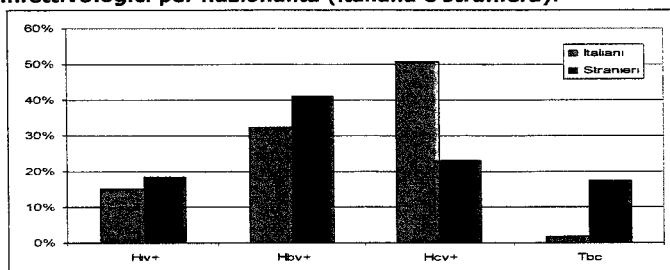


Grafico 6.25: Distribuzione percentuale dei soggetti risultati positivi ai vari test infettivologici per nazionalità (italiana e straniera).



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

EVIDENZE

Nel 2005 sono entrati in carcere dalla libertà 89.887 soggetti di cui 25.541 valutati tossicodipendenti. Il DAP ha fornito informazioni per singolo soggetto sullo stato di tossicodipendenza di un campione non casuale (non rappresentativo) costituito da 8.180 soggetti entrati in carcere dalla libertà nel 2005 (32% del totale dei tossicodipendenti). Di questi 4.878 (60%) sono risultati affetti da malattie infettive. Il 4% dei soggetti affetti da tali malattie sono femmine, il 31% sono cittadini stranieri.

Il 17% dei soggetti del campione considerato ha una storia d'uso di oppiacei, il 21% di cocaina, meno dell'1% di benzodiazepine ed alcol, mentre il 61% rientra nella categoria dei poliabusatori (nel 65% dei casi di eroina e cocaina). Il 27% della popolazione straniera ha meno di 25 anni mentre gli italiani in tale classe rappresentano il 14% del totale.

Dei soggetti considerati, il 42% si è sottoposto a un test per l'HIV, il 28% per l'HBV e il 33% per l'HCV. Il 69% è invece la percentuale relativa ai sottoposti al test per la tubercolosi.

Tra coloro che si sono sottoposti al test per l'HIV, il 12% è risultato positivo; 38% è la quota dei positivi tra i testati per HBV; 44% quella relativa all'HCV. Il 2% risultano i positivi rispetto ai testati per TBC.

Lo 0,5% dei soggetti risulta con anamnesi positiva per la TBC, mentre l'1,2% ha in atto la malattia. La tubercolosi pregressa è presente nelle tre fasce di età comprese tra i 25 ed i 54 anni, mentre, per la tubercolosi in atto, le fasce di età coinvolte maggiormente sono le tre comprese tra i 15 ed i 44 anni.

Tutte le patologie considerate hanno una maggiore rilevanza tra i cittadini stranieri entrati in carcere nel 2005 ad eccezione dell'epatite C.

6.3 Comorbilità psichiatrica

La programmazione e pianificazione di trattamenti per i soggetti che presentano un disturbo da uso/abuso di sostanze psicotrope non può prescindere dalla valutazione della concomitante presenza di altre patologie psichiatriche le quali influiscono sul processo e sull'esito degli interventi stessi. L'impossibilità nei soggetti che presentano una comorbilità psichiatrica, di separare il disturbo psicopatologico dalla dipendenza, comporta la necessità di una diversa organizzazione e ulteriore specializzazione dei servizi competenti.

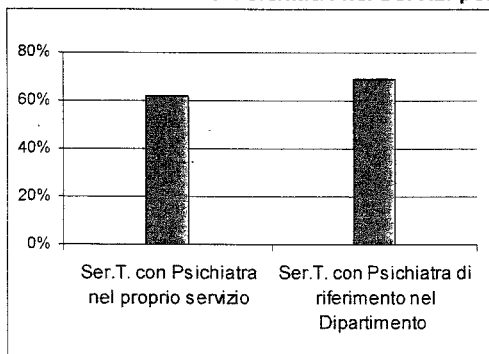
A livello dei Servizi pubblici territoriali queste nuove esigenze si evidenziano nei seguenti adeguamenti dell'organizzazione dei servizi:

- la presenza dello psichiatra nel servizio;
- la collaborazione con il Dipartimento di salute mentale;
- specifici programmi terapeutici e percorsi riabilitativi differenziati per soggetti con doppia diagnosi.

Anche le Comunità Terapeutiche sono interessate da questi cambiamenti che si evidenziano nella presenza al loro interno di un servizio specialistico per utenti con disturbi psichiatrici.

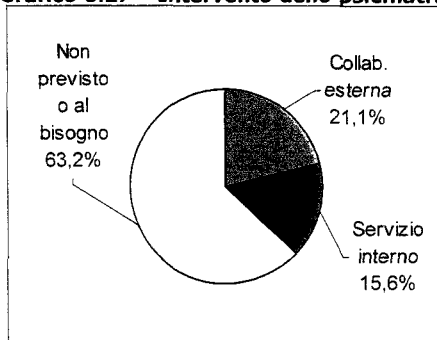
Dall'indagine campionaria SIMI@Italia condotta nel corrente anno su un campione rappresentativo di strutture specialistiche territoriali emerge che lo nel 62,1% dei SerT opera uno psichiatra, sia esso strutturato o a contratto e con sede di lavoro nel servizio stesso. Se si considera che in molti dipartimenti gli specialisti in psichiatria possono operare su più SerT, allora la percentuale dei SerT che hanno, per gli utenti con problematiche psichiatriche, almeno un psichiatra di riferimento nel proprio Dipartimento sale al 69%. (Grafico 6.26)

Grafico 6.26 – Medici Psichiatri nei Servizi per le tossicodipendenze



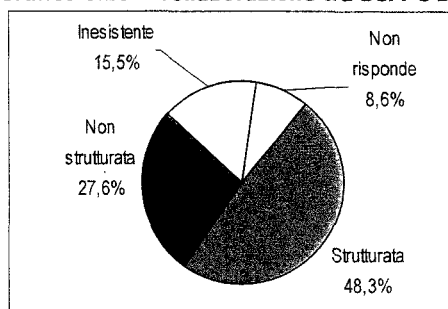
Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

Nel caso delle comunità terapeutiche, i dati raccolti dal progetto SIMI@Italia hanno evidenziato che il 16,7% delle comunità prevedono un servizio specialistico per utenti con disturbi psichiatrici, il 22,2% ricorre ad uno specialista esterno alla comunità e il 61,1% non prevede alcuna forma di ricorso a questa figura se non in maniera occasionale. (Grafico 6.27)

Grafico 6.27 – Intervento dello psichiatra nelle Comunità Terapeutiche

Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

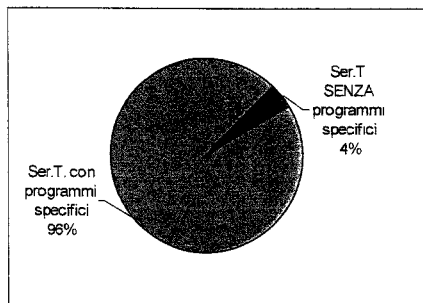
La presenza dello psichiatra nella sede stessa dei servizi per le tossicodipendenze è ben lungi dall'esaurire le necessità relative alla presa in carico ed alla cura di pazienti con un concomitante disturbo psichiatrico: a questo scopo si rivela di massima importanza la sinergia e la collaborazione con il personale e le strutture del Dipartimento di Salute Mentale sul territorio. Nell'indagine campionaria sui servizi specialistici territoriali del corrente anno è stata indagata la presenza o meno di collaborazioni strutturate tra servizio per le tossicodipendenze e dipartimento di salute mentale. Come si osserva nel grafico 6.3 il 48,3% del campione afferma che esiste una collaborazione strutturata con il Dipartimento di salute Mentale, mentre per il 27,6% dei SerT la collaborazione esiste anche se non strutturata. Solo un quarto circa del campione (24,1%) afferma che non esiste alcuna collaborazione o non risponde.

Grafico 6.28 – Collaborazione tra SerT e Dipartimento di Salute Mentale

Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

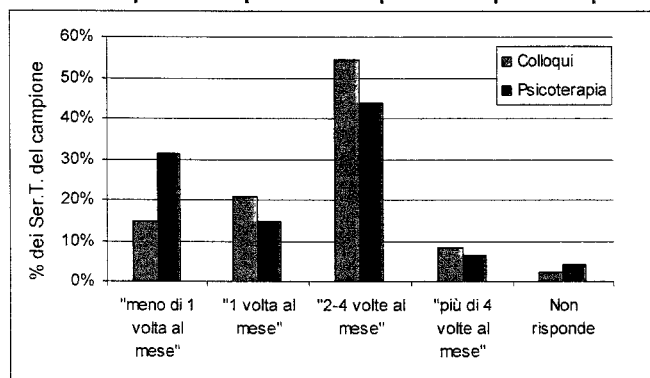
Se consideriamo oltre ai SerT nei quali esiste uno psichiatra all'interno del servizio o nel loro Dipartimento quelli che hanno attivato, per utenti con doppia diagnosi, una collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, la percentuale di servizi in grado di offrire ai pazienti con doppia diagnosi la presa in carico del caso da parte di uno psichiatra sale all'82,7% del campione.

In questo gruppo di SerT, sono attivati programmi terapeutici e riabilitativi differenziati, specifici per i soggetti con doppia diagnosi nel 95, 2% dei Servizi. (Grafico 6.29)

Grafico 6.29 – Programmi riabilitativi differenziati specifici per soggetti con doppia diagnosi

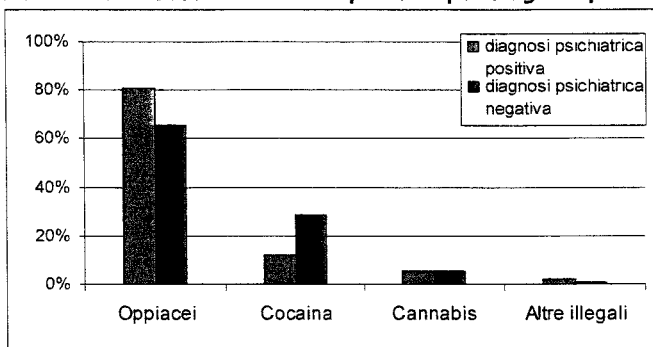
Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

La specificità della presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi si evidenzia inoltre attraverso l'intervento dello psichiatra che si aggiunge a quella dell'equipe multidisciplinare del servizio. Il grafico 6.30 descrive quante volte un paziente con doppia diagnosi incontra lo psichiatra per un colloquio o una psicoterapia. In particolare osserviamo che nel 62,5% dei casi un paziente con doppia diagnosi incontra uno psichiatra per un colloquio più di due volte al mese e nel 50% dei servizi del campione il paziente incontra lo specialista per una psicoterapia due o più volte al mese.

Grafico 6.30 - Frequenza mensile con la quale un paziente con doppia diagnosi incontra un psichiatra per un colloquio o una psicoterapia

Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

Dalle informazioni acquisite a livello analitico, all'interno del progetto SIMI@Italia per i soggetti in carico nell'anno 2005, è possibile esaminare, in modo più specifico, l'intervento terapeutico in relazione alla diagnosi psichiatrica e ai relativi interventi di trattamento realizzati. Nel sotto campione, composto da 2.065 soggetti il 30% è risultato avere una diagnosi psichiatrica positiva. Nel grafico 6.31 è riportata la distribuzione per sostanza d'abuso all'interno del campione.

Grafico 6.31 - Sostanza d'abuso primaria per diagnosi psichiatrica.

Fonte: Elaborazione dei dati dello studio SIMI@Italia

Rispetto alla sostanza che ha determinato la richiesta di trattamento presso un SerT tra i soggetti che hanno una diagnosi psichiatrica positiva, otto su dieci sono risultati associati all'uso primario di oppiacei. Per i soggetti con cannabis o altre sostanze illegali si osserva che il rapporto tra la percentuale con diagnosi positiva e con diagnosi negativa è pressoché simile, si rileva inoltre uso secondario di oppiacei e/o cocaina. Tra i soggetti con cocaina come sostanza d'abuso primario, in percentuale i soggetti con diagnosi psichiatrica negativa risultano il doppio di quelli con diagnosi positiva.

L'età media dei soggetti comorbili si attesta sui 34 anni e non si differenzia in maniera significativa tra i sessi.

La descrizione dell'associazione tra presenza di comorbidità e le caratteristiche socio-demografiche dell'utenza viene di seguito analizzata, come già descritto precedentemente, tramite gli "odds ratio" stimati, e riportati in Tabella 6.1

Tabella 6.1 - Misure dell'associazione (odds ratio) tra presenza di comorbidità psichiatrica ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei SerT

Presenza di comorbidità psichiatrica	odds ratio (I.C. 95%)
femmine v. maschi	0,710 (0,522-0,965)*
20-34 v. <20 anni	1,368 (0,566-3,306)
25-44 v. <20 anni	1,372 (0,897-2,099)
>44 v. < 20 anni	1,560 (1,029-2,365)*
soggetti già in carico	3,012 (1,985-4,571)*
livello scolarità basso v. alto	1,006 (0,645-1,568)
livello scolarità medio v. alto	0,834 (0,631-1,101)
occupati v. econ.non attivi	0,286 (0,193-0,426)*
disoccupati v. econ.non attivi	0,781 (0,521-1,171)
abita con i genitori v. da solo	0,929 (0,647-1,333)
abita con altri v. da solo	0,648 (0,449-0,934)*
oppiacei v.cannabis	1,121 (0,650-1,935)
cocaina v.cannabis	0,533 (0,296-0,957)*
altre sostanze v.cannabis	3,944 (1,033-15,051)*
consumo di due sost. v. una sola	1,525 (1,151-2,021)*
consumo di tre o più sost. v. una sola	0,630 (0,484-0,820)*

* valori significativi ($p < 0,05$).

Fonte: Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Dal punto di vista interpretativo i risultati più interessanti rispetto alla presenza di comorbidità psichiatrica riguardano l'associazione negativa riscontrata per il genere femminile e positiva per la condizione di utente già conosciuto al servizio territoriale di trattamento; per quanto concerne le sostanze di abuso i cocainomani sembrano essere esposti, rispetto a questi ultimi, in maniera minore alla presenza della patologia. L'età degli utenti non presenta valori statisticamente significativi se non nel confronto tra i soggetti più giovani ed i soggetti più maturi. Il livello di scolarità acquisito sembra non essere associato alla presenza di patologia, mentre il poliabuso si attesta su valori statisticamente significativi degli "odds ratio" stimati: nello specifico l'utilizzo di una ulteriore sostanza oltre quella di abuso primario risulta associato positivamente alla presenza di patologia, mostrando un valore opposto a quello riscontrato per l'utilizzo di più di tre sostanze.

EVIDENZE

La percentuale dei SerT che hanno, per gli utenti con problematiche psichiatriche, almeno uno psichiatra di riferimento nel proprio Dipartimento è del 69%. Per le comunità terapeutiche si rileva una percentuale del 40% delle strutture che prevedono o usufruiscono del servizio psichiatrico.

Dalle informazioni acquisite a livello analitico, all'interno del progetto SIMI@Italia per i soggetti in carico nell'anno 2005, è possibile esaminare, in modo più specifico, l'intervento terapeutico in relazione alla diagnosi psichiatrica e ai relativi interventi di trattamento realizzati. Nel sotto campione, composto da 2.065 soggetti il 30% è risultato avere una diagnosi psichiatrica positiva.

Rispetto alla sostanza che ha determinato la richiesta di trattamento presso un SerT tra i soggetti che hanno una diagnosi psichiatrica positiva, otto su dieci sono risultati associati all'uso primario di oppiacei. Per i soggetti con cannabis o altre sostanze illegali si osserva che il rapporto tra la percentuale con diagnosi positiva e quella relativa alla diagnosi negativa è pressoché simile, mentre nel confronto tra i soggetti con cocaina come sostanza d'abuso primario, in percentuale i soggetti con diagnosi psichiatrica negativa risultano il doppio di quelli con diagnosi positiva. L'utilizzo di una ulteriore sostanza oltre quella di abuso primario risulta associato positivamente alla presenza di patologia, mostrando un valore opposto a quello riscontrato per l'utilizzo di più di tre sostanze.

PARTE 7

RISPOSTE RELATIVE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

7.1 Prevenzione dei decessi droga correlati

7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate

7.1 Prevenzione dei decessi droga-correlati

Negli ultimi anni si è registrato un calo della mortalità correlata all'uso di droghe. Questa evoluzione positiva è dovuta probabilmente a molteplici fattori tra loro correlati quali la diminuzione del consumo di droghe per via parenterale, l'aumento della possibilità di accesso alle terapie sostitutive, l'effetto protettivo dei protratti trattamenti sostitutivi ed anche all'efficacia delle attività di prevenzione.

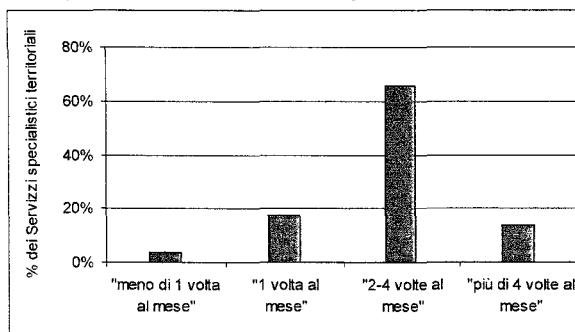
La rete territoriale dei servizi specialistici per le tossicodipendenze, unitamente a quella delle unità a bassa soglia, costituiscono la prima risorsa attiva nella prevenzione delle emergenze e delle morti per intossicazioni acute per droghe, attraverso attività di consulenza sul rischio, formazione sulla gestione delle emergenze in questione e attraverso la distribuzione di materiale sanitario ed informativo.

Le principali metodologie utilizzate per la prevenzione dei decessi droga correlati sono:

- Consulenze sui rischi e informazione;
- Distribuzione di materiale informativo;
- Distribuzione di materiale sterile e siringhe;
- Affidamento di naloxone;

L'azione di informazione e di consulenza sui rischi è strettamente integrata all'attività quotidiana dei servizi specialistici territoriali: visite e colloqui col personale socio-sanitario, prescrizioni di farmaci ed esami clinici effettuati dal personale sanitario. In particolare, nell'indagine realizzata nel corso del corrente anno in un campione rappresentativo dei servizi territoriali per le tossicodipendenze, emerge che nei due terzi (65,5%) dei casi i medici dell'organico dei Servizi hanno tra due e quattro colloqui al mese per ogni utente in carico e circa il 14% dichiara di averne più di quattro (Grafico 7.1).

Grafico 7.1: Frequenza di colloqui con un medico per utente in carico presso un Ser.T (non in fase di accoglienza).



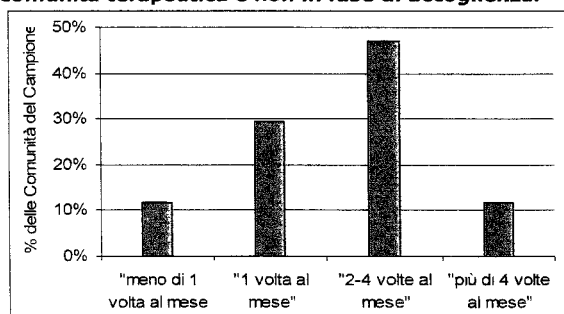
Fonte: Elaborazione indagine campionaria

I colloqui si collocano nel quadro dell'azione dei servizi sanitari definito dall'articolo 122 della legge 309/90, comma 1 che prevede che ogni programma di trattamento sia personalizzato cioè definito in base alle caratteristiche cliniche, mediche, psicologiche e sociali di ogni utente. In questi colloqui viene svolta consulenza sulle problematiche legate alla prevenzione delle overdose: i soggetti che afferiscono ai servizi ricevono informazioni dal personale sanitario sul meccanismo d'azione delle sostanze, sui rischi presenti all'inizio di un trattamento e durante lo stesso, su come comportarsi in caso di emergenza legata ad uno stato di intossicazione acuta da droghe, sui metodi per evitarla, sul corretto utilizzo del naloxone e sui risvolti medico-legali dell'intervento.

Nell'indagine campionaria sulle comunità terapeutiche la frequenza con la quale il campione rappresentativo di comunità afferma di seguire un

programma specifico e di incontrare un medico per un colloquio è, rispetto ai servizi per le tossicodipendenze, lievemente più bassa (grafico 7.2).

Grafico 7.2: Frequenza di colloqui con un medico per utenti in carico presso una comunità terapeutica e non in fase di accoglienza.

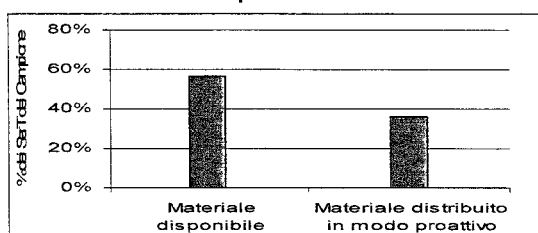


Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Nel 29,4% delle comunità l'utente ha un colloquio con un medico una volta al mese, nel 47,1% delle strutture l'utente ha la possibilità di avere tra due e quattro colloqui e, nell'11,8% più di quattro volte al mese.

Tra i temi oggetto di informazione e consulenza, fin dalla presa in carico presso i Ser.T., vi sono le indicazioni sui rischi che si possono incontrare proprio all'inizio dei trattamenti e nella prosecuzione degli stessi. Oltre al colloquio ed alla consulenza con le diverse figure sanitarie, queste informazioni sono diffuse attraverso materiale cartaceo di vario genere messo a disposizione delle persone che si rivolgono al servizio. Nel 56,9% dei Ser.T. (grafico 7.3) tale materiale informativo è a disposizione delle persone interessate ed in poco più di un terzo dei casi (36,2%) viene direttamente consegnato.

Grafico 7.3: Modalità di distribuzione del materiale informativo sull'aumento dei rischi all'inizio o nella prosecuzione dei trattamenti presso i Ser.T.

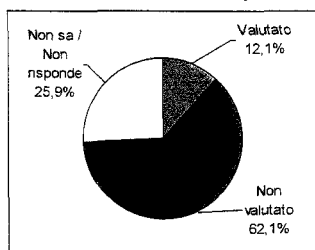


Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Un altro aspetto dell'indagine campionaria realizzata è stato quello seguire gli orientamenti dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA) per il controllo di qualità degli interventi nel campo della prevenzione. Alla valutazione ed alle misure volte ad assicurare livelli di qualità degli interventi l'Osservatorio europeo attribuisce particolare rilevanza.

Dall'indagine emerge che, all'importanza accordata al tema della prevenzione delle emergenze ed in particolare all'informazione sui rischi all'inizio e nella prosecuzione del trattamento, non si accompagna una altrettanto forte consapevolezza dell'importanza del controllo della qualità dei materiali e delle prassi utilizzate. Solo nel 12,1% dei servizi il materiale distribuito è stato oggetto di una valutazione basata sui requisiti richiesti dall'EMCDDA. Un quarto del campione (25,9%) risponde di non sapere se il materiale che viene utilizzato è stato valutato e il 62,1% afferma che non lo è stato. (Grafico 7.4)

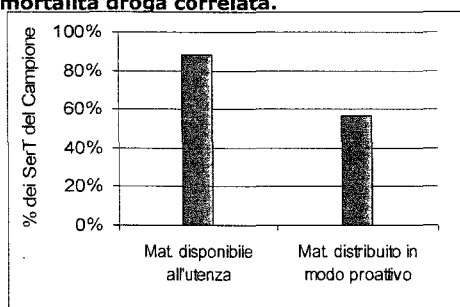
Grafico 7.4: Valutazione del materiale informativo relativo all'informazione sui rischi all'inizio o nella prosecuzione dei trattamenti.



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Oltre a svolgere consulenza e dare informazioni e materiale informativo sui rischi all'inizio e durante il trattamento, l'attività di prevenzione dei decessi nei Ser.T. si esplica anche attraverso la distribuzione di materiale sanitario sterile (siringhe e/o materiale sterile) e l'affidamento di naloxone. Un'ulteriore tipologia di materiale informativo riguarda la prevenzione delle emergenze e della mortalità droga correlata e le informazioni su come agire in situazione di emergenza. I pazienti vengono incoraggiati a diffondere le informazioni ricevute anche tra chi non frequenta il servizio e spesso vengono rassicurati sulla loro capacità di intervenire in soccorso di chi si trovasse in overdose. Questo materiale è disponibile nella quasi totalità dei servizi afferenti al campione (87,9%) e viene consegnato direttamente agli utenti nel 56,9% dei casi (Grafico 7.5).

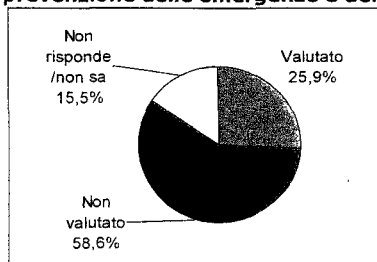
Grafico 7.5: Materiale informativo sulla prevenzione delle emergenze e della mortalità droga correlata.



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Relativamente al controllo di qualità del materiale distribuito e la valutazione dell'efficacia di questo tipo di azione, solo il 25,9% del campione afferma che l'intervento è stato valutato. (grafico 7.6)

Grafico 7.6: Valutazione dell'attività di distribuzione di materiale informativo sulla prevenzione delle emergenze e della mortalità droga correlata.



Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Rispetto all'affidamento di naloxone (Narcan) come misura di prevenzione delle overdose attuata in molti Ser.T., all'utente viene consegnata una fiala di naloxone, una siringa sterile, un opuscolo che riassume le informazioni date a voce.

La scelta di questa misura preventiva si basa sul fatto che i tossicodipendenti sono soggetti in grado di intervenire efficacemente come soccorritori in caso di overdose.

Rispetto alla legittimità di una somministrazione endovena i pazienti sono informati che la terapia endovenosa è un atto strettamente medico e quindi vietato ai non medici, e sono altresì informati che l'articolo 54 del Codice Penale, assicura la non punibilità di chi agisce in stato di necessità. Viene in ogni caso sottolineata l'esigenza di inviare sempre la persona trattata ad un Pronto Soccorso dopo l'eventuale risveglio con il farmaco.

7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate

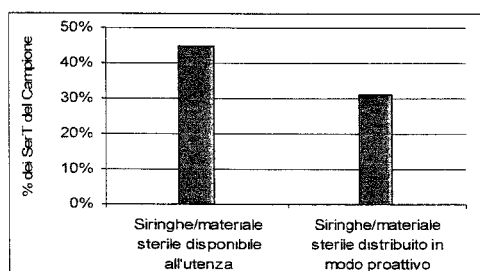
Tra gli interventi di prevenzione delle malattie infettive droga correlate attivati presso i Ser.T., le consulenze individuali sul tema della protezione dal rischio di contrarre malattie infettive legate all'uso di sostanze svolgono un ruolo preminente e sono pienamente integrate nel piano dei trattamenti socio-riabilitativi. La loro importanza è molteplice: in tutto l'iter riabilitativo forniscono informazioni precise, supporto medico, psicologico e sociale, offrono la possibilità di programmare l'esecuzione di esami, sono efficaci nell'influenzare il cambiamento comportamentale, riducono la frequenza dei comportamenti a rischio legati all'uso di droghe sono efficaci nell'aumentare la frequenza ai servizi e l'esito positivo degli interventi.

Tali consulenze sono erogate da personale sanitario e da educatori professionali che forniscono risposte specifiche in base alle richieste ed alle situazioni personali. I principali interventi messi in opera sono i seguenti:

- distribuzione di siringhe e/o materiale sterile
- distribuzione di profilattici
- distribuzione di materiale informativo

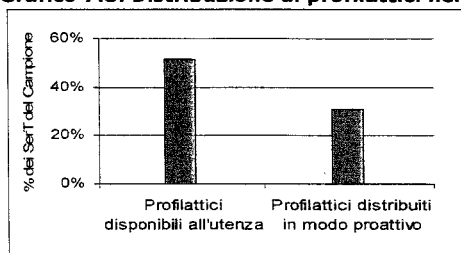
Dall'indagine realizzata su un campione rappresentativo dei servizi territoriali specialistici (SerT) nel corrente anno, risulta che siringhe e/o materiale sterile sono lasciati a disposizione nel 45% dei casi e nel 31% dei servizi del campione questo materiale è dato direttamente agli utenti. (Grafico 7.7)

Grafico 7.7: Distribuzione di siringhe e/o materiale sterile.



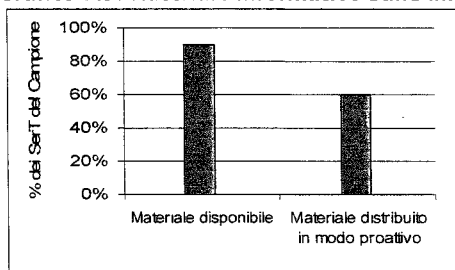
Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Nel 52% dei SerT del campione i programmi di educazione al rischio prevedono di mettere a disposizione dell'utenza mentre nel 31% del campione il materiale per rapporti sicuri è dato direttamente agli utenti.

Grafico 7.8: Distribuzione di profilattici nei programmi di educazione al rischio

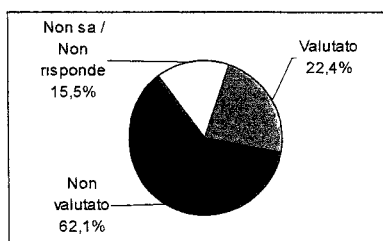
Fonte: Elaborazione indagine campionaria

Il materiale informativo cartaceo contiene informazioni precise e chiare sulle modalità di trasmissione delle malattie infettive come l'HIV o le epatiti C e B, sulle misure e comportamenti da osservare per prevenirle e sulle risorse attive sul territorio per aiuto e consulenze. Dall'indagine campionaria risulta che gli utenti del 89,7% dei Ser.T. possono accedere a tale materiale informativo che è presente e liberamente disponibile e che il 60,3% dei Servizi prevede una consegna di tale materiale ad personam.

Grafico 7.9: Materiale informativo sulle infezioni droga correlate

Fonte: Elaborazione indagine campionaria

L'uso di specifico materiale informativo per la prevenzione delle infezioni droga correlate rappresenta dunque una prassi consolidata nei servizi territoriali, a cui corrisponde una grande varietà di materiale prodotto spesso a livello locale. Malgrado la grande diffusione e la rilevanza di questo strumento di prevenzione si osserva, anche in questo caso che le iniziative basate su materiale sottoposto a controllo di qualità sono ancora poche. In meno di un quarto (22,4%) dei casi è stato utilizzato materiale sottoposto a valutazione (Grafico 7.10) mentre sarebbe auspicabile che un controllo di qualità fosse di prassi.

Grafico 7.10: Valutazione del materiale informativo sulle infezioni droga correlate

Fonte: Elaborazione indagine campionaria

EVIDENZE

La rete territoriale dei servizi specialistici per le tossicodipendenze, unitamente a quella delle unità a bassa soglia, costituiscono la prima risorsa attiva nella prevenzione delle emergenze e delle morti per intossicazioni acute per droghe, attraverso attività di consulenza sul rischio, formazione sulla gestione delle emergenze in questione e attraverso la distribuzione di materiale sanitario ed informativo. Le metodologie utilizzate per la prevenzione dei decessi droga correlati sono: consulenze sui rischi e informazione, distribuzione di materiale informativo, distribuzione di materiale sterile e siringhe, affidamento di naloxone. Tra gli interventi di prevenzione delle malattie infettive droga correlate attivati presso i Ser.T., le consulenze svolgono un importante ruolo per la riduzione la frequenza dei comportamenti a rischio legati all'uso di droghe fornendo informazioni precise, supporto medico, psicologico e sociale, ed offrendo la possibilità di programmare l'esecuzione di esami. Tali consulenze tendono a modificare il cambiamento comportamentale e ridurre la frequenza dei comportamenti a rischio legati all'uso di droghe. Esse sono erogate da personale sanitario e da educatori professionali che forniscono risposte specifiche in base alle richieste ed alle situazioni personali. I principali interventi messi in opera sono i seguenti: distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, distribuzione di profilattici, distribuzione di materiale informativo. Dall'indagine campionaria effettuata sui Ser.T. e sulle C.T. emerge la necessità di incrementare gli interventi di prevenzione ma, contemporaneamente di effettuare attendibili controlli di qualità sugli interventi stessi.

PARTE 8

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

8.1 Reati droga-correlati produzione, traffico e vendita di sostanze illegali e di associazione finalizzata alla produzione e al traffico (art. 73 e art. 74)

8.2 Reati commessi da tossicodipendenti

8. Implicazioni e conseguenze sociali

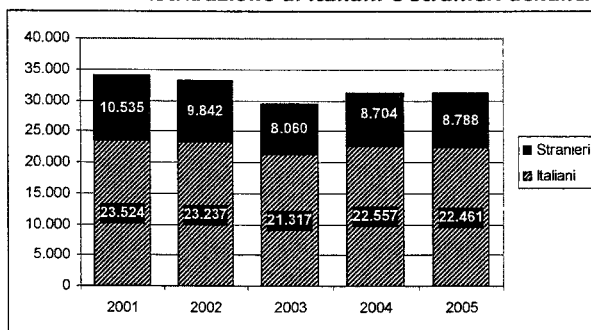
Nel presente capitolo vengono analizzati i dati relativi alla criminalità legata al traffico illecito di sostanze stupefacenti (ex D.P.R. 309/90) e di quella droga-correlata. Per quanto riguarda i crimini previsti dalla normativa sugli stupefacenti, sono state prese in considerazione le denunce, gli ingressi negli istituti penitenziari, i soggetti, in carcere o meno, che nel corso dell'anno hanno riportato una sentenza di condanna passata in giudicato per questi crimini. I dati analizzati sono stati forniti rispettivamente dalla Direzione centrale dei servizi antidroga (D.C.S.A.), del Ministero dell'Interno, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (D.A.P.) e da quello per gli Affari di giustizia (Ufficio Grazie e Casellario) del Ministero della Giustizia. Per quanto riguarda i crimini commessi da tossicodipendenti, sono stati analizzati i dati relativi ai detenuti e a coloro che hanno usufruito di misure alternative alla pena per sottoporsi o proseguire trattamenti specifici per il problema della dipendenza. In questo caso i dati analizzati sono stati forniti rispettivamente dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (D.A.P.) e dall'Ufficio grazie e casellario del Dipartimento per gli affari di giustizia del Ministero della giustizia. Discorso a parte vale per il flusso proveniente dal Dipartimento per la giustizia minorile. In questo caso i dati riguardano i casi per i quali è stata rilevata l'informazione relativa all'uso di sostanze stupefacenti, prescindendo dalla presenza o meno di un quadro di tossicodipendenza. Nella lettura dei dati provenienti da questo Dipartimento, bisogna considerare che tali rilevazioni, possono risultare ripetute più volte per uno stesso individuo transitato tra le strutture minorili. Per tale ragione l'analisi dei dati verrà articolata in una prima parte relativa alla quota di ingressi di assuntori di sostanze stupefacenti all'interno delle diverse strutture, e in una seconda sezione volta a fornire un profilo delle caratteristiche di questi soggetti indipendentemente dalla struttura di provenienza.

8.1 Reati droga-correlati produzione, traffico e vendita di sostanze illegali e di associazione finalizzata alla produzione e al traffico (art. 73 e art. 74)

Denunce

Con una diminuzione di circa l'8% rispetto al 2001, nel 2005 sono state effettuate 31.249 denunce per reati connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (Grafico 8.1) di cui circa il 10% associate al crimine più grave previsto dall'art.74 dello stesso D.P.R. (3.175 denunce per associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti).

Grafico 8.1: Distribuzione di italiani e stranieri denunciati. Anni 2001-2005



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio di ogni anno)