

Parte III Interventi sanitari e sociali

465

Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

Di particolare interesse risulta l'analisi del campione nel suo complesso, senza tener conto, quindi, della stratificazione per tipo di risposta al trattamento.

Nel complesso, sono stati coinvolti 24 Dipartimenti per le Dipendenze appartenenti a sette regioni d'Italia (Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Sicilia).

Osservando i risultati ottenuti, sembra non esserci differenza tra le durate medie di trattamento nelle due tipologie di oppiacei erogati (circa 8 mesi ciascuno). Inoltre, in accordo con quanto descritto in precedenza, la dose media giornaliera di buprenorfina utilizzata è pari a 7,4 mg, mentre per il metadone è 50,3 mg (Tabella 39).

Tabella 39: Durata media dei trattamenti e dose media giornaliera erogata per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2014

	Unità operative	Sogg.	Media	SD	Mediana	Range
Durata media Trattamenti giorni						
Buprenorfina	24	2.503	242,0	110,4	283,0	29 - 365
Metadone	24	7.059	259,3	105,9	310,0	29 - 365
Dose media Giornaliera mg						
Buprenorfina	24	2.503	7,4	5,4	6,0	0,5 - 32,0
Metadone	24	7.059	50,3	30,2	45,5	1,0 - 150,0

Fonte: Progetto Net Outcome

Al fine di comprendere quali altre sostanze psicotrope vengono consumate dagli utenti in trattamento farmacologico, per i pazienti che presentano morfinarie negative per eroina, è stata esaminata la positività per uso di altre sostanze (Tabella 40). In particolare, la cannabis è la sostanza stupefacente più comunemente utilizzata in astinenza da eroina per entrambi i tipi di trattamento farmacologico, con una percentuale complessiva di urine positive del 26,1%. Anche la cocaina e l'alcol sembrano essere abbastanza utilizzate tra gli utenti in terapia farmacologica per dipendenza da eroina (rispettivamente 15,3% e 9,4%).

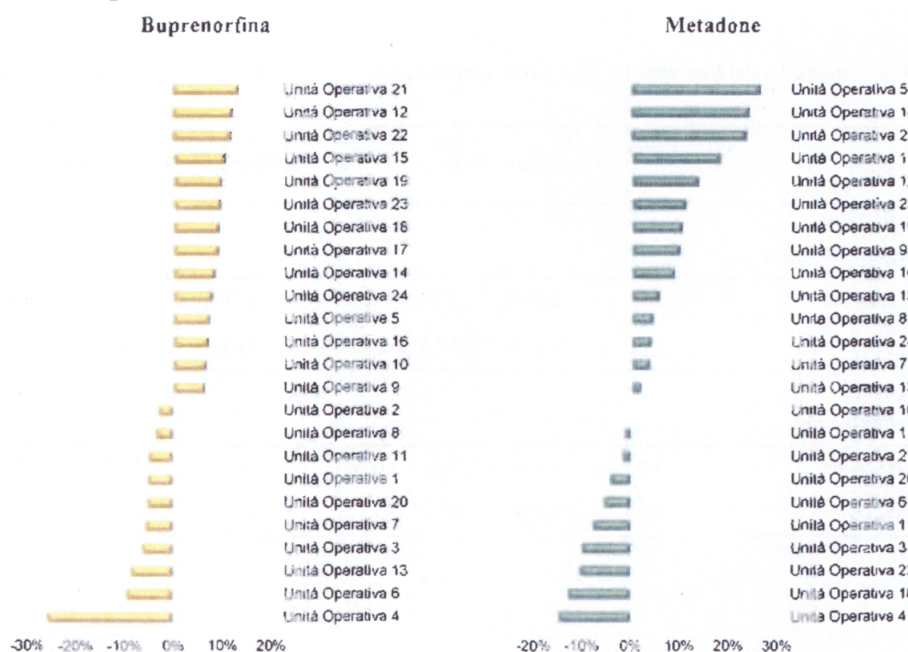
Tabella 40: Percentuale di morfinarie positive per altre sostanze psicotrope tra i soggetti con morfinarie negative per uso di eroina, per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2014

Terapia	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcol
Buprenorfina	12,60	25,85	1,24	1,28	7,42
Metadone	16,35	26,20	1,56	0,81	9,93
Totale	15,38	26,11	1,49	0,96	9,40

Fonte: Progetto Net Outcome

Dato l'ampio numero di unità operative coinvolte nello studio, l'entità dello scostamento percentuale dei giorni di astensione dall'uso di eroina dal valore medio complessivo, per tipologia di trattamento farmacologico, è stato valutato raggruppando gli utenti secondo le 24 Aziende Sanitarie Locali (ASL) di pertinenza (Figura 56). Confrontando le due tipologie di terapia si osserva che la percentuale di giorni con morfinarie negative dei soggetti in terapia con buprenorfina si discosta meno dal dato medio dell'intero campione (84,7%) rispetto agli utenti in terapia farmacologica con metadone (73,3%), a conferma di quanto emerso negli studi precedenti.

Figura 56: Scostamento percentuale delle morfinarie negative dal valore medio del campione per ASL e per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Oucome

Rispetto alla dose media giornaliera di terapia farmacologica somministrata i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (Tabella 41), il cui confronto non evidenzia differenze sensibili per l'esito della terapia (% giorni di astensione) in relazione alla quantità di farmaco somministrato.

Tabella 41: Dose media di farmaco e percentuale di giorni di astensione dall'uso di eroina, per tipologia di trattamento. Anno 2014

	Segg.	Dose media Giornaliera	Giorni di astensione
Metadone	N	mg	%
Dose < 50 mg/die	3.710	28,12	74,81
Dose ≥ 50 mg/die	3.349	76,36	71,84
Totale	7.059	50,34	73,34
Buprenorfina			
Dose < 8 mg/die	1.523	4,08	86,14
Dose ≥ 8 mg/die	980	12,62	82,32
Totale	2.503	7,42	84,67

Parte III) Interventi sanitari e sociali
Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

467

Fonte: Progetto Nel Outcome

Di particolare interesse ai fini dello studio risulta l'analisi della densità prestazionale media ricevuta dal singolo paziente in relazione al tipo di risposta al trattamento. La densità prestazionale media/giornaliera per soggetto si ottiene rapportando le prestazioni erogate nell'anno di riferimento agli anni persona riferiti all'utenza assistita dell'unità operativa nell'anno di riferimento (sommatoria dei tempi di assistenza erogata per singolo utente).

Complessivamente non si osservano sensibili differenze tra il numero medio di prestazioni giornaliere dei soggetti in terapia con metadone o buprenorfina (Tabella 42). Tuttavia, fatta eccezione degli utenti "Low-responder", la densità media prestazionale propende lievemente per gli utenti in trattamento con metadone

Tabella 42: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di terapia e per risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Buprenorfina	1,22	1,32	1,17	1,23
Metadone	1,24	1,25	1,32	1,31

Fonte: Progetto Nel Outcome

Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alle prestazioni erogate secondo il trattamento farmacologico e la risposta al trattamento, sia in termini assoluti sia come densità prestazionale media.

Tabella 43: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	N	%c	N	%c	N	%c	N	%c
Attività telefonica	2.771	11	2.473	17	13.353	15	18.597	14
Relazioni, prescrizioni	43.328	17,9	28.510	19,4	183.330	20,1	255.168	19,6
Attività di accompagnamento	94	0,0	133	0,1	1.100	0,1	1.426	0,1
Visite	3.288	14	2.767	19	4.732	1,6	20.787	1,6
Colloqui	8.142	3,4	6.298	4,3	42.441	4,6	56.881	4,4
Esami e procedure cliniche	26.136	10,8	16.237	11,0	115.640	12,6	158.013	12,1
Somministrazione farmaci	144.028	59,5	81.529	58	472.336	51,7	697.893	53,5
Psicoterapia individuale	328	0,1	306	0,2	2.687	0,3	3.321	0,3

Relazione Annuale al Parlamento 2015

468

Psicoterapia coppia-famiglia	63	0,0	23	0,0	287	0,0	373	0,0
Interventi educativi	202	0,1	26	0,0	1.255	0,1	1.483	0,1
Test psicologici	4.173	1,7	2.050	1,4	19.593	2,1	25.816	2,0
Attività supporto generale	1.942	0,8	1.798	1,2	15.115	1,6	18.728	1,4
Revisione programma	5.383	2,2	4.473	3,0	22.149	2,4	32.005	2,5
Prestazioni alberghiere	1.812	0,7	1.571	1,1	10.263	1,1	13.449	1,0
Prestazioni straordinarie	0	0,0	1	0,0	7	0,0	8	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	22	0,0	22	0,0
Totale	241.690	100,0	147.968	100,0	914.312	100,0	1.303.970	100,0
Totale soggetti (%C)	1.338	19,0	865	11,6	4.905	69,5	7.059	100,0
Totale giorni di trattamento	326.307	243,9	193.206	236,8	1.310.987	267,3	1.830.500	259,3
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,24		1,25		1,32		1,31	

Fonte: Progetto *Net Outcome*

Per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, gli utenti ricevono in percentuale maggiore le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci”. Inoltre, è interessante osservare come i soggetti che rispondono ad entrambi i trattamenti sono sottoposti a terapia farmacologica per un periodo di tempo più lungo rispetto alle altre due categorie di utenti.

Tabella 44: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	N	%C	N	%C	N	%C	N	%C
Buprenorfina								
Attività telefonica	560	1,3	465	1,3	3.689	1,2	4.714	1,2
Relazioni, prescrizioni	9.546	22,7	6.817	21,4	66.989	21,3	83.343	21,5
Attività di accompagnamento	9	0,0	16	0,1	147	0,0	172	0,0
Visite	836	2,0	723	2,3	5.638	1,8	7.197	1,9
Colloqui	2.249	5,4	1.591	5,0	16.568	5,3	20.408	5,3
Esami e procedure cliniche	5.047	12,0	3.956	12,4	46.010	14,6	55.013	14,2
Somministrazione farmaci	20.565	49,0	15.235	47,9	149.511	47,6	185.731	47,8
Psicoterapia individuale	144	0,3	134	0,4	1.227	0,4	1.505	0,4

Parte III Interventi sanitari e sociali								469
Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento								
Psicoterapia coppia-famiglia	16	0,0	5	0,0	59	0,0	80	0,0
Interventi educativi	5	0,0	9	0,0	1 330	0,4	1 344	0,3
Test psicologici	921	2,2	1 020	3,2	7 101	2,3	9 041	2,3
Attività supporto generale	204	0,5	331	1,0	5 790	1,8	6 325	1,6
Revisione programma	1 381	3,3	953	3,0	6 884	2,2	9 218	2,4
Prestazioni alberghiere	513	1,2	566	1,8	3 285	1,0	4 364	1,1
Prestazioni straordinarie	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	15	0,0	15	0,0
Totale	41 995	100,0	31 824	100,0	314 656	100,0	388 475	100,0
Totale soggetti (%R)	265	10,6	195	7,8	2 043	81,6	2 503	100,0
Totale giorni di trattamento	52 127	196,7	41 987	215,3	511 529	250,4	605 643	242,0
Densità prestazionale media/gie/soggetto	1,22		1,32		1,17		1,23	

Fonte: Progetto Net Outcome

Osservando, inoltre, la densità prestazionale media giornaliera per soggetto, per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, sembra che i pazienti ricevano maggiormente le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci”, come già osservato nelle precedenti tabelle relative alla percentuale di prestazioni eseguite.

Relazione Annuale al Parlamento 2015

470

Tabella 45: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,03	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,13	0,15	0,14	0,14
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,02	0,02
Visite	0,02	0,02	0,02	0,02
Colloqui	0,03	0,04	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,08	0,09	0,09	0,09
Somministrazione farmaci	0,45	0,43	0,37	0,39
Psicoterapia individuale	0,02	0,02	0,03	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,02	0,02	0,02	0,02
Interventi educativi	0,06	0,02	0,07	0,06
Test psicologici	0,11	0,09	0,14	0,13
Attività supporto generale	0,05	0,06	0,06	0,06
Revisione programma	0,05	0,05	0,05	0,05
Prestazioni alberghiere	0,19	0,21	0,23	0,22
Prestazioni straordinarie	0,00	0,01	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,01	0,01
Totale	1,24	1,25	1,32	1,31

Fonte: Progetto Nei Outcome

Tabella 46: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,18	0,16	0,13	0,14
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,01	0,01
Visite	0,02	0,02	0,02	0,02
Colloqui	0,05	0,05	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,10	0,10	0,09	0,10
Somministrazione farmaci	0,41	0,37	0,30	0,31
Psicoterapia individuale	0,03	0,02	0,02	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,02	0,01	0,01	0,02
Interventi educativi	0,02	0,10	0,12	0,12
Test psicologici	0,08	0,14	0,12	0,12
Attività supporto generale	0,04	0,05	0,05	0,05
Revisione programma	0,06	0,05	0,04	0,04

Parte III Interventi sanitari e sociali				471
Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento				
Prestazioni alberghiere	0,18	0,22	0,19	0,20
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione secondaria	0,03	0,00	0,01	0,01
Totale	1,22	1,32	1,17	1,23

Fonte: Progetto Nel Outcome

L'analisi qui presentata costituisce uno stato di avanzamento rispetto alle precedenti analisi (Relazioni Parlamento dal 2009 al 2014). Le esperienze precedenti ci hanno permesso di sviluppare un software che, seppur ancora perfezionabile, aumenta notevolmente la qualità delle informazioni per la valutazione degli esiti nei pazienti in terapia farmacologica. Si può affermare che l'obiettivo di creare un network di unità operative in grado di rilevare nel tempo e, in modo non particolarmente oneroso, un monitoraggio degli esiti dei trattamenti è stato raggiunto. Un punto di forza della presente indagine è che i risultati sono basati sugli esami dei controlli urinari e non sul "riferito" o riportato dagli utenti, riducendo di molto quindi distorsioni legate all'affidabilità del dato. Il sistema, tuttavia, presenta ancora margini di miglioramento, in particolar modo nell'ambito della qualità delle informazioni raccolte, processo quest'ultimo lungo e costante nel tempo. A tal fine di fondamentale importanza risulta il coinvolgimento degli operatori dei servizi non solo nell'ambito della raccolta delle informazioni, ma anche nella restituzione di questi importanti ed oggettivi risultati che contestualizzano l'attività degli operatori e soprattutto evidenziano la qualità e l'impegno quotidiano degli stessi che si traducono nei risultati molto positivi evidenziati nel tempo da questo studio multicentrico.

Bibliografia

Ministero della Sanità (2009) Linee Guida sulla riduzione del danno, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, anno XXIII, n.3

Camposeragna A, De Facci R, (2009) "Servizi di bassa soglia Progetto di ricerca azione e implementazione di modelli innovativi su: tossicodipendenze, servizi di bassa soglia e accesso al sistema dei servizi" Report della ricerca svolta in collaborazione con la Provincia di Milano, su finanziamento del Ministero della solidarietà sociale

EMCDDA (2010) Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Emcdda monograph, disponibile su: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

Parte III Interventi sanitari e sociali
Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

473

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 1.1.2003, 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.

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. È 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

Parte III Domanda di sostanze: uso e problematiche

477

Capitolo 2 Trattamenti in carcere

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 57 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 % popolazione residente	Condanna	Amnistia o indulto	Totale	A disposizione dell'autorità	Condanna	Amnistia o indulto	Totale
2000	24.268	27.414	1.450	28.864	70.807	7.458	1.220	72.027
2001	25.392	30.822	1.315	31.137	67.019	10.718	311	78.048
2002	27.892	32.051	1.194	33.077	71.855	11.410	310	83.575
2003	29.205	32.981	1.147	33.333	71.532	8.250	358	79.140
2004	29.036	35.033	990	35.026	70.728	11.272	275	82.275
2005	27.562	36.873	1.166	35.591	76.016	13.093	200	89.309
2006	22.145	18.453	1.332	21.930	79.047	11.187	300	90.534
2007	23.189	19.021	1.476	23.686	66.089	5.175	403	71.667
2008	23.501	20.527	1.530	25.558	65.794	6.479	537	72.810
2009	23.000	21.145	1.337	25.482	70.285	6.251	502	77.038
2010	23.702	27.832	1.747	27.281	74.009	9.112	420	83.541
2011	27.320	28.029	1.549	29.418	68.026	6.500	387	74.913
2012	26.777	18.651	1.208	26.586	58.823	6.000	351	65.174
2013	22.877	18.47	1.158	22.582	50.519	2.001	330	52.850
2014	19.419	24.009	1.070	24.558	63.059	2.557	431	66.047

Il grafico seguente (Figura 58) 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 modifiche 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

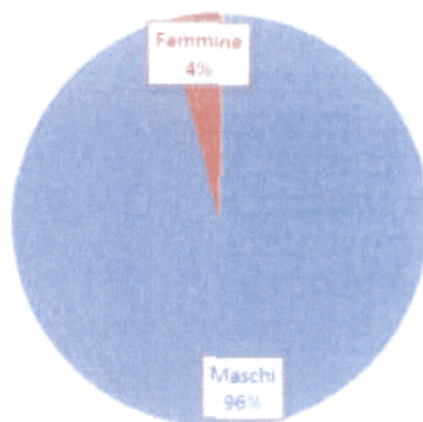
Parte III Domanda di sostanze: uso e problematiche
Capitolo 2 Trattamenti in carcere

479

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 59).

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



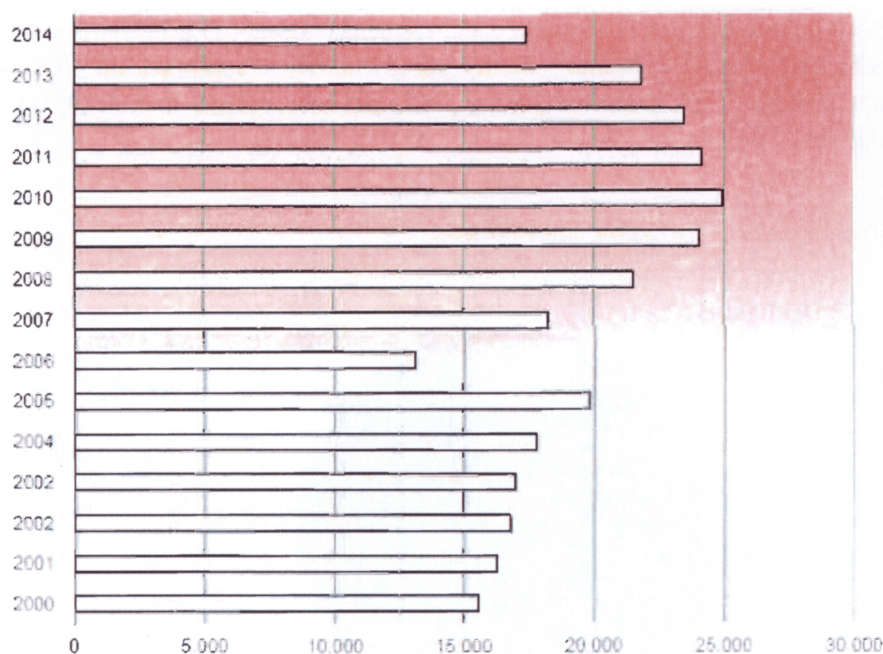
2.1.3 I detenuti stranieri

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 60): 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