

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%.

Relazione Annuale al Parlamento 2015

483

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

Anno RIFORMAZIONE	Art. 73 del DPR 309/90						TOTALI	Tossicodipendenti
	73		74		73 e 74			
	Totale	di cui condannati	Totale	di cui condannati	Totale	di cui condannati		
2006	16.212	3.519	867	228	4.097	1.011	16.223	5.971
2007	14.417	4.498	577	111	4.111	2.161	16.578	7.075
2008	8.197	7.198	559	299	8.197	3.342	21.514	10.415
2009	20.948	11.551	527	301	1.108	2.127	26.789	11.694
2010	21.639	12.370	711	319	1.030	1.194	28.033	15.604
2011	21.054	12.642	741	318	1.107	1.124	27.391	16.078
2012	19.854	12.472	711	415	1.104	1.074	26.621	16.141
2013	17.659	11.329	619	401	1.111	1.070	24.166	15.241
2014	12.717	9.041	531	312	1.218	1.486	18.344	11.131

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 Pampidou 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 alla 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

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

485

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 ristabilità emotiva e di adattamento all'ambiente e usualmente si mantiene fino all'uscita dalla 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 tossicomaniache 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 (L.E.A) 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 9.495, la regione con più alta percentuale di soggetti detenuti con diagnosi di dipendenza è la Lombardia (22%), seguita dalla Sicilia (14% circa). E' da specificare che per la regione Campania nell'anno 2014 il dato è parziale e riferito solo a 55 ordinanze concessive di affidamento in prova relative a detenuti tossicodipendenti.

Relazione Annuale al Parlamento 2015

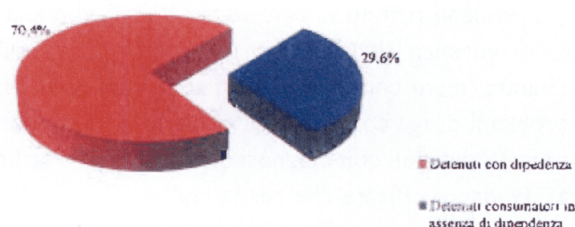
488

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
	N	%	N	%		
Abruzzo	244	2,8	49	1,5	296	136
Basilicata	105	1,2	62	1,9	168	0
Calabria	348	4,0	30	0,9	382	80
Emilia Romagna	1.103	12,8	585	17,6	1.701	413
Friuli Venezia Giulia	218	2,5	15	0,5	236	73
Lazio	640	7,4	955	28,8	1.602	544
Lombardia	1.892	22,0	287	8,6	2.201	348
Marche	171	2,0	51	1,5	224	74
Molise	119	1,4	8	0,2	128	34
PA Bolzano	21	0,2	3	0,1	24	9
PA Trento	38	0,4	24	0,7	62	62
Piemonte	841	9,8	258	7,8	1.109	161
Puglia	879	9,3	673	16,9	1.552	952
Sardegna	309	3,6	96	2,9	409	153
Sicilia	1.194	13,9	282	8,5	1.490	676
Toscana	630	7,3	332	10,0	969	526
Umbria	191	2,2	47	1,4	240	96
Valle D'Aosta	26	0,3	0	0,0	26	23
Veneto	526	6,1	236	7,1	768	414
Totale	9.495	100,0	3.993	100,0	13.488	4.774

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



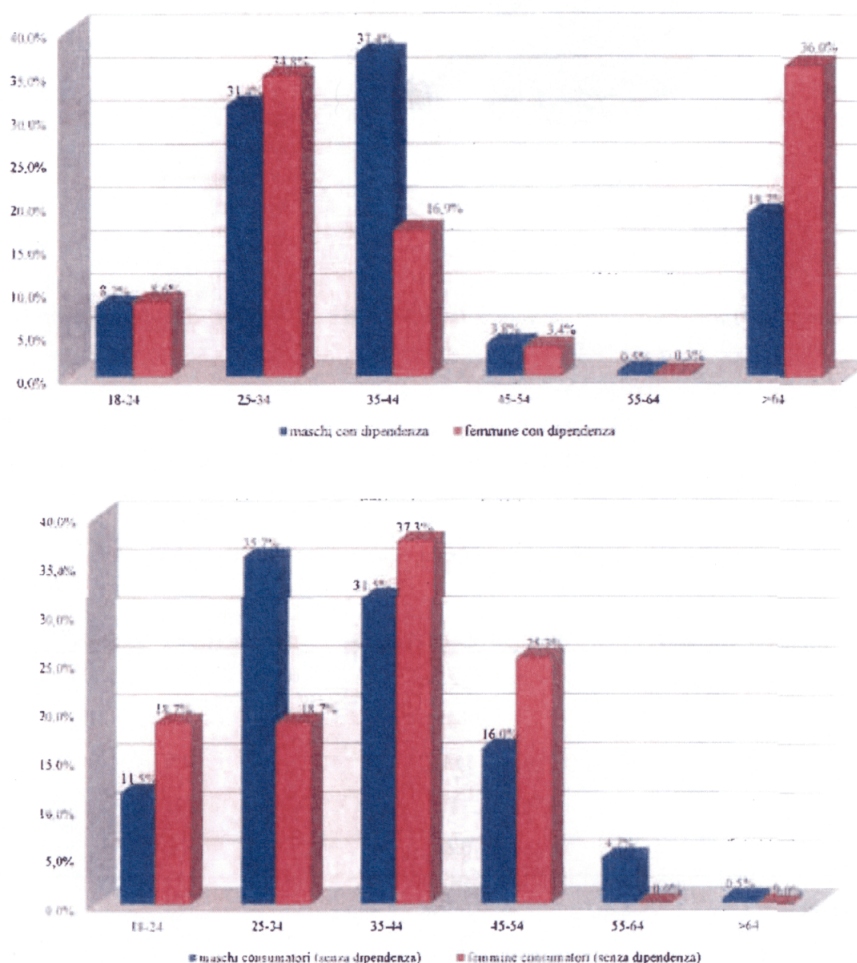
Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31/ Dicembre 2014

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

489

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 35% circa (4.774 soggetti sul totale di 13.488). 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 (87% 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

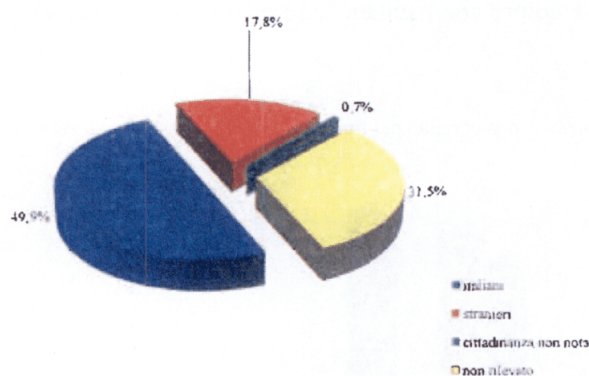


Fonte. Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. - Rilevazione Tossicodipendenti in carcere -31 Dicembre 2014

Dall'analisi delle caratteristiche demografiche, tra coloro che hanno diagnosi di dipendenza, risulta che le classi di età che presentano una più alta percentuale per i maschi sono "35-44" e "25-34", mentre per le femmine sono quelle relative ai "25-34" e ">64" anni. 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 31,5% dei soggetti e non è noto per lo 0,7%, mentre il 49,9% ha cittadinanza italiana e il 17,8% è cittadino straniero.

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

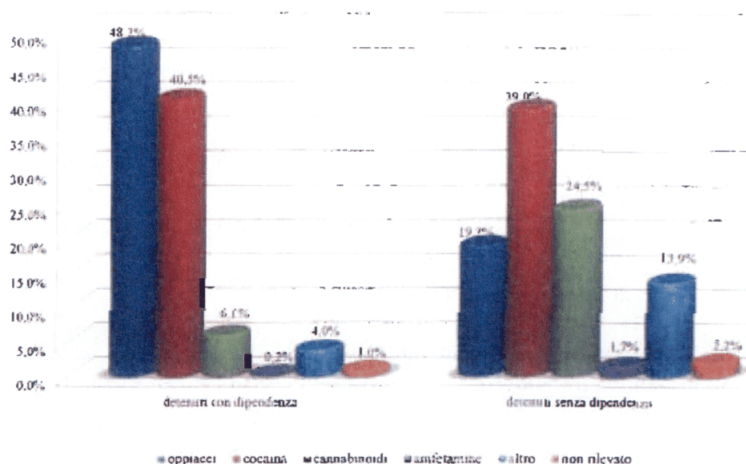
Detenuti per sostanza - N	Detenuti con dipendenza	Detenuti senza dipendenza
oppiacei	4.578	749
cocaina	3.845	1.556
cannabinoidi	583	977
amfetamine	17	68
altro	380	555
Totale	9.403	3.905
non rilevato	92	88
Totale complessivo	9.495	3.993

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

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

491

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 (48,2%) seguita dalla cocaina (40,5%). Mentre tra i consumatori non dipendenti, risulta essere la cocaina la principale sostanza con una percentuale pari al 39%, la parte restante si distribuisce per il 24,5% tra i cannabinoidi, seguiti in misura minore da oppiacei (19% circa) e altre sostanze (14% circa).

Inoltre, tra i detenuti con dipendenza, il 43% circa (4.103 casi su 9.495) 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	3.531	141	3,99
HCV	3.748	1.206	32,18
HBV	3.498	542	15,49
Totale	10.777	1.889	17,53

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 10.777 (90% circa del totale), quelli risultati positivi nel complesso sono circa il 18%. La più alta percentuale di positività si rileva in corrispondenza dell'HCV (32,2%), seguita dall'HBV (15,5%) e infine, in misura molto minore, dall'HIV (4% circa).

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	902	9,50
di cui con trattamento sostitutivo	322	-
detenuti in trattamento solo psicosociale	2.976	31,34
detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	3.304	34,80
di cui con trattamento sostitutivo	1.325	-
non rilevato	2.313	24,36
Totale detenuti in trattamento	7.182	75,64
Totale complessivo	9.495	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 75,6% circa dei detenuti con diagnosi di dipendenza. Il trattamento più utilizzato sembra essere quello psicosociale integrato farmacologicamente che riguarda poco più di oltre 3.300 detenuti (35% circa), 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	6.235	46,2
In attesa di giudizio	2.697	20,0
Posizione giuridica mista	2.153	16,0
non rilevato	2.403	17,8
Totale	13.488	100,0

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

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

493

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)	1.947	46,2
Totale detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano i requisiti	1.462	34,7
Totale detenuti tossicodipendenti che sono usciti dal carcere in base ad una ordinanza del tribunale di sorveglianza	803	19,1
Totale complessivo	4.212	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, 11.085 casi della popolazione considerata (82,2% contro il 17,8% non rilevato). Il 46,2% ha avuto una sentenza definitiva (6.235 soggetti). il 20%a è in attesa di giudizio e il 16% 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 6.235 detenuti tossicodipendenti. Anche in questo caso si ha un dato parziale corrispondente a 4.212 soggetti (67,6% circa dei 6.235). Di questi ha richiesto l'affidamento in prova il 46%, il 35% circa al momento della richiesta possedeva i requisiti ed infine il 19% è uscito dal carcere in base ad una ordinanza del tribunale di sorveglianza.

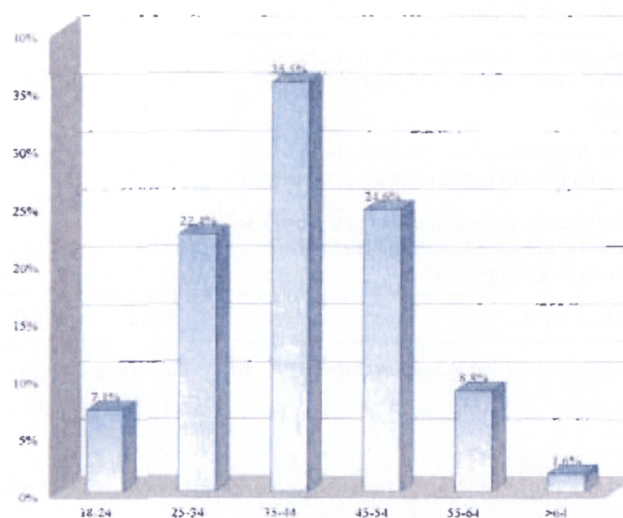
Si analizzano di seguito i dati relativi ai detenuti alcol dipendenti.

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

Detenuti alcol dipendenti	Maschi	Femmine	Totale
18-24	92	3	95
25-34	288	10	298
35-44	454	19	473
45-54	311	16	327
55-64	114	3	117
>64	21	0	21
Totale	1.280	51	1.331
%	96,2	3,8	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 1.331 unità, pari al 10% circa della popolazione carceraria oggetto della rilevazione (1.331 su 13.488). Tra gli alcol dipendenti in carcere il 96% 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 35,5%, e nella fascia di età 45-54 anni (24,6%). Inoltre, il 22% 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	466	35,0
trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	516	38,8
trattamento solo farmacologico	127	9,5
non rilevato	222	16,7
Totale	1.323	100,0

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

Sono 1.109, pari all'83% del totale, i detenuti con problemi di alcol dipendenza ad essere sottoposti a trattamento di cura da parte del Ser.T (per il 17% circa il dato non è stato rilevato). In particolar modo, tra coloro che ricevono trattamenti sanitari la maggior parte, pari al 39% circa (516 soggetti), riceve un trattamento farmacologico e psicosociale. Il 35% riceve un trattamento solo psicosociale e il 9,5% un trattamento solo farmacologico.

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

495

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

Detenuti alcol dipendenti secondo la posizione giuridica	N	%
Almeno una sentenza definitiva	623	46,8
In attesa di giudizio	268	20,1
Posizione giuridica mista	179	13,4
non rilevato	261	19,6
Totale	1.323	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 46,8% dei soggetti detenuti alcolodipendenti ha ottenuto una sentenza definitiva, il 20,1% è in attesa di giudizio e il 13,4% ha una posizione giuridica mista. Il dato non è stato rilevato per il 19,6% 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