Da 50 a 54 anni	14.683	2.279.502	64,41	2.155	2.366.292	9,11	16.838	4.645.794	36,24
Da 55 a 59 anni	5.750	1.950.421	29,48	960	2.068.621	4,64	6.710	4.019.042	16,70
Da 60 a 64 anni	1.866	1.748.676	10,67	283	1.881.579	1,50	2.149	3.630.255	5,92
Oltre 65 anni	558	5.677.034	0,98	137	7.542.040	0,18	695	13.219.074	0,53
Totale	**121.170**	**29.501.590**	**41,07**	**19.320**	**31.294.022**	**6,17**	**140.490**	**60.795.612**	**23,11**

Nel 2015 il 70% degli utenti trattati usa, come sostanza primaria, l'eroina, il 16% la cocaina e l'11% i cannabinoidi (Tabella 48 e Figura 56). Nel tempo la percentuale di eroinomani è costantemente diminuita (88,5% nel 1994, 70,1% nel 2015) mentre coloro che abusano di cocaina sono gradualmente aumentati (1,9% nel 1994, 15,9% nel 2015); il ricorso ai cannabinoidi sembra essersi stabilizzato nell'ultimo decennio intorno al valore del 10%.

Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2015 le sostanze assunte più frequentemente sono la cocaina e i cannabinoidi (17%) e l'alcol (8%) (Tabella 48)

Considerando i soggetti in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria il quadro muta sostanzialmente (Tabella 48 e Figura 57) rispetto all'analisi per sola sostanza primaria per quanto riguarda la cocaina che sale al 33%, i cannabinoidi che salgono al 28% e per l'alcol (8% solo come sostanza secondaria) mentre non si modifica in maniera sostanziale la quota dei soggetti in trattamento per eroina (72%)

Per quanto concerne la poliassunzione di sostanze analizzando i soggetti in base alla sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 40% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 20% ricorre anche a un'altra sostanza e il 40% ad almeno altre due sostanze. I soggetti che usano cocaina come sostanza primaria dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 29% dei casi; il 26% vi associa un'altra sostanza e il 45% più sostanze. Tra gli assuntori di oppiacei in via primaria il 16% assume tali sostanze esclusivamente, il 31% associate a una sola altra tipologia di sostanze e il 53% insieme con altre due sostanze o più (Figura 56).

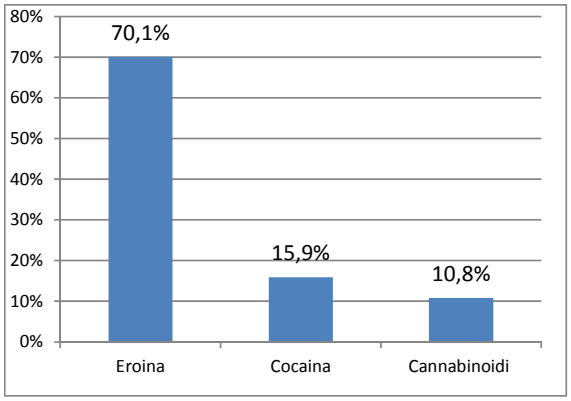
Tabella 48 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Distribuzione per sostanza primaria, per sostanza secondaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria. Anno 2015. Fonte SIND.

Sostanze	2015					
	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N	%	N	%	N	%
Eroina	98.464	70,09%	2.501	1,78%	100.965	71,87%
Metadone non prescritto	795	0,57%	1.505	1,07%	2.300	1,64%
Morfina non prescritta	50	0,04%	35	0,02%	85	0,06%
Buprenorfina non prescritta	145	0,10%	181	0,13%	326	0,23%
Altri oppiacei non prescritti	1.001	0,71%	346	0,25%	1.347	0,96%
Cocaina	22.323	15,89%	24.138	17,18%	46.461	33,07%
Crack	529	0,38%	618	0,44%	1.147	0,82%
Cannabinoidi	15.213	10,83%	23.845	16,97%	39.058	27,80%
Cannabinoidi sintetici (gruppo JWH)	35	0,02%	46	0,03%	81	0,06%
Anfetamine non prescritte	141	0,10%	1.223	0,87%	1.364	0,97%
Ecstasy ed analoghi	142	0,10%	2.767	1,97%	2.909	2,07%
Metamfetamine	11	0,01%	70	0,05%	81	0,06%
Altri stimolanti	38	0,03%	69	0,05%	107	0,08%
Barbiturici non prescritti	168	0,12%	762	0,54%	930	0,66%
Benzodiazepine non prescritte	311	0,22%	1.249	0,89%	1.560	1,11%
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	62	0,04%	180	0,13%	242	0,17%
LSD	32	0,02%	1.027	0,73%	1.059	0,75%
Altri allucinogeni	138	0,10%	689	0,49%	827	0,59%
Inalanti volatili	10	0,01%	149	0,11%	159	0,11%
Alcol			10.548	7,51%	10.548	7,51%
Tabacco			1.390	0,99%	1.390	0,99%
Steroidi non prescritti	2	0,00%	3	0,00%	5	0,00%
GHB	29	0,02%	5	0,00%	34	0,02%
Ketamina	17	0,01%	249	0,18%	266	0,19%
Mefedrone		0,00%	4	0,00%	4	0,00%
altre sostanze illegali	785	0,56%	531	0,38%	1.316	0,94%

Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	33	0,02%	20	0,01%	53	0,04%
Altri farmaci psicotropi non prescritti	16	0,01%	25	0,02%	41	0,03%
Totale soggetti	**140.490**	100,0%				

Figura 56 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Distribuzione per sostanza primaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria. Anno 2015. Fonte SIND.

Sostanza Primaria



Sostanza Primaria o Secondaria

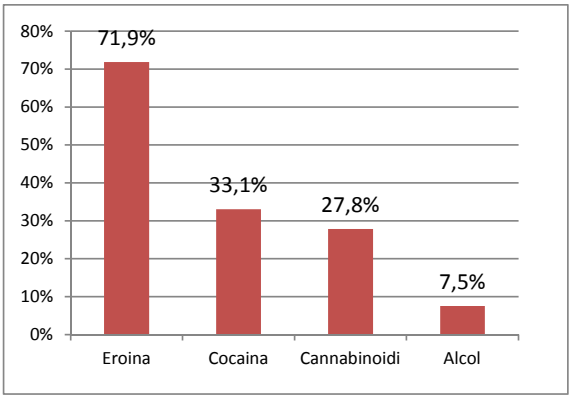
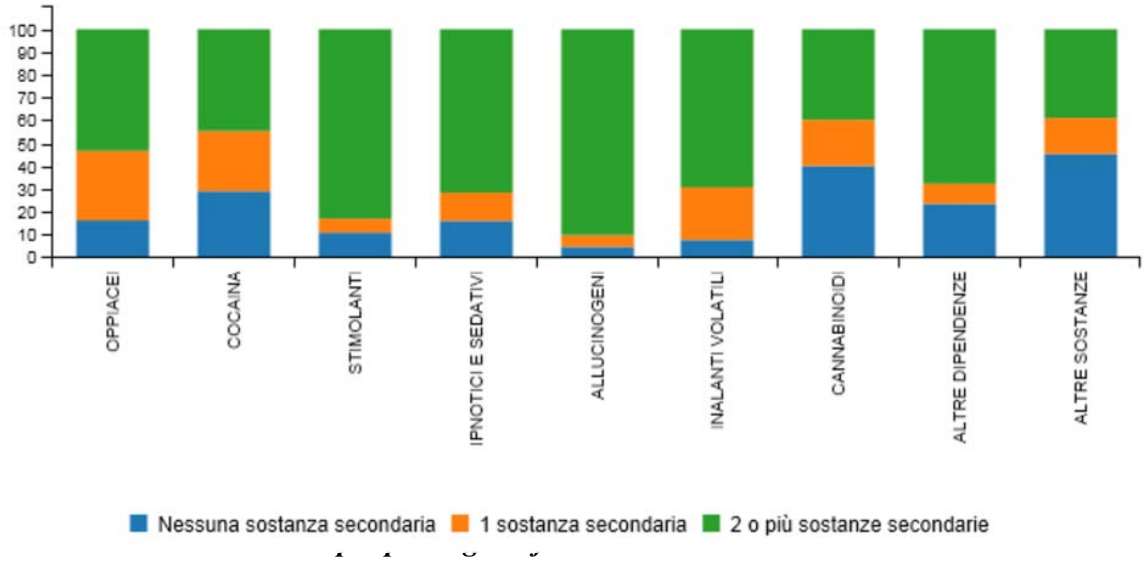


Figura 57. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per sostanza primaria distribuiti secondo il tipo di poliassunzione. Anno 2015



L'importante disomogeneità nella proporzione di utenti testati rende l'interpretazione dei dati sulla positività ai marker per le patologie infettive qui trattate non consentono un'interpretazione univoca dei dati e delle differenze rilevate. Per consentire un confronto è essenziale ottenere una raccolta di dati omogenei.

Virus HIV

Come indicato nell'introduzione, il decreto 11/06/2010 istitutivo del SIND prevede, su indicazione del Garante della privacy, che le informazioni relative all'esecuzione del test sierologico HIV vengano rilevate in forma aggregata come nella tabella ANN04 del DM 20/09/1997.

Nel 2015 sono stati testati 45.346 soggetti pari al 34% del totale dei soggetti in trattamento[25]. Sono risultati positivi 2.455 soggetti cioè l'1,8% del totale dei trattati (Tabella **49**)

La proporzione di utenti positivi per anti-HIV nelle diverse Regioni e Province Autonome è compresa tra lo 0% e il 5,5%. L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati che risente anche della mancata rilevazione di questo tipo di informazione (1,2%-100%) non consente un'interpretazione univoca di tali differenze.

[25] Nell'analisi dell'utenza per sesso ed età il dato è rilevato a livello di Ser.D. e quindi un soggetto può essere contato n volte se si rivolge ad n Ser.D. diversi. Nell'analisi delle patologie infettive il dato ha una dimensione regionale e quindi se un soggetto si rivolge a n Ser.D. diversi della stessa regione viene comunque rilevato una sola volta. Per tale motivo il totale degli utenti trattati in questa analisi (pari a 134.918) non coincide con quello fino a questo momento considerato (pari a 140.490).

Tabella 49 **Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HIV. Anno 2015. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Ser.D.. Un soggetto che si rivolge ad n Ser.D. è contato n volte nell'analisi per Ser.D. ma solo una volta a livello regione.**

Regione/PP AA	Numero Testati HIV	% Testati HIV	Numero Positivi HIV	% Positivi HIV	Totale Utenti
Piemonte	7.547	61,90%	676	5,50%	12.183
Valle d`Aosta	67	22,30%	0	0,00%	300
Lombardia	8.777	39,30%	787	3,50%	22.325
Prov. Auton. Bolzano*	1.366	110,30%	33	2,70%	1.239
Prov. Auton. Trento*	1.182	106,40%	0	0,00%	1.111
Veneto	4.379	43,50%	159	1,60%	10.067
Friuli Venezia Giulia	2.118	81,90%	60	2,30%	2.585
Liguria	1.802	35,40%	154	3,00%	5.086
Emilia Romagna	6.633	65,20%	383	3,80%	10.166
Toscana	1.210	10,10%	0	0,00%	11.996
Umbria	1.303	49,30%	45	1,70%	2.642
Marche	339	6,30%	4	0,10%	5.414
Lazio	300	3,20%	17	0,20%	9.360
Abruzzo	2.738	69,90%	17	0,40%	3.917
Molise	113	24,20%	1	0,20%	467
Campania	1.526	15,30%	0	0,00%	9.997
Puglia	212	2,40%	0	0,00%	8.732
Basilicata	525	44,50%	4	0,30%	1.181
Calabria	804	22,40%	9	0,30%	3.590
Sicilia	2.362	26,30%	95	1,10%	8.986
Sardegna	43	1,20%	11	0,30%	3.574
Totale	**45.346**	**33,60%**	**2.455**	**1,80%**	**134.918**

*Il numero dei testati supera il 100%. Il flusso HIV non è collegato all'anagrafica pertanto non è possibile escludere dal conteggio gli invii doppi (più esami per lo stesso utente) come per le infezioni da HBV e HCV nonché gli esami effettuati a soggetti scartati nelle diverse fasi del processo di caricamento dei dati. Si è scelto di riportare il dato come pervenuto.

Virus HBV

Nel 2015 sono stati testati 29.627 soggetti pari al 22% del totale dei soggetti in trattamento (cfr. nota[1]). La percentuale di positività[26], sul totale utenti, risulta del 2,3% per il totale Italia (Tabella 50).

La proporzione di utenti positivi ai marker per HBV nelle diverse Regioni e Province Autonome è compresa tra lo 0% e l'1,4% con un'unica regione che si colloca al 21%. L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati che risente anche della mancata rilevazione di questo tipo di informazione (2,3%-71%) non consente un'interpretazione univoca di tali differenze.

Limitando l'analisi a coloro che usano la sostanza per via iniettiva, a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale di testati aumenta ed è pari al 28,2% (Tabella 51).

Tabella 50 Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HBV. Anno 2015. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Ser.D.. Un soggetto che si rivolge ad n Ser.D. è contato n volte nell'analisi per Ser.D. ma solo una volta a livello regione. Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfano una delle seguenti condizioni: Infetto: HbsAG Positivo; Immune: HbsAG Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo; Infezione Pregressa/Cronica: HbsAG Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo.

Regione/PP AA	Numero Testati HBV	% Testati HBV	Numero Positivi HBV	% Positivi HBV	Totale Utenti
Piemonte	3.375	27,7%	2.559	21,0%	12.183
Valle d`Aosta	-	-	-	-	300
Lombardia	4.927	22,1%	107	0,5%	22.325
Prov. Auton. Bolzano	-	-	-	-	1.239
Prov. Auton. Trento	224	20,2%	2	0,2%	1.111
Veneto	3.699	36,7%	71	0,7%	10.067
Friuli Venezia Giulia	1.774	68,6%	26	1,0%	2.585
Liguria	875	17,2%	19	0,4%	5.086
Emilia Romagna	7.218	71,0%	143	1,4%	10.166
Toscana	955	8,0%	13	0,1%	11.996
Umbria	1.181	44,7%	23	0,9%	2.642
Marche	126	2,3%	1	0,0%	5.414

[26] Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfino una delle seguenti condizioni:
-Infetto: HbsAG Positivo;
-Immune: HbsAG Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo;
-Infezione Pregressa/Cronica: HbsAG Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo

Lazio	330	3,5%	13	0,1%	9.360
Abruzzo	907	23,2%	12	0,3%	3.917
Molise	114	24,4%	0	0,0%	467
Campania	920	9,2%	17	0,2%	9.997
Puglia	669	7,7%	14	0,2%	8.732
Basilicata	381	32,3%	2	0,2%	1.181
Calabria	157	4,4%	5	0,1%	3.590
Sicilia	1.795	20,0%	69	0,8%	8.986
Sardegna	-	-	-	-	3.574
TOTALE	**29.627**	**22,0%**	**3.096**	**2,3%**	**134.918**

Tabella 51 Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HBV. Anno 2015.

Regione/PP AA	Numero Uso Iniettivo Testati HBV	Totale Utenti Uso Iniettivo	% Testati HBV
Piemonte	1.656	4.555	36,4%
Valle d`Aosta	-	129	-
Lombardia	1.126	5.382	20,9%
Prov. Auton. Bolzano	-	484	-
Prov. Auton. Trento	23	110	-
Veneto	1.295	2.876	45,0%
Friuli Venezia Giulia	516	631	81,8%
Liguria	205	1.345	15,2%
Emilia Romagna	4.536	5.689	79,7%
Toscana	237	2.262	10,5%
Umbria	411	664	61,9%
Marche	35	159	22,0%
Lazio	173	4.378	4,0%
Abruzzo	534	2.031	26,3%
Molise	31	107	29,0%
Campania	318	3.250	9,8%

Puglia	268	3.388	7,9%
Basilicata	80	273	29,3%
Calabria	77	1.594	4,8%
Sicilia	656	2.083	31,5%
Sardegna	-	1.801	-
TOTALE	**12.177**	**43.191**	**28,2%**

Virus HCV

Nel 2015 sono stati testati 29.234 soggetti pari al 22,0% del totale dei soggetti in trattamento (cfr. nota[1]). Il 10% degli utenti (n=13.060) è positivo con un'importante variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per il virus HCV è compresa tra lo 0,5% e il 36,2% (Tabella 52). L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati che può dipendere anche dalla non adeguata rilevazione del dato (3,6%-71,4%) non consente un'interpretazione univoca di tali differenze.

La percentuale di testati aumenta a 27,6% se si fa riferimento alla popolazione di soli utenti iniettivi (Tabella 52).

La percentuale di testati, per HBV o per HCV, è analizzata stratificando l'utenza secondo le principali sostanze d'uso iniettivo. Risulta che le percentuali di testati, per ogni singola sostanza, sono simili per l'HBV e l'HCV attestandosi intorno al 29% per l'eroina e al 31% per la cocaina.

Tabella 52 . Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HCV. Anno 2015. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Ser.D.. Un soggetto che si rivolge ad n Ser.D. è contato n volte nell'analisi per Ser.D. ma solo una volta a livello regione.

Regione/PP AA	Numero Testati HCV	% Testati HCV	Numero Positivi HCV	% Positivi HCV	Totale Utenti *
Piemonte	3.266	26,8%	867	7,1%	12.183
Valle d`Aosta	-	-	-	-	300
Lombardia	5.024	22,5%	2.212	9,9%	22.325
Prov. Auton. Bolzano	-	-	-	-	1.239
Prov. Auton. Trento	-	-	-	-	1.111
Veneto	3.544	35,2%	1.560	15,5%	10.067
Friuli Venezia Giulia	1.465	56,7%	776	30,0%	2.585
Liguria	792	15,6%	401	7,9%	5.086
Emilia Romagna	7.260	71,4%	3.676	36,2%	10.166
Toscana	1.087	9,1%	383	3,2%	11.996
Umbria	1.086	41,1%	595	22,5%	2.642
Marche	195	3,6%	25	0,5%	5.414
Lazio	364	3,9%	206	2,2%	9.360
Abruzzo	947	24,2%	409	10,4%	3.917
Molise	116	24,8%	64	13,7%	467
Campania	1.039	10,4%	389	3,9%	9.997
Puglia	711	8,1%	327	3,7%	8.732

Basilicata	431	36,5%	132	11,2%	1.181
Calabria	162	4,5%	68	1,9%	3.590
Sicilia	1.745	19,4%	970	10,8%	8.986
Sardegna	-	-	-	-	3.574
Totale	**29.234**	**21,7%**	**13.060**	**9,7%**	**134.918**

Tabella 53 Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HCV. Anno 2015.

Regione/PP AA	Numero Uso Iniettivo Testati HCV	Totale Utenti Uso Iniettivo	% Testati HCV
Piemonte	1.683	4.555	36,9%
Valle d`Aosta	-	129	-
Lombardia	1.131	5.382	21,0%
Prov. Auton. Bolzano	-	484	-
Prov. Auton. Trento	-	110	-
Veneto	1.136	2.876	39,5%
Friuli Venezia Giulia	317	631	50,2%
Liguria	180	1.345	13,4%
Emilia Romagna	4.554	5.689	80,0%
Toscana	257	2.262	11,4%
Umbria	368	664	55,4%
Marche	58	159	36,5%
Lazio	193	4.378	4,4%
Abruzzo	567	2.031	27,9%
Molise	33	107	30,8%
Campania	364	3.250	11,2%
Puglia	296	3.388	8,7%
Basilicata	85	273	31,1%
Calabria	84	1.594	5,3%
Sicilia	633	2.083	30,4%
Sardegna	-	1.801	-
Totale	**11.939**	**43.191**	**27,6%**

Tabella 54 . Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HBV o HCV. Anno 2015. Un soggetto può essere contato più volte se usa più sostanze per uso iniettivo.

	Eroina			Cocaina		
Test	Numero Testati Uso Iniettivo Eroina	Totale Uso Iniettivo Eroina	% Uso Iniettivo Eroina Testati	Numero Testati Uso Iniettivo Cocaina	Totale Uso Iniettivo Cocaina	% Uso Iniettivo Cocaina Testati
HBV	6.309	21.591	29,2%	2.106	6.776	31,1%
HCV	6.212	21.591	28,8%	2.108	6.776	31,1%

- ***Utenti monitorati nei Ser.D. per patologia psichiatrica concomitante***

Il sistema informativo SIND rileva anche le informazioni relative alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente attive nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale di dipendenza. La patologia viene identificata attraverso la classificazione ICD IX .

Malgrado il dato sia sicuramente sottostimato (non tutti i servizi rilevano con la stessa accuratezza e completezza l'informazione) e condizionato dall'offerta territoriale specifica (i servizi sono distribuiti in modo non uniforme in quantità e qualità), si è ritenuto comunque opportuno valutare quali sono le patologie psichiatriche più frequenti nei soggetti in trattamento per la dipendenza.

Nel 2015 presentano almeno una patologia psichiatrica 8.305 soggetti (8.320 nel 2014) pari al 6,2% dei soggetti in trattamento presso i Ser.D.. Dall'analisi della tabella si nota che il 61,7% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 20,7% da sindromi nevrotiche e somatoformi, l'11,1%% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,6% da depressione e l'1,6% da mania e disturbi affettivi bipolari. Tale distribuzione è simile a quella rilevata nel 2014 nella quale le stesse percentuale erano pari, rispettivamente, al 63,1%, al 20,6%, al 10,1%, al 2,2% e all'1,7% .

La rilevanza del dato ai fini conoscitivi della situazione epidemiologica riguardo alla patologia psichiatrica concomitante è un incentivo per le Regioni a rafforzare ed ottimizzare la raccolta accurata ed esaustiva delle informazioni.

Tabella 55. Distribuzione percentuale per tipologia di patologia psichiatrica concomitante negli utenti in trattamento nei Ser.D. Anno 2015. La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano un patologia psichiatrica concomitante

PATOLOGIA CONCOMITANTE PSICHIATRICA	%
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	11,1%
Mania e disturbi affettivi bipolari	1,6%
Depressione	2,6%
Sindromi nevrotiche e somatoformi	20,7%
Disturbi della personalità e del comportamento	61,7%
Demenze e disturbi mentali organici	0,6%
Ritardo mentale	0,9%
Altri disturbi psichici	0,7%

- ***Soggetti in carico ai Ser.D. per Gioco d'Azzardo Patologico in Italia***

Il disturbo da gioco d'azzardo nella quinta e ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (il principale manuale di psichiatria in uso nel mondo) pubblicata nel 2013 è ascritto tra i "disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction". Viene quindi ulteriormente affermata la sua appartenenza alle patologie da dipendenza.

I Ser.D. presenti nel territorio nazionale, da circa 10 anni hanno attivato la presa in carico dei soggetti con disturbo da gioco d'azzardo.

Naturalmente il fenomeno è sottostimato e i soggetti che si rivolgono ai servizi preposti sono solo una modesta percentuale rispetto al reale bisogno. Negli ultimi anni, si rileva un costante aumento di richiesta di presa in carico.

Nel 2015 in Italia i soggetti che hanno fatto domanda di trattamento presso i Ser.D. per gioco d'azzardo patologico sono 13.136 (non sono pervenuti i dati della Sardegna). Tenuto conto che oltre la metà delle regioni, ha fornito il dato distribuito per genere e data di arrivo al servizio, si ha l'opportunità di osservare che tra i soggetti che hanno fatto domanda ai Ser.D. per Gioco d'Azzardo Patologico:

- le femmine sono il 19% e i maschi sono l'81%;
- i nuovi utenti sono il 34,1%, quelli già in carico negli anni precedenti sono il 65,9%.

I dati sono stati forniti dalle regioni al di fuori del tracciato SIND e sono stati raccolti in forma aggregata.

E' auspicabile che in futuro il SIND riesca a contemplare anche questa tipologia di utenza.

Tabella 56 Utenti in carico ai Ser.D. per gioco d'azzardo patologico. Anno 2015. Fonte: rilevazione ad hoc delle Regioni in forma aggregata.

Regione/PP AA	Utenti GAP
Piemonte	1.374
Val d'Aosta	46
Lombardia	2.117
Bolzano	278
Trento	101
Veneto	985
Friuli Venezia Giulia	406
Liguria	367
Emilia Romagna	1.310
Toscana	1.334
Umbria	357
Marche	418
Lazio	385
Abruzzo	196
Molise	122
Campania	1.204
Puglia	616
Basilicata	122
Calabria	144
Sicilia	1.254
Sardegna	--
ITALIA	**13.136**

1.5 Elementi di riflessione

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico delle persone con dipendenza su tutto il territorio e offre modalità di trattamento differenziate e personalizzate sulla base delle caratteristiche dell'utenza e delle intensità di cura richieste.
La rete dei servizi è presente in tutte le aree del paese in modo abbastanza uniforme per quanto riguarda i servizi ambulatoriali.
La presenza diffusa delle strutture del Privato sociale, spesso organizzate in Federazioni o Associazioni, che si alimentano anche con il contributo del volontariato, costituisce un patrimonio indiscutibile di sostegno sociale e di competenze tecniche consolidatisi negli anni che va, in alcuni casi a compensare il sottodimensionamento delle risorse umane e professionali riscontrabili in molte realtà soprattutto del Sud Italia.
L'architettura complessiva del sistema è pertanto solida e pone l'Italia in una posizione di rilievo anche nel panorama internazionale.

Tuttavia, la mutevolezza e complessità del fenomeno delle dipendenze, di cui alle premesse, richiama a uno sforzo comune per ridefinire modelli organizzativi e di trattamento, il più possibile condivisi ed omogenei in tutto il Paese. In questo ambito vi sono differenze organizzative abbastanza vistose tra nord, centro e sud Italia. Questo comporta inevitabilmente differenze sulla qualità e quantità dei servizi erogati e sulla efficacia dei trattamenti verso i pazienti affetti da Dipendenza patologica, per il solo fatto di risiedere in una zona rispetto a un'altra.
Persistono inoltre significative differenze sui requisiti (standard) delle strutture accreditate per l'area delle Dipendenze. Troppe differenze sono presenti nel Paese, sia in termine di livelli di standard organizzativo-strutturali, sia in termine di costi a giornata di assistenza in strutture terapeutico-riabilitative.
Anche il modello organizzativo e di programmazione delle Regioni è molto variegato, riguardo a esempio all'afferenza dei Servizi all'ambito sanitario e sociale, comportando a volte difficoltà di integrazione tra i due settori, peraltro comuni ad altre materie.

richiesta di collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze, avanzata dal DPA e approvata dalla Commissione Salute in data 25 maggio 2016.

Attraverso le funzioni di coordinamento delle Regioni e P.A., con il supporto ed il confronto costruttivo del DPA e dei Ministeri competenti, sarebbe possibile recuperare e rendere attuali alcuni degli obiettivi individuati dall'Accordo del 2009 e, soprattutto, avviare una serie di attività grazie al recente Accordo di collaborazione tra il DPA e la Commissione Salute (maggio 2016), che si declinerà attraverso gruppi di lavoro stabili, multidisciplinari e interistituzionali, orientati per obiettivi specifici, a garanzia del rispetto del mandato istituzionale e in conformità alla vigente legislazione in materia di Dipendenze, che sappiano orientare le decisioni politiche verso obiettivi condivisi ed in grado di assicurare il rispetto effettivo dei LEA su tutto il territorio nazionale.

1.6 Misure alternative al carcere per i tossicodipendenti

Il trattamento delle persone tossicodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria privativi o limitativi della libertà personale assume caratteri peculiari nell'ordinamento penitenziario italiano, rispetto alla restante tipologia dei soggetti in esecuzione penale. La ratio di

tale approccio è da ricondurre all'esigenza di dare una risposta adeguata alle particolari condizioni psico-fisiche dei soggetti destinatari di condanna esecutiva, nei confronti dei quali, alla generica funzione rieducativa della pena si aggiunge una valenza riabilitativa, volta al superamento della condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti. Il nostro ordinamento prevede dei percorsi ad hoc per i tossicodipendenti sottoposti a provvedimenti di condanna a pena detentiva, come previsto agli artt. 90 e 94 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, recanti rispettivamente la disciplina della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari.

Inoltre, per effetto di quanto stabilito nell'art. 73 co. 5 bis D.P.R. n. 309/90, introdotto dall'art. 4 bis, co. 1 lett. g) del D.L.272/05, convertito con modifiche dalla Legge n. 49/06, per reati ex art. 73 co. 5 D.P.R. n. 309/90, commessi da persone tossicodipendenti o da assuntori di sostanze stupefacenti o psicotrope, può essere applicata con sentenza di condanna la sanzione sostitutiva del lavoro di pubblica utilità, in luogo della pena detentiva.

Tali misure costituiscono il modo di assicurare ai condannati tossicodipendenti modalità di esecuzione della condanna, prevalentemente caratterizzate da aspetti terapeutici volti alla tutela della salute, ma anche della sicurezza pubblica.

L'Ordinamento Penitenziario prevede, inoltre, misure alternative alla detenzione disciplinate dalla legge n. 354/1975 e successive modifiche e integrazioni, quali l'affidamento in prova al servizio sociale, la detenzione domiciliare, la semilibertà, che possono essere comunque applicate alle persone tossicodipendenti, che non hanno avuto accesso a misure alternative specifiche, principalmente per mancanza di requisiti richiesti ex lege, ed in particolare quello del reperimento di un posto presso una Comunità terapeutica accreditata, residenziale o semiresidenziale.

Un ruolo molto importante, soprattutto per il buon esito del percorso di riabilitazione del reo, è quello rivestito dagli UEPE (Uffici di Esecuzione Penale Esterna)[27] sia nella fase propedeutica di accesso alla misura alternativa alla detenzione, inerente la prognosi derivante dalle risultanze dell'indagine socio-familiare e la definizione del programma terapeutico in collaborazione con gli organi all'uopo deputati (Servizi pubblici per le dipendenze - Comunità terapeutiche), che nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di sostegno alla persona, controllo di ottemperanza alle prescrizioni e rispondenza al programma trattamentale.

Del pari importante per il buon funzionamento delle misure predisposte per i tossicodipendenti in esecuzione penale e per l'incremento delle opportunità di riabilitazione e reinserimento sociale è la collaborazione Interistituzionale tra Regioni, Servizi Sanitari, Magistratura di Sorveglianza ed Uffici di Esecuzione Penale Esterna.

A tale scopo il Ministero della Giustizia si è attivato per rafforzare la predetta collaborazione attraverso la definizione di protocolli d'intesa con le Regioni, gli Enti Locali, ed i Tribunali di Sorveglianza per realizzare in modo più efficiente ed efficace quanto previsto nel dettato

[27] Gli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) sono stati istituiti dalla legge 27 luglio 2005, n.154, in luogo dei Centri di servizio sociale per adulti dell'amministrazione penitenziaria previsti dall'art. 72 della legge 26 luglio 1975 n. 354. Ricevono gli indirizzi generali dalla Direzione Generale dell'esecuzione penale esterna- Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità del Ministero della Giustizia e sono coordinati dagli Uffici dell'esecuzione penale esterna presso i Provveditorati regionali dell'Amministrazione Penitenziaria.

Gli Uffici locali provvedono ad eseguire i compiti assegnati dalla legge: attività di consulenza agli istituti penitenziari per contribuire all'attività di osservazione e trattamento dei detenuti; inchieste sociali utili a fornire alla magistratura di sorveglianza i dati occorrenti per l'applicazione, la modificazione, la proroga e la revoca delle misure alternative alla detenzione, delle misure di sicurezza, delle sanzioni sostitutive e per la sospensione del procedimento con messa alla prova; compiti di vigilanza e/o di assistenza sociale nei confronti dei soggetti ammessi alle misure alternative alla detenzione e alle misure di sicurezza non detentive.

costituzionale in materia di esecuzione penale, con particolare riferimento al trattamento delle persone tossicodipendenti.

Per effetto della stipula dei protocolli le Regioni firmatarie (Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria) si sono impegnate ad adottare misure per potenziare le capacità ricettive delle comunità terapeutiche, idonee ad ospitare persone tossicodipendenti agli arresti domiciliari o in misura alternativa alla detenzione. In attuazione del principio di territorializzazione della pena il Ministero della Giustizia si è impegnato a non trasferire, salvo casi eccezionali, i detenuti individuati per l'inserimento comunitario ed a promuovere, anche con il contributo della Cassa Ammende, progetti condivisi con le Regioni e con gli Enti territoriali finalizzati al raggiungimento dei predetti obiettivi.

La Direzione Generale dell'esecuzione penale esterna del Ministero della Giustizia, che si occupa tra l'altro dell'andamento delle misure di esecuzione penale esterna e di probation, pubblica con cadenza mensile il monitoraggio delle misure alternative alla detenzione, delle sanzioni sostitutive, delle misure di sicurezza. Dal mese di maggio 2014 viene monitorato anche l'andamento della sospensione del procedimento con messa alla prova, istituto introdotto dalla legge n. 67/14.

Dalla disamina dei dati è emerso che il flusso dei tossicodipendenti in esecuzione penale esterna nel 2015 risulta avere un andamento costante rispetto alle annualità precedenti. Molto importante è stata l'azione di sensibilizzazione e coinvolgimento delle Regioni per incrementare la residenzialità nelle comunità terapeutichi relativamente al target specifico di riferimento. Sono state promosse a livello locale una serie di azioni volte proprio all'attuazione di quanto in essi previsto per renderli operativi.

Si segnala, in particolare, l'emanazione in alcune realtà territoriali di Linee guida regionali interistituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva per le persone tossicodipendenti, condivise dalla Regione, dai Servizi ASL per le dipendenze, dai Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria, dal Tribunale di Sorveglianza. A titolo esemplificativo la Regione Umbria ha approvato con Delibera della Giunta Regionale dell'1.12.2014 il documento per l'attuazione delle linee guida per la gestione integrata dei programmi alternativi alla detenzione per le persone tossicodipendenti, volte ad incrementare l'accesso alle misure alternative alla detenzione e contemporaneamente potenziarne l'efficacia. Gli obiettivi specifici delle istituzioni coinvolte sono diretti a:

potenziare i rapporti di collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali interessati, in una prospettiva trattamentale integrata e progettuale, promuovendo un approccio di sistema che faciliti la realizzazione di equipe territoriali in grado di operare come agenti di rete ed integrando le risorse delle istituzioni con quelle della comunità territoriale;

migliorare il sistema territoriale di offerta, introducendo innovazioni rispetto alla polarizzazione tra trattamento territoriale e trattamento residenziale, che caratterizza usualmente i programmi in misura alternativa, con l'obiettivo di una effettiva individualizzazione dei percorsi terapeutici, che debbono coniugare equità, appropriatezza, efficacia e sostenibilità;

rendere più omogenei criteri e procedure di applicazione delle misure alternative in ambito regionale, con il supporto di strumenti procedurali comuni.

Tali accordi favorendo il consolidamento della rete territoriale contribuirà certamente nei prossimi anni a rendere più efficiente ed efficace il sistema per il trattamento integrato e la riabilitazione dei tossicodipendenti in esecuzione penale esterna.

Di seguito si riportano le risultanze dei dati statistici derivanti dal rilevamento semestrale delle misure alternative alla detenzione e delle sanzioni sostitutive per i tossicodipendenti, in comparazione con le misure alternative e sanzioni sostitutive destinate a tutti i soggetti in esecuzione