanze stupefacenti e alcool nella popolazione giovanile.

Nell'Istituto penitenziario minorile di Quartucciu, nel 2014, sono risultati assuntori di sostanze stupefacenti 7 minori. I collocamenti in comunità terapeutica sono stati invece 9 di cui due per doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sicilia

Negli Istituti penitenziari minorili di Palermo, Catania e Acireale sono stati effettuati 347 drug-test e sono risultati assuntori 72 soggetti, di questi sono stati presi in carico dal Sert 54 ragazzi. Per i ragazzi arrestati che hanno fatto ingresso nei Centri di prima accoglienza sono risultati assuntori di sostanze stupefacenti 54 soggetti.

I ragazzi inseriti in comunità terapeutica sono stati 6, mentre in comunità specialistiche per doppia diagnosi 3.

Per quanto riguarda la Comunità ministeriale di Caltanissetta, il Servizio ha stipulato con il locale SerT un accordo operativo che garantisce ai giovani ospiti, già nella fase di ingresso, le analisi dei metaboliti urinari e i colloqui di sostegno specialistico per quei ragazzi con problematiche legate

all'uso di sostanze stupefacenti. Nell'anno 2014 i giovani assuntori di sostanze stupefacenti sono stati 7 tutti di genere maschile mentre i ragazzi presi in carico dal Ser.T sono stati 4.

2.3.1 Elaborazione su dati regionali: rilevazione minori tossicodipendenti in carcere

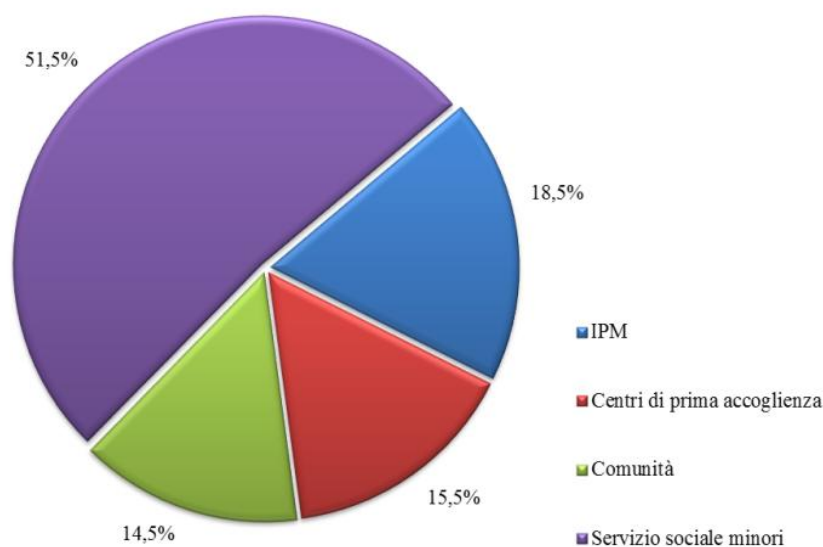
Si prendono in analisi i dati provenienti dalle Regioni relativi ai minori con problemi droga e alcol correlati che si trovano in carcere o in altre strutture di detenzione. Per ciascun soggetto si distingue la dipendenza da alcol e droga, secondo la diagnosi ICD –IX CM, dal mero consumo in assenza di diagnosi.

I dati rilevati sono parziali e di esigua numerosità, si procede a descrivere la situazione dei minori tossicodipendenti ristretti in carcere o nelle altre strutture di detenzione.

Nell'anno 2014 i minori che si trovavano in stato di detenzione e risultavano affetti da problemi droga correlati è pari a 821.

La maggior parte di essi era recluso in Servizi Sociali per Minori (51,5% circa), seguiti dagli Istituti Penitenziari Minorili (18,5%), i Centri di Prima Accoglienza (15,5% circa) e le Comunità (14,5%).

Figura 691: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2014

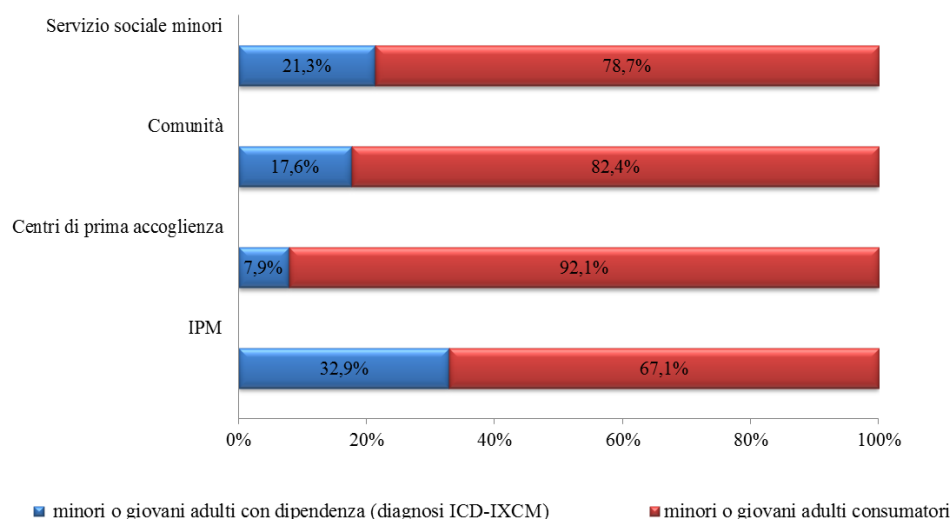


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere – Anno 2014

La percentuale dei soggetti tossicodipendenti con una diagnosi di dipendenza è pari al 20,8% del totale (171 su 821), mentre quella relativa ai soggetti dediti al mero consumo è del 79,2% (650 su 821).

Classificando i minori rispetto alla tipologia di struttura che li accoglie e allo stato di dipendenza o consumo, si nota che i tossicodipendenti secondo diagnosi ICD IX sono particolarmente presenti negli IPM (33% circa).

Figura 70: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2014

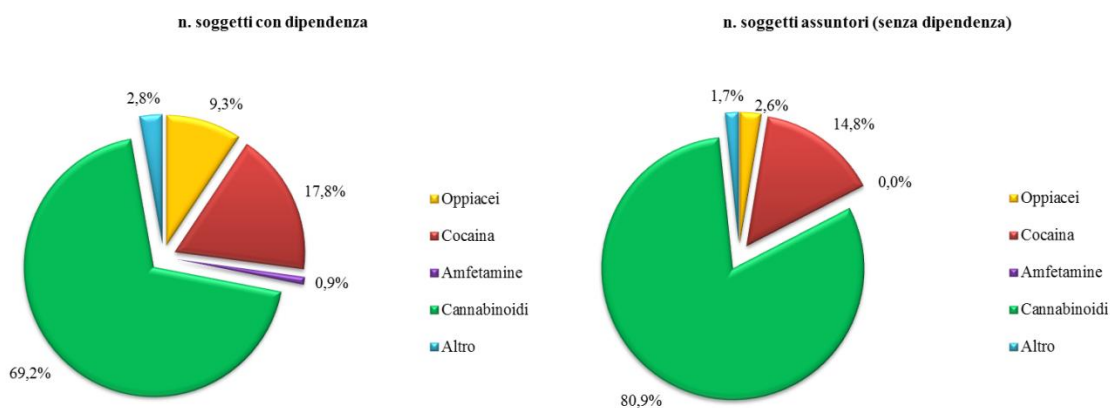


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere – Anno 2014

Quanto al tipo di sostanza consumata, le informazioni a disposizione si hanno solo per 647 soggetti (78,8% del totale) e da tali informazioni si evince che la maggior parte dei minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi, utilizza principalmente cannabinoidi e cocaina. In particolare tra i dipendenti il 69,2% abusa di cannabinoidi, il 17,8% di cocaina e il 9,3% di oppiacei mentre tra i consumatori non dipendenti l'80,9% sceglie i cannabinoidi e il 14,8% la cocaina, in misura minore (2,6%) vi è il consumo di oppiacei.

Si aggiunge che il 19,7% dei minori tossicodipendenti detenuti presentava poliabuso (162 su 821).

Figura 2: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi. Anno 2014

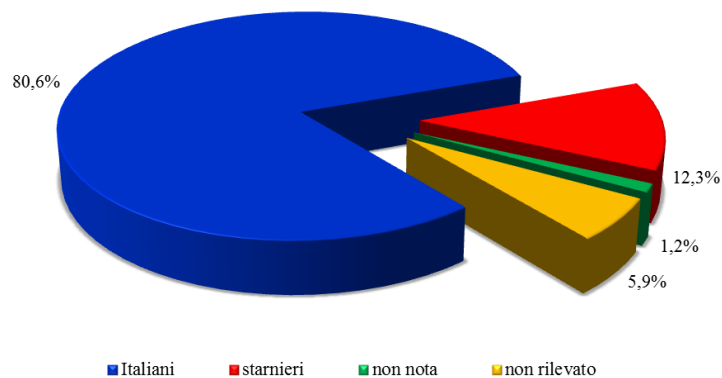


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Poiché la maggior parte dei dati oggetto di studio sono stati raccolti presso i Servizi Sociali per Minori (SSM), si effettua una analisi più approfondita della tossicodipendenza tra minori in carcere provenienti da tali istituti.

Negli SSM nel 2014 risultano entrati 423 minori tossicodipendenti, per l'81% di cittadinanza italiana e per il 12,3% stranieri.

Figura 72: Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi per cittadinanza. Anno 2014



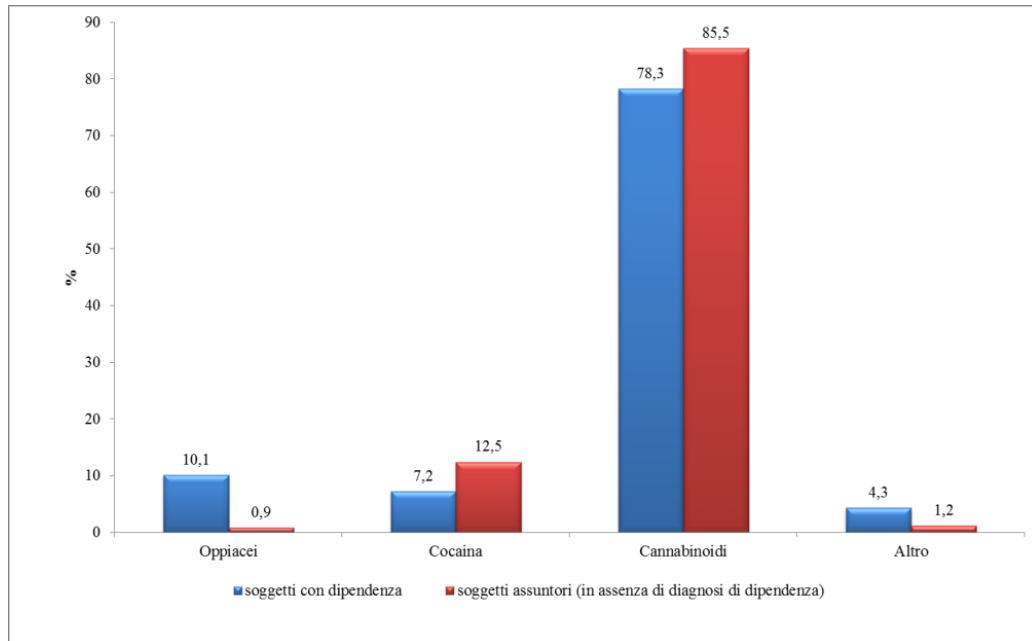
Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Si tratta di minori di sesso maschile (sono solo 16 le ragazze tossicodipendenti in SSM) e con età intorno ai 17 anni (34% circa).

L'80% dei minori tossicodipendenti carcerato nei Servizi Sociali per Minori è consumatore mentre per il restante 20% vi è una diagnosi di dipendenza.

Le informazioni sul tipo di sostanza consumata si hanno per la gran parte dei soggetti (96% circa). Sia per il gruppo di minori con diagnosi di dipendenza che per quello di assuntori, la sostanza principalmente utilizzata è la cannabis (78,3% e 85,5%, rispettivamente).

Figura 73: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi detenuti in SSM. Anno 2014



Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere – Anno 2014

Si rileva, infine, che l'11% circa dei minori tossicodipendenti detenuto abusa contemporaneamente di più sostanze.

APPENDICE

Prospetti riepilogativi nazionali dell'indagine sui detenuti tossicodipendenti a cura del Dap

Il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 dispone, con il trasferimento delle funzioni sanitarie dal Ministero della Giustizia alle Regioni, il passaggio della titolarità dei dati sanitari, attribuiti con questa norma al SSR. Tuttavia è previsto che l'Amministrazione Penitenziaria possa accedere ai dati sensibili sanitari relativi ai detenuti e agli internati per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali (accordo del 20 Novembre 2008, punto e) della parte relativa agli strumenti di collaborazione interistituzionale, collegamento tra le funzioni riguardanti la salute e le funzioni di sicurezza e trattamento).

Nonostante risulti evidente la necessità per l'Amministrazione Penitenziaria di conoscere il numero di detenuti tossicodipendenti e la loro distribuzione sul territorio, ai fini dell'attività di custodia e trattamento degli stessi, si riscontra tuttora una mancanza di collaborazione da parte di alcuni Sert, che comporta lacune nei dati. Di seguito vengono evidenziate le difficoltà incontrate da questo Ufficio nella rilevazione dei dati relativi al secondo semestre 2014.

Nel semestre suddetto i seguenti istituti non hanno fornito i dati per l'indagine:

- C.R. SPOLETO (dati puntuali e di flusso, scheda 1 e 2)
- C.C. ROMA REBIBBIA N.C (dati di flusso, scheda 2)

RIEPILOGHI NAZIONALI.

scheda 1 - Detenuti presenti di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 2 - Detenuti entrati dalla libertà di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso

scheda 3 - Rilevamento popolazione detenuta ristretta per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

scheda 4 - Rilevamento popolazione detenuta entrata dalla libertà per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

ELENCHI PER ISTITUTO.

scheda 1 - Detenuti presenti di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 2 - Detenuti entrati dalla libertà di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 3 - Rilevamento popolazione detenuta ristretta per reati di cui all 'Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

scheda 4 - Rilevamento popolazione detenuta entrata dalla libertà per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

Fonte: Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - Sezione Statistica.

Situazione al 31 Dicembre 2014

TOSSICODIPENDENZA Riepilogo Scheda 1

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI

REGIONE	DETENUTI PRESENTI			DETENUTI TOSSICODIPENDENTI				DETENUTI PRESENTI STRANIERI				DETENUTI STRANIERI TOSSICODIPENDENTI			
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	% SU PRES. STRAN.
ABRUZZO	1748	71	1817	302	15	317	17,45%	182	10	192	10,57%	18	0	18	9,38%
BASILICATA	444	11	455	86	3	89	19,56%	64	1	65	14,29%	7	0	7	10,77%
CALABRIA	2346	51	2397	189	0	189	7,88%	320	9	329	13,73%	16	0	16	4,86%
CAMPANIA	6828	360	7188	1538	22	1560	21,70%	814	60	874	12,16%	137	3	140	16,02%
EMILIA ROMAGNA	2767	117	2884	979	37	1016	35,23%	1290	57	1347	46,71%	514	7	521	38,68%
FRIULI VENEZIA GIULIA	594	21	615	66	4	70	11,38%	221	10	231	37,56%	22	0	22	9,52%
LAZIO	5210	390	5600	1652	78	1730	30,89%	2223	194	2417	43,16%	498	17	515	21,31%
LIGURIA	1339	72	1411	426	13	439	31,11%	728	38	766	54,29%	187	0	187	24,41%
LOMBARDIA	7393	431	7824	2413	75	2488	31,80%	3255	204	3459	44,21%	894	25	919	26,57%
MARCHE	840	29	869	185	11	196	22,55%	374	14	388	44,65%	70	1	71	18,30%
MOLISE	322	0	322	91	0	91	28,26%	29	0	29	9,01%	7	0	7	24,14%
PIEMONTE	3463	126	3589	688	9	697	19,42%	1487	64	1551	43,22%	280	2	282	18,16%
PUGLIA	3107	173	3280	648	15	663	20,21%	520	39	559	17,04%	27	0	27	4,83%
SARDEGNA	1804	35	1839	462	12	474	25,77%	432	8	440	23,93%	112	1	113	25,68%
SICILIA	5840	122	5962	1249	27	1276	21,40%	1155	24	1179	19,78%	172	3	175	14,84%
TOSCANA	3156	113	3269	859	24	883	27,01%	1523	50	1573	48,12%	418	6	424	26,65%
TRENTINO ALTO ADIGE	269	20	289	69	4	73	25,26%	199	10	209	72,32%	46	0	46	22,01%
UMBRIA	1362	42	1404	203	7	210	14,96%	391	18	409	29,13%	79	0	79	19,32%
VALLE D'AOSTA	134	0	134	22	0	22	16,42%	84	0	84	62,69%	7	0	7	8,33%
VENETO	2355	120	2475	695	27	722	29,17%	1303	58	1361	54,99%	387	3	390	28,66%
TOTALE	51319	2304	53623	12822	383	13205	24,63%	16594	868	17462	32,56%	3898	68	3966	22,71%

Dati relativi al 2° Semestre 2014

TOSSICODIPENDENZA Riepilogo Scheda 2

ENTRATI DALLA LIBERTA' TOSSICODIPENDENTI

REGIONE	ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA' TOSSICODIPENDENTI				ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI				ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI TOSSICODIPENDENTI			
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU ENTRATI	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU ENTRATI STRAN.
ABRUZZO	363	54	417	149	4	153	36,60%	149	12	161	38,81%	31	0	31	19,25%
BASILICATA	75	4	79	22	1	23	29,11%	14	3	17	21,52%	0	0	0	0,00%
CALABRIA	878	56	934	45	0	45	4,82%	156	13	169	18,09%	11	0	11	6,51%
CAMPANIA	2.310	180	2.490	590	22	612	24,58%	405	36	441	17,71%	74	3	77	17,48%
EMILIA ROMAGNA	1.470	116	1.586	563	26	589	37,14%	885	63	948	59,77%	281	9	290	30,59%
FRIULI VENEZIA GIULIA	376	42	418	40	0	40	9,57%	183	24	207	49,52%	10	0	10	4,83%
LAZIO	2.578	258	2.836	584	11	595	20,98%	1.383	148	1.531	53,98%	270	5	275	17,96%
LIGURIA	781	65	846	352	26	378	44,88%	519	34	553	65,37%	206	1	207	37,43%
LOMBARDIA	3.546	264	3.810	1.154	41	1.195	31,36%	2.118	173	2.291	60,13%	572	10	582	25,40%
MARCHE	348	34	382	194	14	208	54,45%	191	16	207	54,19%	76	1	77	37,20%
MOLISE	83	0	83	32	0	32	38,55%	11	0	11	13,25%	7	0	7	63,64%
PIEMONTE	1.619	117	1.736	402	22	424	24,42%	880	48	928	53,48%	178	4	182	19,61%
PUGLIA	1.796	111	1.907	626	15	641	33,81%	422	46	468	24,54%	35	0	35	7,48%
SARDEGNA	386	25	411	114	6	120	29,20%	57	6	63	15,33%	6	0	6	9,52%
SICILIA	2.078	73	2.151	283	5	288	13,39%	651	20	671	31,19%	43	1	44	6,56%
TOSCANA	1.234	98	1.332	459	18	477	35,81%	805	49	854	64,11%	275	5	280	32,79%
TRENTINO ALTO ADIGE	193	15	208	66	5	71	34,13%	137	4	141	67,79%	45	0	45	31,91%
UMBRIA	275	22	297	90	4	94	31,65%	177	11	188	63,30%	46	0	46	24,47%
VALLE D'AOSTA	29	2	31	4	0	4	12,90%	22	1	23	74,19%	2	0	2	8,70%
VENETO	1.061	94	1.155	379	16	395	34,20%	700	55	755	65,37%	243	2	245	32,45%
TOTALE NAZIONALE	21.479	1.630	23.109	6.148	238	6.384	27,63%	9.885	762	10.627	45,96%	2.411	41	2.452	23,07%

Situazione al 31 Dicembre 2014

TOSSICODIPENDENZA RIEPILOGO Scheda 3

DETENUTI PRESENTI PER REATO, STATO DI TOSSICODIPENDENZA, NAZIONALITA'

ISTITUTO	QUADRO 1			QUADRO 2			QUADRO 3			QUADRO 4		
	DETENUTI PRESENTI			DETENUTI PRESENTI			DETENUTI PRESENTI STRANIERI			DETENUTI PRESENTI STRANIERI		
	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE
ABRUZZO	621	1196	1817	317	1500	1817	75	117	192	18	174	192
BASILICATA	172	283	455	89	366	455	25	40	65	7	58	65
CALABRIA	654	1743	2397	189	2208	2397	45	284	329	16	313	329
CAMPANIA	2428	4780	7188	1560	5628	7188	306	568	874	140	734	874
EMILIA ROMAGNA	908	1976	2884	1016	1868	2884	524	823	1347	521	826	1347
FRIULI VENEZIA GIULIA	162	453	615	70	545	615	66	165	231	22	209	231
LAZIO	1931	3686	5600	1730	3870	5600	828	1589	2417	515	1902	2417
LIGURIA	561	850	1411	439	972	1411	355	411	766	187	579	766
LOMBARDIA	2551	5273	7824	2488	5336	7824	1318	2141	3459	919	2540	3459
MARCHE	375	404	779	196	673	869	201	187	388	71	317	388
MOLISE	133	189	322	91	231	322	17	12	29	7	22	29
PIEMONTE	1127	2462	3589	697	2892	3589	642	909	1551	282	1269	1551
PUGLIA	1109	2171	3280	663	2617	3280	132	427	559	27	532	559
SARDEGNA	755	1084	1839	474	1365	1839	268	172	440	113	327	440
SICILIA	1730	4232	5962	1276	4686	5962	273	906	1179	175	1004	1179
TOSCANA	1102	2167	3269	883	2386	3269	635	938	1573	424	1149	1573
TRENTINO ALTO ADIGE	139	150	289	73	216	289	123	86	209	46	163	209
UMBRIA	572	832	1404	210	1194	1404	217	192	409	79	330	409
VALLE D'AOSTA	49	85	134	22	112	134	34	50	84	7	77	84
VENETO	918	1559	2475	722	1753	2475	631	730	1361	390	971	1361
TOTALE	17995	35628	53623	13205	40418	53623	6715	10747	17462	3066	13496	17462

Dati relativi al 2° Semestre 2014

TOSSICODIPENDENZA RIEPILOGO Scheda 4

ENTRATI DALLA LIBERTA' PER REATO, STATO DI TOSSICODIPENDENZA, NAZIONALITA'

REGIONE	QUADRO 1			QUADRO 2			QUADRO 3			QUADRO 4		
	ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI			ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI		
	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE
ABRUZZO	108	309	417	153	264	417	51	110	161	31	130	161
BASILICATA	24	55	79	23	56	79	0	17	17	0	17	17
CALABRIA	161	773	934	45	889	934	9	160	169	11	158	169
CAMPANIA	655	1835	2490	612	1878	2490	114	327	441	77	364	441
EMILIA ROMAGNA	452	1134	1586	589	997	1586	320	628	948	290	658	948
FRIULI VENEZIA GIULIA	74	344	418	40	378	418	29	178	207	10	197	207
LAZIO	667	2169	2836	595	2241	2836	341	1190	1531	275	1256	1531
LIGURIA	248	598	846	378	468	846	109	364	553	207	348	553
LOMBARDIA	1020	2790	3810	1195	2615	3810	650	1641	2291	582	1709	2291
MARCHE	148	234	382	208	174	382	97	110	207	77	130	207
MOLISE	18	65	83	32	51	83	1	10	11	7	4	11
PIEMONTE	414	1322	1736	424	1312	1736	287	641	928	182	746	928
PUGLIA	497	1410	1907	641	1266	1907	79	389	468	35	433	468
SARDEGNA	116	295	411	120	291	411	30	33	63	6	57	63
SICILIA	459	1662	2151	288	1863	2151	89	582	671	44	627	671
TOSCANA	374	958	1332	477	855	1332	280	574	854	280	574	854
TRENTINO ALTO ADIGE	54	154	208	71	137	208	49	92	141	45	96	141
UMBRIA	136	161	297	94	203	297	101	87	188	46	142	188
VALLE D'AOSTA	1	30	31	4	27	31	0	23	23	2	21	23
VENETO	383	772	1155	395	760	1155	268	487	755	245	510	755
TOTALE	9009	17100	23109	6384	16726	23109	2964	7683	10627	2452	8175	10627

Serie storica dei detenuti tossicodipendenti e dei detenuti ristretti per reati di cui all'articolo 73 DPR n. 309/90.

TOSSICODIPENDENZA E VIOLAZIONI ART. 73 TU 309/90

Serie storica detenuti presenti anni 1992 - 2014

DATA DI RILEVAZIONE	DETENUTI PRESENTI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI				DETENUTI RISTRETTI PER REATI DI CUI ALL'ART. 73 TU 309/90		
	Totale	di cui stranieri	Totale	rispetto di cui stranieri	% tossicodipendenti ai presenti	Totale	di cui stranieri	% art. 73 rispetto ai presenti	
31/12/1992	47.316	7.237	14.818	1.681	31,32	15.680	3.749	33,14	
30/06/1993	51.937	7.557	15.531	1.927	29,90	17.414	3.499	33,53	
31/12/1993	50.348	7.770	15.135	2.104	30,06	15.820	3.478	31,42	
30/06/1994	54.616	8.540	15.957	2.333	29,22	18.293	4.191	33,49	
31/12/1994	51.165	8.481	14.742	2.321	28,81	17.629	4.298	34,46	
30/06/1995	51.973	8.566	15.336	2.501	29,51	18.121	4.256	34,87	
31/12/1995	46.908	8.147	13.488	2.541	28,75	16.378	4.184	34,92	
30/06/1996	48.694	8.803	14.216	2.652	29,19	16.467	4.324	33,82	
31/12/1996	47.709	9.373	13.859	2.823	29,05	16.595	4.608	34,78	
30/06/1997	49.554	10.609	14.728	2.994	29,72	16.627	5.075	33,55	
31/12/1997	48.495	10.825	14.074	3.336	29,02	17.120	5.364	35,30	
30/06/1998	50.578	11.695	14.081	3.259	27,84	18.047	6.154	35,68	
31/12/1998	47.811	11.973	13.567	3.263	28,38	17.216	6.255	36,01	
30/06/1999	50.856	13.317	14.264	3.270	28,05	18.913	6.595	37,19	
31/12/1999	51.814	14.057	15.097	3.681	29,14	19.314	7.521	37,28	
30/06/2000	53.537	14.918	14.602	3.418	27,27	19.370	7.754	36,18	
31/12/2000	53.165	15.582	14.440	3.837	27,16	19.347	7.803	36,39	
30/06/2001	55.393	16.378	15.173	4.021	27,39	20.000	8.634	36,11	
31/12/2001	55.275	16.294	15.442	3.879	27,94	20.295	8.554	36,72	
30/06/2002	56.277	17.049	15.698	4.193	27,89	22.054	9.508	39,19	
31/12/2002	55.670	16.788	15.429	4.138	27,72	21.922	9.282	39,38	
30/06/2003	56.403	16.636	14.507	3.375	25,72	22.052	9.149	39,10	
31/12/2003	54.237	17.007	14.332	3.190	26,42	21.107	9.247	38,92	
30/06/2004	56.532	17.783	15.329	3.421	27,12	22.202	9.585	39,27	
31/12/2004	56.068	17.819	15.558	3.346	27,75	21.730	9.557	38,76	
30/06/2005	59.125	19.071	16.179	3.016	27,36	23.012	9.990	38,92	
31/12/2005	59.523	19.836	16.135	3.564	27,11	23.156	10.028	38,90	
30/06/2006	61.264	20.221	16.145	3.370	26,35	23.749	10.177	38,77	
31/12/2006	39.005	13.152	8.363	1.901	21,44	14.640	6.214	37,53	
30/06/2007	43.957	15.658	10.275	2.778	23,38	16.452	7.503	37,43	
31/12/2007	48.693	18.252	13.424	3.756	27,57	18.222	8.693	37,42	
30/06/2008	55.057	20.617	14.743	4.067	26,78	21.037	10.213	38,21	
31/12/2008	58.127	21.562	15.772	4.881	27,13	22.727	10.993	39,10	
30/06/2009	63.630	23.609	15.835	4.266	24,89	25.252	12.207	39,69	
31/12/2009	64.791	24.067	15.887	3.788	24,52	26.052	12.523	40,21	
30/06/2010	68.258	24.966	16.635	5.064	24,37	27.252	12.633	39,92	
31/12/2010	67.961	24.954	16.245	5.083	23,90	27.294	12.523	40,16	
30/06/2011	67.394	24.232	16.063	5.015	23,83	27.947	12.373	41,47	
31/12/2011	66.897	24.174	16.364	4.888	24,46	26.559	11.966	39,70	
30/06/2012	66.528	23.865	15.654	4.876	23,53	26.061	11.591	39,17	
31/12/2012	65.701	23.492	15.663	4.864	23,84	25.269	11.063	38,46	
30/06/2013	66.028	23.233	14.767	4.679	22,36	25.096	10.590	38,01	
31/12/2013	62.536	21.854	14.879	4.791	23,79	23.346	9.688	37,33	
30/06/2014	58.092	19.401	14.612	4.324	25,15	20.385	7.876	35,09	
31/12/2014	53.623	17.462	13.205	3.966	24,63	17.995	6.715	33,56	

TOSSICODIPENDENZA E VIOLAZIONI ART. 73 TU 309/90

Serie storica detenuti entrati anni 2005 - 2014

SEMESTRE DI RILEVAZIONE	DETENUTI ENTRATI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI ENTRATI			DETENUTI ENTRATI PER REATI DI CUI ALL'ART. 73 TU 309/90		
	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	% tossicodipendenti rispetto agli entrati	Totale	di cui stranieri	% art. 73 rispetto agli entrati
I sem. 2005	44.345	19.284	12.254	3.361	27,63	12.952	5.178	29,21
II sem. 2005	45.542	21.322	13.287	4.245	29,18	12.825	4.929	28,16
I sem. 2006	47.117	21.682	12.978	3.745	27,54	12.763	4.989	27,09
II sem. 2006	43.597	21.606	11.659	3.595	26,74	12.636	5.336	28,98
I sem. 2007	45.810	21.888	10.969	3.156	23,94	13.632	5.746	29,76
II sem. 2007	44.631	21.972	13.402	4.784	30,03	13.353	5.847	29,92
I sem. 2008	47.108	21.936	13.868	4.747	29,44	14.474	6.382	30,73
II sem. 2008	45.692	21.163	13.529	4.876	29,61	14.391	5.919	31,50
I sem. 2009	45.447	20.792	12.523	4.064	27,56	14.657	6.774	32,25
II sem. 2009	42.619	19.281	12.583	4.316	29,52	13.712	5.686	32,17
I sem. 2010	44.140	19.370	12.404	4.215	28,10	13.744	5.517	31,14
II sem. 2010	40.501	17.928	11.604	4.164	28,65	12.397	4.929	30,61
I sem. 2011	40.065	17.406	10.793	3.625	26,94	12.803	5.333	31,96
II sem. 2011	36.917	15.899	11.639	4.112	31,53	11.649	4.893	31,55
I sem. 2012	32.625	13.899	10.065	3.249	30,85	10.796	4.910	33,09
II sem. 2012	30.395	13.107	8.225	2.853	27,06	9.669	4.178	31,81
I sem. 2013	31.786	13.596	8.359	2.856	26,30	9.818	4.361	30,89
II sem. 2013	27.604	12.222	8.184	2.819	29,65	8.333	3.748	30,19
I sem. 2014	27.108	12.120	7.426	2.606	27,39	7.963	3.783	29,38
II sem. 2014	23.109	10.627	6.384	2.452	27,63	6.009	2.964	26,00

Bibliografia

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012.

Istat, 2014 <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>.

WHO, Regional Office for Europe, 2014. Prison and health.

Relazione annuale al Parlamento, 2014. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento Politiche antidroga.

<http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2014/presentazione.aspx>

Sani G, Pompili P, Angelone M, et al., (2008). Il tentativo di suicidio. In Tatarelli L, Pompili M, (a cura di) *Il suicidio e la sua prevenzione*, pp.63-80, Giovanni Fioriti Editore s.r.l., Roma

