

**Riferimenti bibliografici**

(1) Ministero della Salute. Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990. “Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”. Gazzetta Ufficiale 1991;6.

(2) Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. *European Journal of Epidemiology* 1986;2(4):300-304.

(3) Istituto Superiore di Sanità. Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA. 2016; Available at: <http://www.iss.it/seieva>. Accessed 06/17, 2016.

(4) Crowcroft NS. Hepatitis A virus infections in injecting drug users. *Communicable disease and public health* 2003;6(2):82-84.

(5) Spada E, Genovese D, Tosti ME, Mariano A, Cucchini M, Proietti L, et al. An outbreak of hepatitis A virus infection with a high case-fatality rate among injecting drug users. *Journal of Hepatology* 2005;43(6):958-964.

(6) Lettau LA, McCarthy JG, Smith MH, Hadler SC, Morse LJ, Ukena T, Bessette R, Gurwitz A, Irvine WG, Fields HA, et al. Outbreak of severe hepatitis due to delta and hepatitis B viruses in parenteral drug abusers and their contacts. *N Engl J Med* 1987;317(20):1256-1262.

(7) Mele A, Mariano A, Tosti ME, Stroffolini T, Pizzuti R, Gallo G, Ragni P, Zotti C, Lopalco P, Curtale F, Balocchini E, Spada E, SEIEVA Collaborating Group. Acute hepatitis delta virus infection in Italy: incidence and risk factors after the introduction of the universal anti-hepatitis B vaccination campaign. *Clinical Infectious Diseases* 2007;44(3):e17-24.

(8) Istat. Demografia in cifre. 2006; Available at: <http://www.demo.istat.it/>. Accessed 17 giugno, 2006.

(9) Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. FrancoAngeli; 2012.

(10) Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014.

(11) Ministero della Salute. LEGGE 27 maggio 1991, n. 165. Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B. 1991.

(12) Ministero della Salute - DG della Prevenzione - Ufficio V. Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Vaccinazioni dell'età pediatrica, in Italia: coperture vaccinali. 2014.

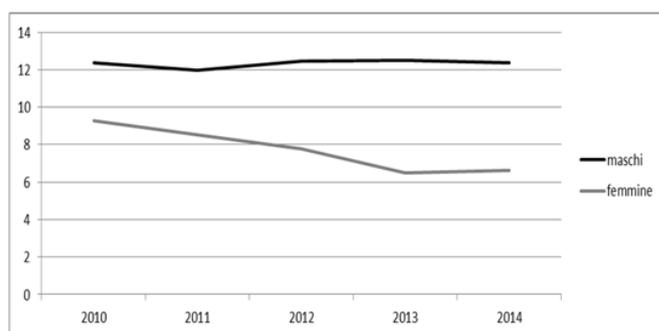
(13) Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti. Rapporti ISTISAN 09/29 2009.

## 2.5 Ricoveri ospedalieri droga correlati

Dopo il rapido declino osservato fino alla prima metà degli anni 2000, i ricoveri droga-correlati in Italia sono andati riducendosi ad un ritmo più lento. Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) raccolte dal Ministero della Salute relative agli ultimi cinque anni risulta che il numero di ricoveri è passato da 6.499 nel 2010 a 5.632 nel 2014. Rispetto alla popolazione i ricoveri droga-correlati sono diminuiti da 10,7 a 9,3 per 100.000 residenti.

I ricoveri maschili sono sempre più numerosi di quelli femminili e il divario di genere (rapporto tra uomini e donne) è aumentato nel tempo passando da 1,3 nel 2010 a 1,7 nel 2014. Tale aumento è dovuto ad un trend sostanzialmente stabile negli uomini e leggermente decrescente nelle donne: i tassi di ospedalizzazione droga-correlati standardizzati per età<sup>63</sup> negli uomini sono circa pari a 12 per 100.000 residenti negli anni 2010-2014, mentre nelle donne sono passati da 9,3 a 6,6 (Figura 80).

**Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per sesso in Italia. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 2010-2014.**



<b>2010</b>	12.36	9.27
<b>2011</b>	11.97	8.53
<b>2012</b>	12.48	7.78
<b>2013</b>	12.5	6.5
<b>2014</b>	12.35	6.61

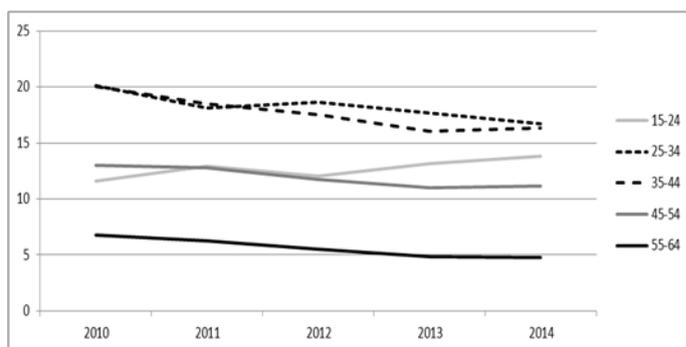
**Figura 80**

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Le classi di età 25-34 e 35-44 anni si confermano quelle con i livelli di ospedalizzazione più elevati, sebbene in diminuzione (Figura 81). Seguono per frequenza i ricoveri droga-correlati della classe di età 15-24 anni, unica fascia di età in controtendenza che registra un aumento dell'ospedalizzazione nel periodo di osservazione.

**Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per classe di età in Italia. Tassi di ospedalizzazione specifici per età per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 2010-2014.**

<sup>63</sup>I tassi di ospedalizzazione standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando classi di età quinquennali (0, 1-5, 5-9, ..., 90+); la popolazione standard utilizzata è la popolazione residente in Italia alla data del Censimento 2001.



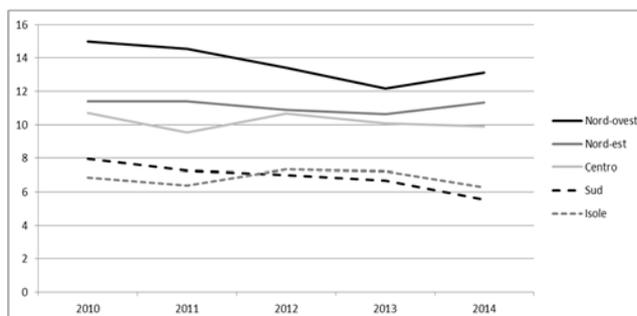
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
<b>2010</b>	11.56	20.08	20.01	12.97	6.78
<b>2011</b>	12.94	18.11	18.49	12.74	6.26
<b>2012</b>	12.04	18.61	17.52	11.75	5.53
<b>2013</b>	13.12	17.7	16.01	11	4.84
<b>2014</b>	13.82	16.7	16.33	11.14	4.8

Figura 81

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Per quanto riguarda le differenze territoriali, si conferma il gradiente Nord-Sud, con tassi di ospedalizzazione droga-correlati più elevati al Centro-Nord rispetto al Sud e alle Isole (Figura 82). Nel 2014 il divario tra il Nord-ovest ed il Sud risulta inoltre più ampio che nel 2010 per un aumento dei tassi tra il 2013 e il 2014 nel primo caso ed una diminuzione nel secondo caso.

**Trend delle dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per area geografica. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per 100.000 residenti. Popolazione residente, anni 2010-2014.**



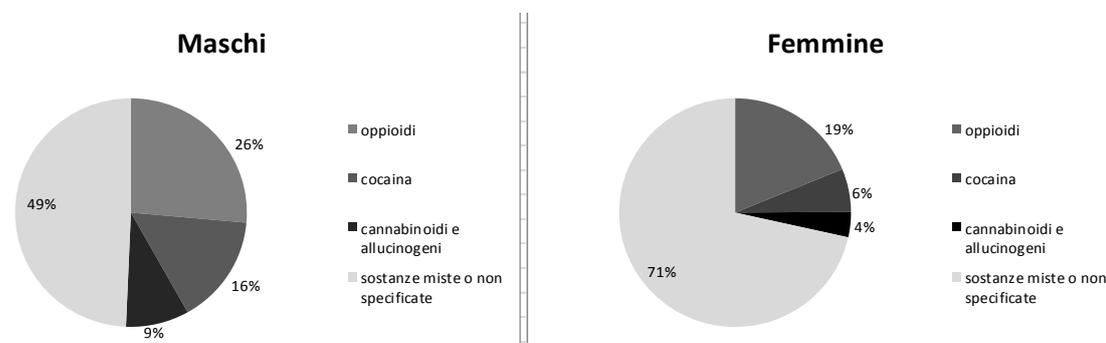
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole
<b>2010</b>	14.97	11.41	10.69	7.96	6.86
<b>2011</b>	14.54	11.41	9.54	7.24	6.37
<b>2012</b>	13.41	10.87	10.67	7	7.33
<b>2013</b>	12.15	10.61	10.08	6.68	7.21
<b>2014</b>	13.13	11.31	9.91	5.53	6.26

Figura 82

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Facendo riferimento al tipo di sostanza per cui è avvenuto il ricovero, in entrambi i generi sono più frequenti i ricoveri per consumo di oppioidi (compresi eroina, metadone e oppio); seguono i ricoveri per consumo di cocaina e quelli per cannabis, amfetamine e altre sostanze psicostimolanti (Figura 83). Tuttavia questi dati sono fortemente influenzati dall'elevata percentuale di casi riferiti al consumo di sostanze miste o non specificate, che rappresentano il 49% negli uomini e ben il 71% nelle donne, riducendo le potenzialità di studiare il fenomeno per sostanza consumata.

### Dimissioni ospedaliere per disturbi correlati all'abuso di droghe per genere e tipo di sostanza. Anno 2014.



**Figura 83**

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Focalizzando l'analisi sui pazienti di 15-64 anni, il numero di ricoveri droga-correlati passa da 4.913 se si considera solo la diagnosi principale, a 15.692 se si considerano tutte le diagnosi riportate nella scheda di dimissione ospedaliera (Tabella 97). Il rapporto tra il numero di casi per tutte le diagnosi e il numero di casi per la diagnosi principale è ancora più elevato negli uomini (3,5) ed è pari a 4 volte nella classe 45-54 anni; nelle donne tale rapporto scende a 2,7, con differenze più contenute nelle diverse classi di età. Di conseguenza, il tasso grezzo di ospedalizzazione aumenta molto quando si considerano tutte le diagnosi della scheda di dimissione ospedaliera: 40,0 per 100.000 residenti vs. 12,5.

Le differenze di genere si accentuano considerando il quadro patologico complessivo: il rapporto di genere (ricoveri maschili / ricoveri femminili) sale da 2 nel caso della diagnosi principale droga-correlata a 2,5 nel caso della multimorbosità, per una maggior frequenza negli uomini di diagnosi droga-correlate tra le diagnosi secondarie.

Per quanto riguarda le classi di età, si conferma invece il profilo osservato per la diagnosi principale, con una maggior frequenza dei ricoveri droga-correlati nelle classi 25-34 e 35-44 anni, seguita dalla classe 15-24 anni.

**Dimissioni ospedaliere droga-correlate 15-64 anni per classe di età, diagnosi principale o tutte le diagnosi. Numero assoluto e tassi grezzi (per100.000). Popolazione residente, anno 2014.**

Età	Diagnosi principale		Tutte le diagnosi		Rapporto Tutte / Principale
	dimissioni	tasso grezzo	dimissioni	tasso grezzo	
<b>Maschi</b>					
15-24	584	19.0	1,731	56.4	3.0
25-34	869	24.9	2,810	80.4	3.2
35-44	1,024	22.3	3,602	78.5	3.5
45-54	628	13.3	2,523	53.6	4.0
55-64	155	4.2	592	16.1	3.8
<b>Tot (15-64)</b>	<b>3,260</b>	<b>16.7</b>	<b>11,258</b>	<b>57.6</b>	<b>3.5</b>
<b>Femmine</b>					
15-24	240	8.3	637	22.0	2.7
25-34	290	8.4	874	25.4	3.0
35-44	477	10.4	1,270	27.6	2.7
45-54	436	9.0	1,121	23.2	2.6
55-64	210	5.3	532	13.5	2.5
<b>Tot (15-64)</b>	<b>1,653</b>	<b>8.4</b>	<b>4,434</b>	<b>22.5</b>	<b>2.7</b>
<b>Totale</b>					
15-24	824	13.8	2,368	39.7	2.9
25-34	1,159	16.7	3,684	53.1	3.2
35-44	1,501	16.3	4,872	53.0	3.2
45-54	1,064	11.1	3,644	38.2	3.4
55-64	365	4.8	1,124	14.8	3.1
<b>Tot (15-64)</b>	<b>4,913</b>	<b>12.5</b>	<b>15,692</b>	<b>40.0</b>	<b>3.2</b>

**Tabella 97**

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per la classe 15-64 anni confermano che, pur eliminando l'effetto della diversa struttura per età, permangono sia le forti differenze tra la frequenza dei ricoveri droga-correlati ottenuti considerando la diagnosi principale o tutte le diagnosi, sia le forti differenze di genere.

PAGINA BIANCA

## Capitolo 3 – I trattamenti in carcere

A cura del Ministero Giustizia – Dipartimento di Giustizia Minorile e di Comunità e Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP)

### 3.1 Salute dei detenuti

#### L'INTERVENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA IN TEMA DI TOSSICODIPENDENZA - 2016

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

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

#### INDAGINI SUL FENOMENO DELLA TOSSICODIPENDENZA

Il problema della titolarità delle indagini epidemiologiche sulla tossicodipendenza in carcere, sorto successivamente al passaggio della sanità penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale, non è stato ancora risolto. Attualmente il monitoraggio del fenomeno viene ancora condotto dal Dap in forma aggregata presso i singoli Istituti Penitenziari. E' previsto che venga sostituito dal monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati di pertinenza del SIS, Sistema Informativo Sanitario.

La rilevazione del fenomeno della tossicodipendenza effettuata dal Dap è stata istituita allo scopo di monitorare gli effetti del DPR 309/90 e 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, gli screening e le misure adottate, sull'alcooldipendenza. Successivamente, in previsione di una sostituzione con il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, la richiesta di informazioni è stata ridimensionata, limitando l'indagine al numero di detenuti tossicodipendenti, distinti per sesso e nazionalità (presenza a fine periodo e nuovi giunti nel periodo). In questo modo, pur non rilevando dati di tipo strettamente sanitario, è stato possibile per l'Amministrazione Penitenziaria, incaricata della custodia e del trattamento dei detenuti, conoscere l'ammontare del fenomeno, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

La percentuale di detenuti tossicodipendenti attualmente presenti in carcere è pari a circa il 25% (percentuale sostanzialmente stabile negli ultimi cinque anni): si tratta dei detenuti con problemi droga-correlati, da non confondere con i detenuti con una diagnosi di dipendenza, il cui numero

complessivo risulta inferiore. Fino al 2008 la rilevazione del 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 otterrebbero, per ogni singolo detenuto con problemi droga-correlati, le informazioni demografiche, giudiziarie e trattamentali che il sistema contiene. Inizialmente il sistema informatico prevedeva addirittura la compilazione di cartelle cliniche informatizzate e di schede tossicologiche, dismesse dopo il 2008 per i motivi anzidetti.

Si unisce il prospetto relativo all'andamento del numero dei detenuti tossicodipendenti presenti negli istituti penitenziari dall'anno al 31.12.2015 (Serie storica Fonte DAP – Sezione Statistica).

Il prospetto sottostante mostra l'andamento dei detenuti presenti con ascritti reati di cui agli articoli 73 e 74 del DPR 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 ascritto il reato di cui all'art. 73 risulta in aumento fino al 2010, per poi diminuire fino a raggiungere l'attuale quota (16.712 al 31.12.2015). Nel 2014 si assiste al calo più brusco: il numero complessivo di detenuti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 risulta inferiore del 23% rispetto al valore relativo all'anno precedente.

Tale repentina diminuzione è dovuta alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della sentenza della Corte costituzionale n. 32/2014 riguardante il ripristino per l'articolo 73 della normativa vigente prima delle modifiche apportate nel 2006: in particolare viene ripristinata la distinzione tra droghe leggere e pesanti, con un diverso trattamento sanzionatorio, più mite per le prime rispetto alla versione dichiarata incostituzionale.

**SERIE DETENUTI PRESENTI CON REATI DI CUI AGLI ARTICOLI 73 E 74 DEL DPR 309/90.  
Anni 2009-2015**

DATA DI RIFERIMENTO	Articoli violati del DPR 309/90					
	73			74		
	totale	solo DONNE	solo STRANIERI	totale	solo DONNE	solo STRANIERI
31/12/2009	26.052	1.144	12.522	5.800	283	1.161
31/12/2010	27.294	1.196	12.522	6.400	300	1.316
31/12/2011	26.559	1.141	11.966	6.207	310	1.155

---

31/12/2012	25.269	1.070	11.061	6.136	310	1.100
31/12/2013	23.346	958	9.688	6.207	314	1.004
31/12/2014	17.995	747	6.715	6.127	282	911
31/12/2015	16.712	647	6.230	5.875	247	838

---

Fonte: D.A.P - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - SEZIONE STATISTICA

#### Tabella 98

Uno specifico monitoraggio che mette in relazione lo stato di tossicodipendenza dei detenuti con i reati commessi è stato effettuato presso la Casa Circondariale di Milano San Vittore. Si riporta di seguito la scheda relativa all'anno 2015 e si unisce in allegato il monitoraggio condotto in quell'istituto dall'anno 2000 al 2015 (All.n.2).

#### LE AZIONI

Nell'ottica degli interventi a favore della salute delle persone tossicodipendenti detenute all'interno degli Istituti Penitenziari, l'Amministrazione agisce in sinergia con il Servizio Sanitario Nazionale. Dal trasferimento delle funzioni relative alla gestione sanitaria della tossicodipendenza in carcere, avvenuto dal 1° gennaio 2000, i Servizi per le tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie Locali sono attivi in tutti gli istituti penitenziari e laddove non presenti in modo continuativo il servizio per le tossicodipendenze è assicurato al bisogno.

In tal modo, l'Amministrazione Penitenziaria può veicolare importanti risorse umane e progettualità verso gli aspetti fondamentali di relativa competenza, come il recupero sociale del detenuto. In linea con le indicazioni contenute nelle Convenzioni delle Nazioni Unite, le attività che si svolgono all'interno dei penitenziari sono, quindi, orientate verso la ricerca di soluzioni esterne per i detenuti tossicodipendenti in possesso dei requisiti giuridici per l'ammissione a programmi ambulatoriali presso i Sert o presso le Comunità Terapeutiche, sia in misura cautelare, che nella forma della misura alternativa alla detenzione.

## I PROTOCOLLI D'INTESA TRA IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA LE REGIONI I TRIBUNALI DI SORVEGLIANZA E L'ANCI

Su tale solco, allo scopo di rendere sempre più la detenzione una opportunità per le persone tossicodipendenti, negli anni 2014-2015 sono stati sottoscritti dal Ministro per la Giustizia protocolli di intesa, rispettivamente con le Regioni Campania, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia e Lombardia. Altri due protocolli erano stati firmati dall'ex Ministro Cancellieri con l'Emilia Romagna la Toscana.

Tali intese sono finalizzate a consolidare la collaborazione Interistituzionale tra questa Amministrazione, gli Enti locali e la Magistratura di sorveglianza per realizzare le previsioni costituzionali in materia di reinserimento delle persone in esecuzione penale, dedicando una particolare attenzione a quei soggetti che a causa della loro condizione di tossicodipendenza, necessitano di speciali percorsi riabilitativi, rieducativi e di reinserimento sociale e lavorativo.

In particolare è previsto l'impegno, da parte delle Regioni, ad adottare misure per potenziare le capacità recettive delle comunità residenziali, anche di tipo terapeutico, idonee ad ospitare agli arresti domiciliari o in misura alternativa alla detenzione soggetti in esecuzione penale.

Tali intese rivestono particolare importanza anche ai fini del contenimento del sovraffollamento degli istituti penitenziari e dello sviluppo dei percorsi di reinserimento sociale.

## 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) definite "Custodie attenuate per detenuti tossicodipendenti". Si tratta di istituti o sezioni detentive sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M., svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono

volontariamente al programma. E' auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione.

Il documento è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 64 del 18.3.2015 ed è stato diffuso ai Provveditori Regionali, alle Direzioni penitenziarie e alle Autorità Giudiziarie con note n. 0198504 del 5.6.2015 e n.0251653 del 16.7.2015.

Capienza regolamentare e detenuti presenti nelle sezioni a

Custodia attenuata per Tossicodipendenti distinti per istituto

Situazione al 31/12/2015

REGIONE	ISTITUTI	TIPO	CAPIENZA REGOLAMENTAR E
CAMPANIA	EBOLI	Casa Reclusione	54
EMILIA ROMAGNA	CASTELFRANCO EMILIA	Casa Reclusione	49
LAZIO	ROMA "REBIBBIA 3^ CASA"	Casa Circondariale	84
LIGURIA	GENOVA "MARASSI"	Casa Circondariale	6
LOMBARDIA	MILANO "SAN VITTORE"	Casa Circondariale	38
PIEMONTE	BIELLA	Casa Circondariale	15
PIEMONTE	TORINO "LORUSSO E CUTUGNO"	Casa Circondariale	140
<b>TOTALE</b>			<b>386</b>

Fonte: D.A.P - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - SEZIONE STATISTICA

#### Tabella 99

#### PROGETTI

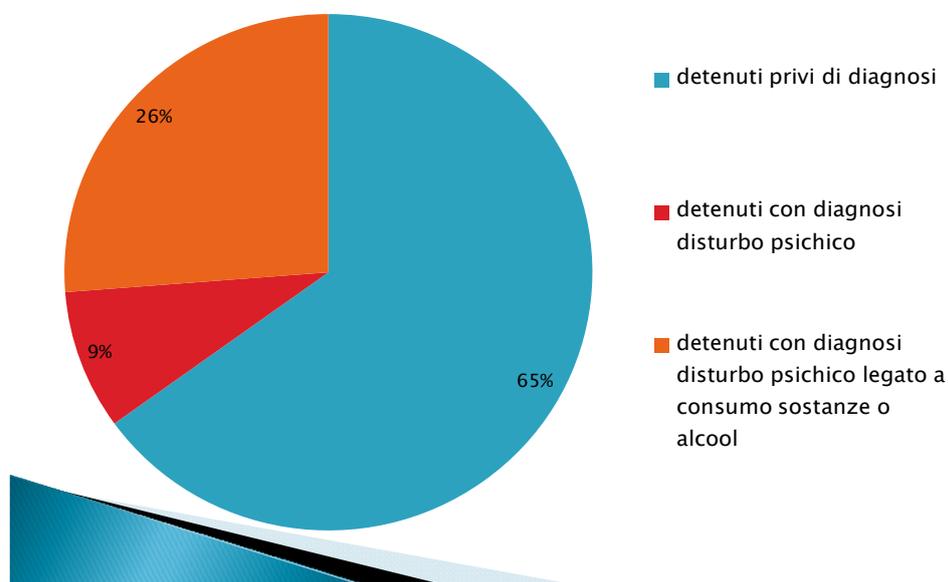
Si indica in particolare una iniziativa coordinata dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria che ha riguardato anche persone detenute tossicodipendenti.

Si tratta del Progetto Europeo MEDICS – Mentally Disturbed Inmates Care and Support - JUST/2013/JPEN/AG/4521, cofinanziato dalla Unione Europea a cui hanno partecipato in qualità di partners le Amministrazioni Penitenziarie di Catalogna, Croazia, Inghilterra e Galles.

Il progetto ha avuto l'obiettivo di ottenere un quadro di informazioni sulla situazione dei detenuti con disagio mentale presenti negli istituti penitenziari italiani, allo scopo di offrire a queste persone accoglienza, presa in carico e trattamento specifici.

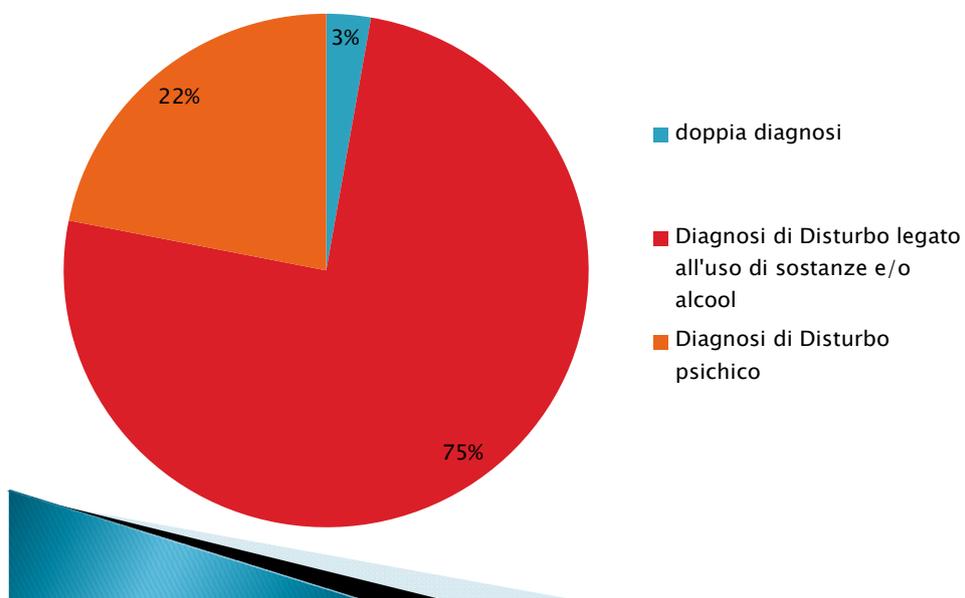
Si riportano di seguito gli esiti dell'indagine condotta presso la Casa Circondariale di Bologna al 31.12.2015 che ha evidenziato la stretta correlazione tra disagio psichico e tossicodipendenza. La maggioranza dei detenuti con disagio psichico è o è stata anche tossicodipendente. Si tratta di una quota consistente della popolazione detenuta (35%) con una forte incidenza (n. 193 detenuti pari al 26% del totale ) tra gli utilizzatori di sostanze d'abuso. La diagnosi di disturbo psichico nella gran parte dei casi avviene all'ingresso ( Figura 84) .

**detenuti con diagnosi su totale detenuti  
al 31 dicembre 2015 – tot. detenuti=735**



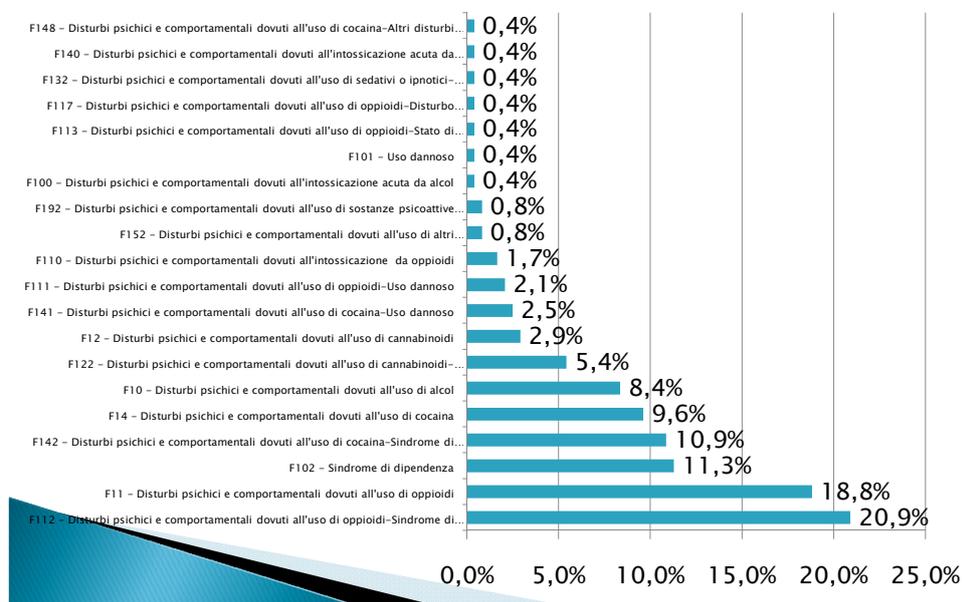
**Figura 84**

Le doppie diagnosi diagnosticate come tali nel campione sono relativamente basse “ 3% del totale” con un 22% di disturbi del comportamento correlati all'uso di sostanze e/o alcool (Figura 85)

**Detenuti per tipologia diagnosi****Figura 85**

Dato interessante è che il 40% del campione di tossicodipendenti con disturbi psichici ha dichiarato abuso prevalente di oppiacei ( Figura 86)

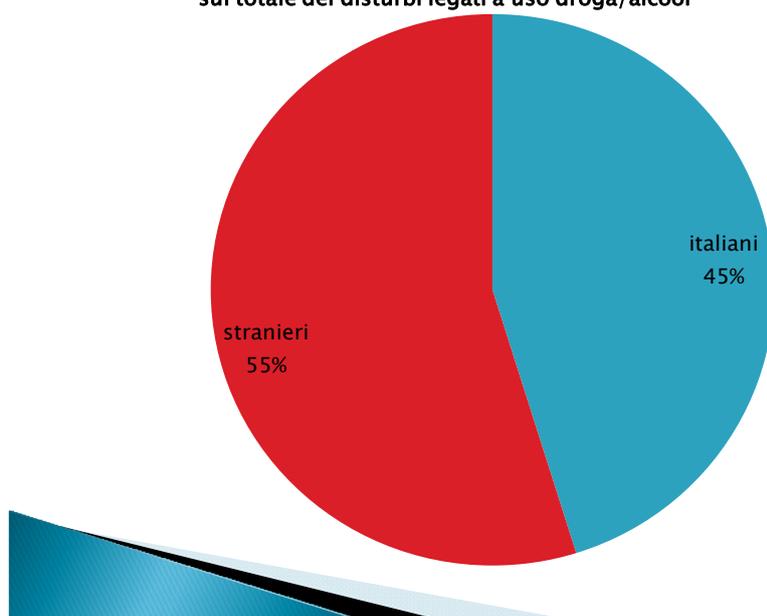
### Diagnosi disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool



**Figura 86**

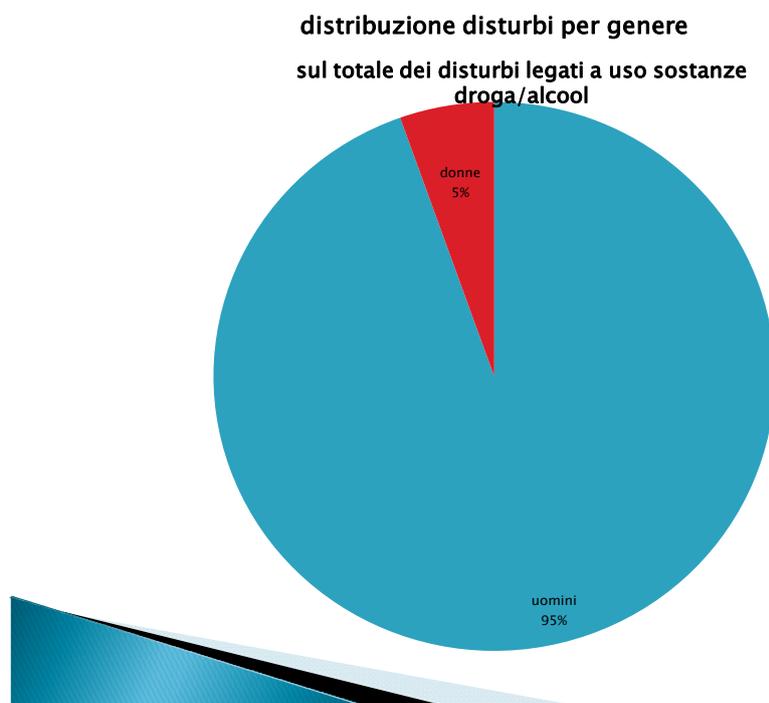
Non sono state osservate differenze significative nel campione tra italiani e stranieri sul totale dei disturbi legati all'abuso di sostanze ( Figura 87)

### distribuzione disturbi tra italiani e stranieri sul totale dei disturbi legati a uso droga/alcool



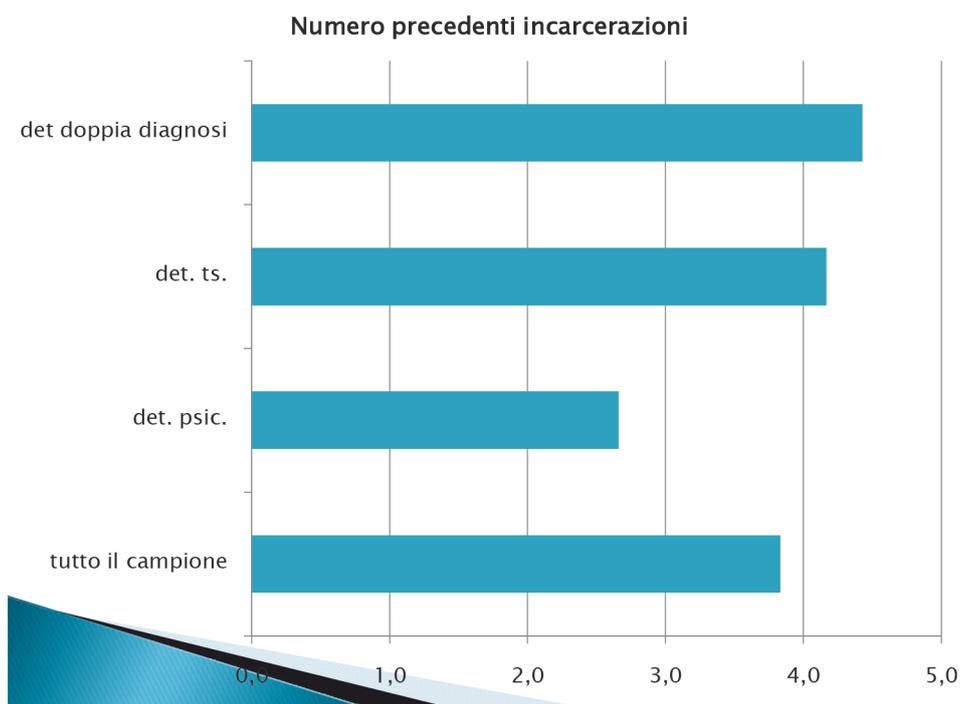
**Figura 87**

A Bologna il campione totale ( 735) comprendeva l'8% di popolazione femminile. Sul totale degli abusatori di sostanze con disturbi psichici (193) , il 5% era di sesso femminile ( Figura 88) .

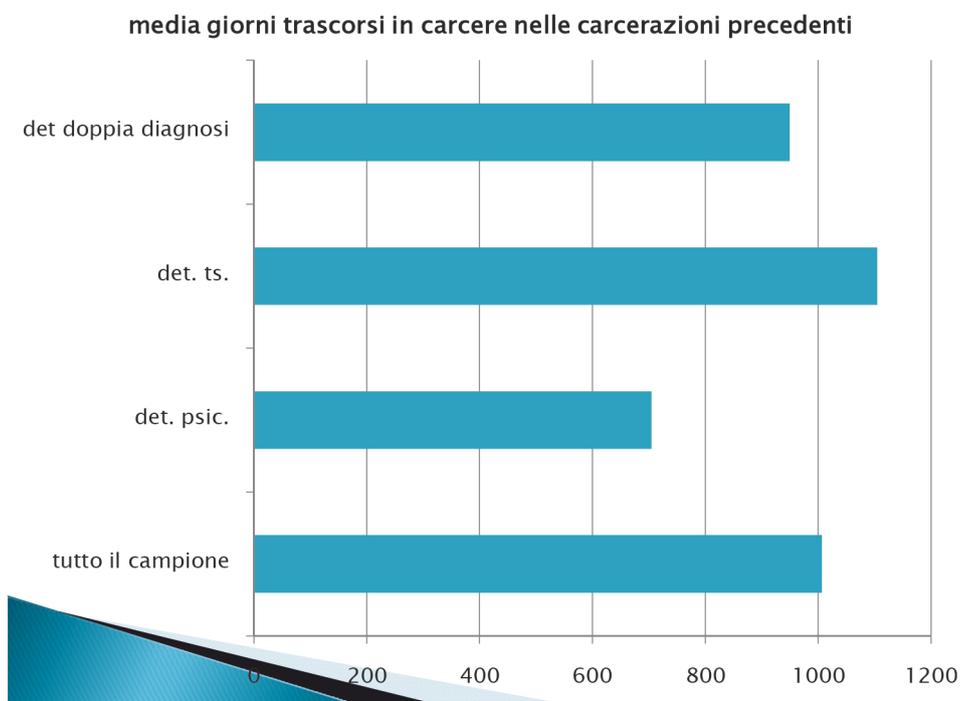


**Figura 88**

La maggior parte dei detenuti con storia di abuso e concomitante disturbo psichico aveva avuto da due a quattro precedenti detenzioni di durata variabile ( tra due e quattro anni). ( Figura 89 e Figura 90)



**Figura 89**



**Figura 90**