

La maggior parte (> 70%) dei detenuto con doppia diagnosi o abusatori di sostanza e portatori di disagio psichico aveva ricevuto una condanna definitiva ( Figura 91)

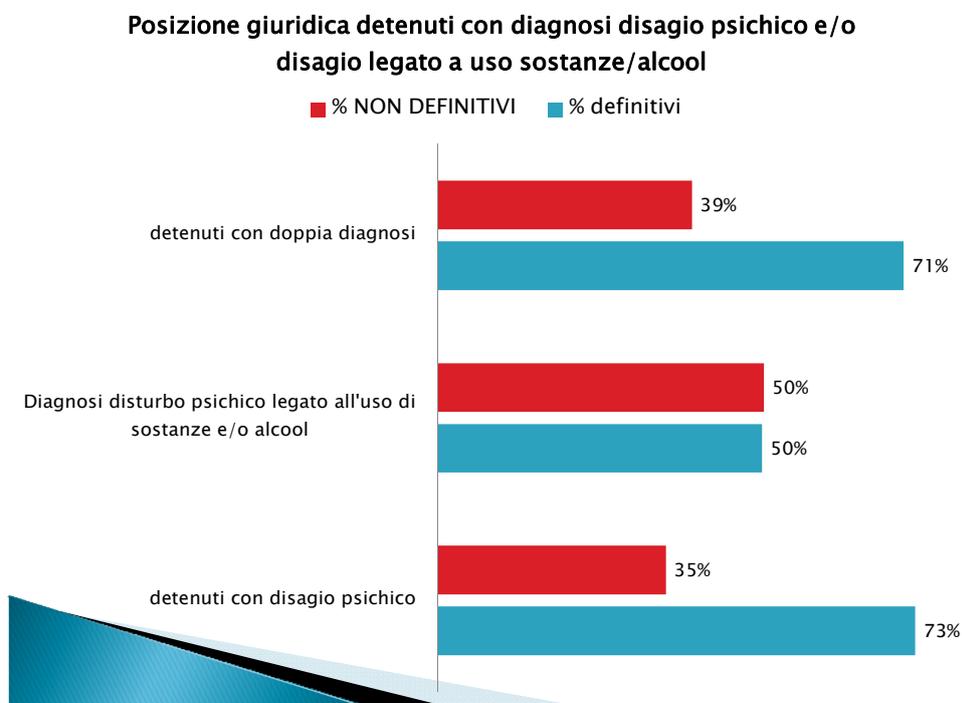


Figura 91

Come si può evincere dalla Figura 92 in media il campione ha un livello di interazione con il mondo esterno di circa 1,9 su 3. Tale livello è più alto nel caso dei detenuti con solo disagio psichico rispetto a quelli tossicodipendenti o alcolodipendenti. La ragione di questa differenza si spiega con la prevalenza nel secondo campione di detenuti stranieri che come si può vedere hanno un livello di interazione molto più basso degli italiani. I detenuti stranieri, dunque, vivono una condizione di maggior disagio dovuta alla maggiore difficoltà a coltivare legami sociali o familiari con l'esterno.

relazioni con mondo esterno*			
	italiani e stranieri	italiani	stranieri
<b>media del campione</b>	1,94	2,3	1,4
<b>det. psic.</b>	2,6	2,8	2
<b>det. ts.</b>	1,7	2,1	1,4
<b>det. doppia diagnosi</b>	2,4	2,4	n/a
livello di interazione (dato da tre indici: colloqui visivi, colloqui telefonici e ricevimento pacchi)			

relazioni con mondo esterno*			
	M+F	M	F
<b>media del campione</b>	1,9	1,9	2,6
<b>det. psic.</b>	2,6	2,6	2,6
<b>det. ts.</b>	1,7	1,7	2,5
<b>det doppia diagnosi</b>	2,4	2,3	3
*livello di interazione (dato da tre indici: colloqui visivi, colloqui telefonici e ricevimento pacchi)			



Figura 92

Nel caso dei 193 tossicodipendenti o alcool dipendenti con problematiche legate al disagio psichico di vario grado, 10 detenuti sono stati sottoposti a colloqui con lo psicologo, 65 a visite psichiatriche e 153 a consulenze del Sert. In 28 casi di detenuti con diagnosi psichica legata all'uso di sostanze non vi è stata alcuna di queste visite. Dei 7 detenuti con doppia diagnosi in due casi vi è stato un colloquio psicologico, in 5 una visita psichiatrica.

### 3.2 Minori nel circuito penale

#### ATTIVITÀ E INTERVENTI IN FAVORE DEI SOGGETTI IN CARICO ALLA GIUSTIZIA MINORILE CHE USANO/ABUSANO SOSTANZE STUPEFACENTI: ANNO 2015

Le rilevazioni statistiche sui minori e/o giovani adulti del circuito penale che assumono sostanze stupefacenti non rientrano nelle competenze del Dipartimento per la Giustizia Minorile. Come è noto, infatti, il Tavolo di Consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, istituito presso la Conferenza Unificata Stato /Regioni, ha elaborato, in data 10 maggio 2011, il documento sul monitoraggio dei detenuti portatori di dipendenza patologica integrativo dell'Accordo sancito dalla conferenza unificata nella seduta dell' 8 luglio 2010, e pertanto le rilevazioni sui minori che assumono sostanze stupefacenti rientrano nei compiti delle Regioni e Province autonome.

Si ritiene doveroso comunque offrire un contributo per la stesura della relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze.

A tal fine si premette che in tutto il territorio nazionale la storia del transito della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale, a decorrere dal DPCM 1° aprile 2008, è stata caratterizzata da un costante dialogo Interistituzionale tra il Sistema Giustizia e il Sistema Sanità, funzionale al condiviso obiettivo di tutela della salute dei giovani sottoposti a procedimento penale presso il Tribunale per i Minorenni.

In relazione alla tematica in esame, si fornisce di seguito una sintetica presentazione delle strategie operative attuate dei Servizi Sanitari Specialistici del territorio d'intesa con i Servizi della Giustizia minorile, nell'ambito della prevenzione, del trattamento e del contrasto all'uso di sostanze stupefacenti.

Lo scenario attuale prevede che l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti sia garantita dal Ser.D. dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia con i Servizi Minorili della Giustizia, che con la rete dei servizi sociali coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti.

I Servizi Minorili della Giustizia, già al momento dell'ingresso dei minori in area penale, attivano il Servizio Sanitario locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici ed interventi di tipo farmacologico, nonché per la presa in carico dei soggetti che usano o abusano di sostanze stupefacenti, collaborando altresì nelle attività legate all'esecuzione dei collocamenti in comunità terapeutiche.

I Servizi Minorili della Giustizia attuano, in favore del minore che usa e abusa di sostanze stupefacenti, un intervento integrato **che si incentra sulla costruzione di reti interistituzionali**, capaci di riportare al centro il giovane con i suoi specifici bisogni ed a cui dare riscontro sia attraverso un progetto individualizzato e specializzato, **operando con il coinvolgimento di tutte le agenzie educative, al fine di consentirgli la fuoriuscita dal sistema penale, il suo re-inserimento sociale e lavorativo.**

**La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano non solo l'aspetto clinico ma anche quello della sfera psicologica, mediante la predisposizione di un programma terapeutico che possa continuare anche dopo la dimissione del ragazzo dalla struttura minorile o comunque al termine della misura penale.**

**L'entrata nel circuito penale costituisce, paradossalmente, una opportunità di aggancio del minore che fa uso di sostanze psicotrope e per l'avvio di un percorso di responsabilizzazione e di assunzione di consapevolezza rispetto ai comportamenti devianti messi in atto ed ai suoi bisogni di salute**

I programmi di intervento garantiscono la salute complessiva del minorenne dell'area penale attraverso:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare per problemi di assunzione di sostanze stupefacenti e di alcool per la quale non è stata formulata una diagnosi di tossicodipendenza e delle eventuali patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive).
- la segnalazione al Ser.D. e l'immediata presa in carico dei minori sottoposti provvedimento penale, da parte dello stesso con la garanzia della necessaria continuità assistenziale;
- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, attraverso una diagnosi multidisciplinare sui bisogni del minore;
- la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
- la realizzazione di iniziative di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori ASL che i servizi della Giustizia.

In relazione ai dati che si andranno ad esporre, appare utile fornire qualche precisazione in relazione all'utenza dei servizi della giustizia minorile, che riguarda i minori compresi tra i 14 ed i 18 anni ed i giovani adulti compresi tra i 18 ed i 25 anni, rispetto ai quali l'innalzamento dell'età dai 21 ai 25 anni è stata effettuata con la L.117/2014. Detta riforma normativa ha comportato un innalzamento dell'età dei soggetti presenti nel circuito penale minorile, rispetto ai quali, accertata la commissione del reato commesso da minorenni, la presa in carico da parte dei servizi di questa amministrazione può avvenire anche dopo il compimento della maggiore età e dunque anche la fase esecutiva del procedimento minorile si protrae fino al compimento del venticinquesimo anno di età.

Considerato quanto sopra evidenziato circa la titolarità del monitoraggio dei soggetti assuntori e consumatori di sostanze psicotrope questo Dipartimento ha confrontato i dati di cui dispone che sono quelli relativi al numero complessivo dei soggetti presi in carico per la prima volta dai Servizi Sociali della Giustizia Minorile con la tipologie ed il numero delle imputazioni di reato. Da tale confronto è emerso che sul totale di complessivo di 7.752 soggetti presi in carico per la prima volta dai Servizi Sociali della giustizia minorile, il numero dei reati relativi alle violazioni di cui all'art. 73 D.P.R. 309/90 ascritti risulta essere 5131.

Le rilevazioni in esame, elaborate dal servizio statistica del Dipartimento di Giustizia Minorile e di Comunità, evidenziano, inoltre, che il numero complessivo dei soggetti presi in carico dai Servizi Minorili nell'anno 2015, con imputazioni di reato per violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti, è pari ad un totale di 3647 unità; di questi 2449 erano già in carico dall'anno solare precedente, mentre 1.198 risultano essere i soggetti presi in carico per la prima volta.

Da un'analisi delle statistiche elaborate a maggio 2016, dal servizio statistico del Dipartimento, si evidenzia un incremento delle violazioni della legge sugli stupefacenti a carico dei giovani adulti pari a 1886 reati a fronte dei 1165 a carico dei minori degli anni 18

Periodo di presa in carico	Italiani			Stranieri			Totale		
	m	f	mf	m	f	Mf	m	f	mf
Presi in carico per la prima volta nell'anno 2015	956	62	<b>1.018</b>	173	7	<b>180</b>	1.129	69	<b>1.198</b>
Già in carico all'inizio dell'anno da periodi precedenti	1.950	117	<b>2.067</b>	366	16	<b>382</b>	2.316	133	<b>2.449</b>
<b>Totale</b>	<b>2.906</b>	<b>179</b>	<b>3.085</b>	<b>539</b>	<b>23</b>	<b>562</b>	<b>3.445</b>	<b>202</b>	<b>3.647</b>

Tabella 100

Frazionando il dato risulta prevalente la componente maschile su quella femminile: 3445 soggetti maschi e 202 femmine; mentre per quanto riguarda la nazionalità il numero dei soggetti italiani risulta essere maggiore di quello degli stranieri : 3085 italiani e 562 stranieri.

Dall'analisi dei dati sugli stranieri, secondo l'area geografica di provenienza, si osserva che circa il 50% dei minori proviene dall'Africa, seguiti dai giovani provenienti dai Paesi dell'Est Europa.

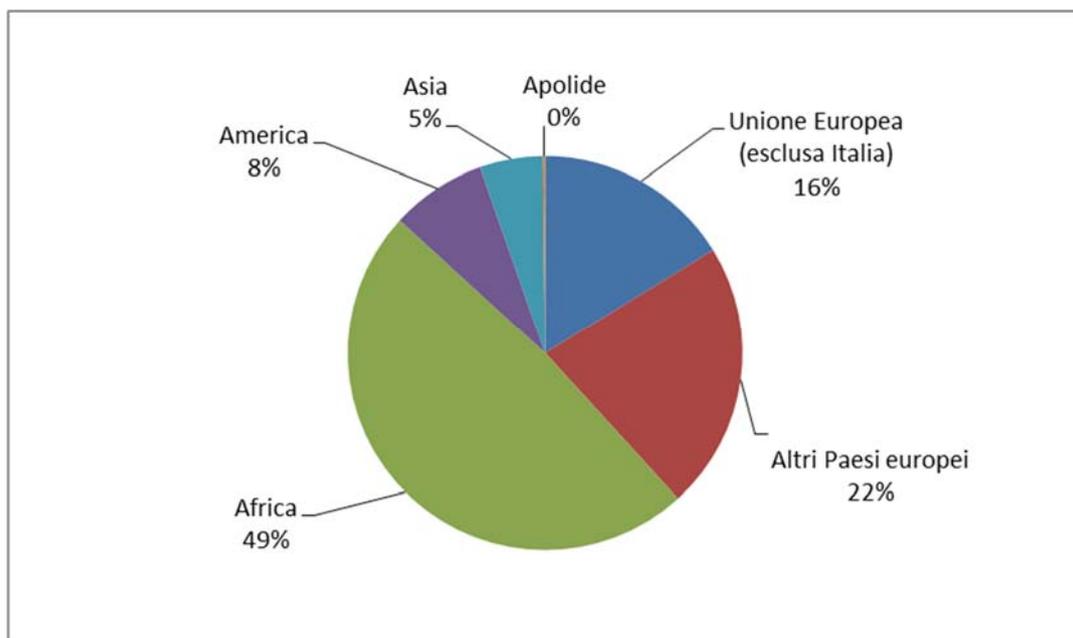


Figura 93

**La problematicità del soggetto che accede ai Servizi della Giustizia Minorile è piuttosto complessa e variegata, quasi mai esclusivamente centrata esclusivamente sulla tossicofilia o la tossicodipendenza.** Il profilo tipologico, in particolare del minore, che usa e abusa di sostanze

stupefacenti **non può essere in alcun modo assimilato a quello dell'adulto, in quanto l'orientamento verso comportamenti di tossicofilia raramente comporta una certificazione di tossicodipendenza**, pur richiedendo interventi specialistici da parte delle Aziende sanitarie e dei Ser.D, che prevengano la cronicizzazione del comportamento. Inoltre, il fenomeno del consumo delle sostanze psicotrope, secondo quanto riferito dai Servizi Minorili, sta registrando **una precocità della fascia di età d'inizio del consumo, come pure dell'evoluzione verso disturbi di natura psichica** soprattutto in corrispondenza di eventi traumatici o di particolare intensità emotiva.

Tra le varie sostanze stupefacenti, **i cannabinoidi** risultano essere le sostanze maggiormente assunte, ma preoccupante è anche l'uso di cocaina. Quest' ultima sostanza insieme agli oppiacei sono consumati con l'aumento dell'età dei soggetti, mentre accade l'inverso con i cannabinoidi che sono maggiormente usati dai ragazzi più piccoli.

Secondo le informazioni pervenute dai Servizi Minorili risulta che l'abuso di sostanze si caratterizza come **poliassunzione di sostanze stupefacenti e alcool**. L'uso di sostanze da parte di minori stranieri sembra essere legato allo spaccio o ad un consumo normale ed abituale non percepito come sintomo di devianza.

Gli interventi di tipo sanitario che vengono svolti nei Centri di Prima Accoglienza (CPA), negli Istituti Penali per Minorenni (IPM) e nelle Comunità pubbliche e private, riguardano **in primo luogo gli accertamenti diagnostici** per la ricerca di sostanze stupefacenti e gli interventi di tipo farmacologico successivamente gli interventi specialistici di sostegno psicologico.

Un problema comune a tutti i Servizi della Giustizia Minorile, che con modalità diverse entrano in contatto con i minori/giovani adulti dell'area penale, è **la mancata percezione da parte del giovane del proprio stato di dipendenza o di tossicofilia**, ed, in relazione a questa circostanza, **il grado di consapevolezza sembra rientrare tra gli indicatori utili per capire quale progetto rieducativo adottare**.

Il minore arrestato o fermato che entra in contatto con il CPA viene visitato dai Servizi Sanitari per rilevare la tipologia ed il livello di sostanze presenti nell'organismo. Tuttavia, posto che il termine massimo di permanenza del minore in C.P.A. è limitato a quattro giorni, non sempre si riesce, in questa fase, a rilevare il consumo di sostanze psicotrope, se non in casi conclamati.

Dopo la convalida dell'arresto o del fermo, il procedimento minorile prevede possibilità diversificate in ordine ai provvedimenti che il giudice minorile può adottare nei confronti del minore; la scelta del trattamento educativo/rieducativo da attuare passa attraverso le valutazioni della personalità dello stesso e della gravità fatto commesso.

Tra le diverse opzioni, riportate in questa sede in maniera esemplificativa, si annoverano, oltre alle misure cautelari, la messa alla prova, il collocamento in Comunità ovvero il collocamento negli Istituti penitenziari minorili, laddove va precisato che l'inserimento in I.P.M., nel procedimento minorile, rappresenta l'*extrema ratio*.

Negli I.P.M., ovviamente, la presa in carico ed il trattamento socio-sanitario dei casi in argomento vengono assicurati in attuazione sia della legge 309/90 sia del D.P.C.M. 1.04.2008. Tra le problematiche più ricorrenti, si evidenzia quella della gestione comorbidità complessa, soprattutto nel caso in cui l'A.G. disponga una modifica della misura e risulti difficile individuare tempestivamente una comunità terapeutica adeguata alla presa in carico, con il profilarsi del concreto rischio di una mancata risposta ai bisogni di salute del minore/giovane adulto e di una ricaduta sul piano organizzativo degli Istituti, che si trovano a gestire più detenuti in attenta sorveglianza e, a volte, con piantonamenti presso gli ospedali:

Per completare il quadro dell'andamento del dato statistico relativo ai Collocamenti in Comunità ed agli ingressi in Istituto Penale si evidenzia che per l'anno 2015, a fronte di 1688 complessivi collocamenti di minori in comunità, quelli relativi alla violazione delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti sono stati 280; il numero complessivo dei reati per violazione della normativa sugli stupefacenti sono stati 335. Rispetto al complessivo numero degli ingressi in I.P.M., pari a 1.068 minori/giovani adulti, il numero degli ingressi per reati in materia di sostanze stupefacenti sono stati 109: il numero complessivo dei reati in materia di stupefacenti è stato di 142 unità. I soggetti invece in carico agli USSM in applicazione delle misure alternative alla detenzione e con reati in materia di stupefacenti sono stati 79.

**Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minorile, si individua certamente l'esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche.** Nel caso di un minore tossicodipendente, che deve essere collocato in comunità in esecuzione di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, l'individuazione della struttura deve essere effettuata dalla ASL competente per territorio sulla base di una valutazione della personalità del minore. In tale ambito si riscontra una oggettiva difficoltà di consentire ai minori l'accesso a idonei percorsi di cura in contesti residenziali, laddove le condotte devianti e le evidenti problematiche di uso di droga non integrino gli estremi della certificazione di tossicodipendenza. **Spesso gli iter diagnostici non sono completati perché i minorenni si sottraggono ad interventi ambulatoriali e le comunità socioeducative non riescono a contenere tali problematiche. In alcune Regioni, inoltre, non esistono comunità terapeutiche specifiche per minori con problematiche di tossicodipendenza, e si procede, quindi, al collocamento in strutture per adulti con appositi moduli per minori.**

**Ulteriori difficoltà di inserimento si riscontrano nei casi di doppia diagnosi,** fenomeno rispetto al quale si registra un aumento negli ultimi anni. Molti sono i casi di tossicodipendenza o tossicofilia associati a psicopatologie, problematiche per le quali non mancano strutture specializzate e idonee allo specifico trattamento. Infatti, l'elemento problematico attiene al profilo della diagnosi dello stato di tossicodipendenza, che non sempre può essere effettuata, come del pari va evidenziato rispetto alla diagnosi psichiatrica, in ragione della difficoltà legate alla diagnosi di soggetti in età evolutiva ed al rischio di 'etichettamento' che dette diagnosi comportano, condizionando pesantemente l'evoluzione della personalità.

A tal fine, si evidenzia che non sempre il collocamento in strutture specializzate per il trattamento dei tossicodipendenti potrebbe essere corrispondente alle effettive esigenze del minore, mentre potrebbe risultare utile l'inserimento in una comunità socio-educativa per minori, nella quale siano garantiti gli interventi specialistici da parte del S.S.N. o la frequenza di un centro diurno che attui

percorsi terapeutici adeguati.

**In alcune regioni, alla carenza di strutture specializzate per l'accoglienza dei minori tossicodipendenti dell'area penale, si assiste ad una faticosa collaborazione con tali referenti, probabilmente a causa di una struttura organizzativa sanitaria legata a schemi che difficilmente si conciliano con la peculiarità e le esigenze dei servizi minorili della giustizia,** che spesso si trovano a dover conciliare le indifferibili esigenze di sicurezza con quelle di tutela della salute del minore, peraltro nel rispetto dei vincoli posti dall'Autorità Giudiziaria nell'ambito dei provvedimenti giudiziari di volta in volta adottati.

Si è del parere che alcune difficoltà potrebbero superarsi con momenti di formazione congiunta tesi ad aumentare gli spazi di conoscenza reciproca e a migliorare i meccanismi di comunicazione ed intervento, nonché di informazione reciproca.

Per quanto riguarda il tabagismo si segnala la diramazione a tutti i servizi di questa amministrazione del D.Lvo n°6 del 12 gennaio 2016 di recepimento della direttiva 2014/40/UE sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative agli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati.

Con riferimento a detta nota circolare di raccomandava, tra le altre, la promozione di azioni sull'educazione alla salute e sui rischi derivanti dal fumo, nonché la predisposizione di aree adibite ai fumatori distanti dai luoghi chiusi e dalle aree destinate ai non fumatori.

A titolo semplificativo si riportano, di seguito, alcune buone pratiche attuate a livello territoriale dai Centri per la Giustizia Minorile presenti nel territorio. Si precisa che i Centri per la Giustizia Minorile sono Organi del decentramento amministrativo con territorio di competenza, generalmente interregionale, corrispondente anche a più Corti d'Appello, quindi i Centri possono avere competenza su una o più regioni. I C.G.M. esercitano funzioni di gestione della programmazione tecnica ed economica in base alle circolari e alle direttive di settore emanate dal Capo Dipartimento e dalle Direzioni Generali competenti. Attuano a livello territoriale azioni di coordinamento, controllo e verifica sull'attività e sull'organizzazione dei Servizi Minorili da essi dipendenti e realizzano attività di collegamento con gli enti locali e le istituzioni di riferimento territoriale per la definizione di intese e collaborazioni; la programmazione e la realizzazione nonché la verifica di tali azioni dipendono ovviamente anche dalle risorse disponibili in ogni territorio e dalle competenze di ciascuna istituzione e/organismo.

Centro per la Giustizia Minorile per il Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria

In relazione alle strategie e alle attività programmate nel corso del 2015, si evidenzia che in tutti i Servizi minorili afferenti al Centro sono state affrontate riflessioni critiche sulla tematica della tossicodipendenza e chiarificazioni con i minorenni/giovani adulti in carico ai Servizi attraverso anche riunioni a tema e visione guidata di film. Si evidenzia, inoltre, l'attività del progetto "MY Space", che ha coinvolto i minorenni dei Servizi minorili genovesi in collaborazione con il SERT locale. E' stata inoltre svolta, nel distretto genovese, una formazione congiunta con gli operatori del SERT nell'ambito del progetto "La Famiglia di fronte al reato". Nel distretto torinese invece sono stati svolti alcuni incontri di Gruppo a conduzione etnoclinica dove sono stati affrontati con i minori anche argomenti sulla tematica della tossicodipendenza.

Centro per la Giustizia Minorile Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano

Nella Regione Veneto, con l'emanazione del "Piano socio sanitario regionale 2012-2016", è stata sottolineata la necessità di una piena collaborazione Interistituzionale tra SSN e Amministrazione della Giustizia minorile ovvero della gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie a favore dei detenuti, integrando l'assistenza alla tossico/alcoldipendenza con altre forme di assistenza sanitaria.

Il rapporto degli USSM nell'area penale esterna con i locali SER.D hanno previsto la costruzione di una rete operativa sia in funzione preventiva che di cura .

Nell'area detentiva dell'IPM di Treviso, con annesso CPA, si è operato con i servizi territoriali di competenza per favorire il passaggio da una sanità occasionale, intesa come consulenza prestata su richiesta, ad una sanità che prende in carico l'utenza ed organizza un presidio necessario per un'utenza vulnerabile tante le condizioni personali e di restrizione.

Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

Nel Distretto di Corte di Appello di Milano è attivo dalla primavera 2015 il Progetto Sperimentale Regionale: "Realizzazione di percorsi terapeutici residenziali per giovani con problematiche di dipendenza sottoposti a provvedimenti di misura cautelare". Il progetto prevede l'attivazione, a totale carico della Regione, in due comunità per tossicodipendenti, di due moduli sperimentali per i minori sottoposti a misura cautelare dal Tribunale per i Minorenni di Milano e di Brescia.

L'accesso a detti moduli, su invio del Ser.T, è previsto per i ragazzi con attestazione di uso problematico di sostanze stupefacenti ai fini dell'inquadramento diagnostico a cura del Ser.T territorialmente competente. I moduli terapeutici sperimentali svolgono, pertanto, una preminente funzione valutativa al fine di consentire alla rete dei Servizi Socio-sanitari ed al Tribunale per i Minorenni costruzioni progettuali mirate dell'intervento. La valutazione multidisciplinare può sfociare in : 1) diagnosi di tossicodipendenza ed invio in apposita struttura terapeutica; 2) condizione di abuso gestibile sul piano terapeutico in una comunità socioeducativa ed invio a quest'ultima; 3) diagnosi di tossicodipendenza con comorbilità psichiatrica e invio ad una comunità idonea (a doppia diagnosi).

A detti moduli sperimentali possono essere inviati anche i ragazzi con certificazione di tossicodipendenza in una logica di pronto intervento per consentire al Ser.T inviante di individuare la comunità terapeutica ove costruire il progetto.

Centro per la Giustizia Minorile per la Campania

In alcuni Servizi Minorili della Campania sono attivi Protocolli d'Intesa che prevedono l'intervento del SERT per l'effettuazione degli esami tossicologici e anche dove mancano formali protocolli d'intesa le AASSL assicurano tutti gli interventi necessari. Tutte le AASSL assicurano interventi nella fase diagnostica attraverso il referente aziendale e il monitoraggio attraverso l'espletamento degli esami tossicologici senza oneri per l'Amministrazione

Nell'ambito dell'Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria previsto dal DPCM 1.4.2008 sono stati costituiti due gruppi di lavoro che hanno elaborato le seguenti linee guida:

- “Linee guida per la presentazione delle richieste di attivazione di programmi terapeutico riabilitativi per tossicodipendenti”;
- “Linee guida per la gestione degli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento penale”.

#### Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia

La Giunta Regionale della Puglia ha emesso in data 11.3.2015 una Delibera con la quale assicura l’assistenza sanitaria ai minori o giovani adulti sottoposti a provvedimenti giudiziari penali e vengono fornite indicazioni alle ASL e ai Dipartimenti di salute mentale e Dipendenze psicologiche in ordine alle procedure per la valutazione dei bisogni terapeutici e assistenziali.

Nell’Istituto Penale per i Minorenni di Bari si provvede a segnalare sistematicamente tutti i minori con problemi di abuso di droghe e alcool all’unità operativa carcere del SERD dell’ASL di Bari e di raccordarsi per la necessaria continuità dell’intervento socio-riabilitativo. Nell’anno 2015 si sono segnalati al SERD 80 soggetti.

In un’ottica di lavoro di rete gli USSM regionali segnalano i soggetti che necessitano di interventi del SERD per la loro presa in carico congiunta. Le azioni professionali riguardano soprattutto il lavoro sui singoli casi determinata sulla base dei risultati tossicologici.

#### Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana e Umbria

Nella Regione Toscana è attivo un confronto continuo con l’Assessorato regionale competente per materia al fine di individuare e formalizzare procedure condivise con le AA.SS.LL territoriali.

Per quanto riguarda la Regione Umbria continuano i Tavoli di lavoro previsti dal Protocollo di intesa “Prevenzione e contrasto dei fenomeni collegati alle dipendenze da sostanze psicoattive” sottoscritto nel 2013. Il lavoro svolto dai tavoli conferma in particolare l’attività dell’èquipe di operatori di diverso profilo professionale: medici, psicologi e assistenti sociali per una collaborazione anche con gli operatori del NOT della Prefettura di Perugia. L’attività di detto gruppo si integrerà con un percorso di formazione specifico per tutti i soggetti impegnati in attività di ascolto e consulenza dei giovani.

#### Centro per la Giustizia Minorile per la Lazio, Abruzzo e il Molise

Per gli interventi sulla tossicodipendenza si è strutturato un rapporto con la Regione Lazio e le Asl specifico per i Servizi della Giustizia minorile disgiunto da quello degli Istituti Penitenziari per Adulti del DAP. Tale scelta ha prodotto risultati di eccellenza per quanto riguarda l’Istituto Penale per i Minorenni di Roma e la ASL-RM E ed una buona collaborazione con l’ASL RM D. Quest’ultima assicura gli interventi sanitari necessari all’interno del CPA, anche di tipo specialistico provvedendo alla presa in carico dei giovani con problemi di droga seguiti dall’USSM in area penale esterna.

#### Centro per la Giustizia Minorile per la Calabria e la Basilicata

Per i minori che fanno ingresso nel Centro di Prima Accoglienza, nell'Istituto Penale per i minorenni e nella Comunità di Catanzaro si è provveduto ad effettuare la ricerca nelle urine, al fine di individuare i soggetti che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti e così attivare il SERT dell'ASP locale, che ha predisposto un intervento di sostegno psicologico e educativo; per i casi di doppia diagnosi sono stati effettuati controlli psichiatrici periodici e trattamento farmacologico quando necessario.

Nel Distretto di Potenza, nel 2015 è stato avviato un percorso di informazioni sulle dipendenze dal titolo "Occhio alle strisce" in collaborazione con gli specialisti del SERT locale, con scuole e associazioni del territorio.

Inoltre, sono stati sottoscritti 2 Protocolli operativi tra Centro della Giustizia Minorile e 2 Aziende Sanitarie lucane di Potenza e Matera, che prevedono un accesso privilegiato ai Servizi offerti dalle ASP, tra cui quelli relativi all'uso di sostanze stupefacenti. Con la collaborazione del SERT sono stati attivati incontri con i minori in messa alla prova ed il personale tecnico-sanitario nell'ambito dei progetti di educazione alla legalità.

#### Centro per la Giustizia Minorile per la Sicilia

Il Centro ha proficui rapporti di collaborazione con la Regione Siciliana. Nell'anno 2015 negli Istituti Penali di Palermo, Acireale e di Catania è proseguita la collaborazione con medici ed esperti del Ser.D., territorialmente competente, dell'ASP di Palermo che hanno effettuato interventi specifici di consulenza e presa in carico di giovani detenuti portatori di problematiche legate all'uso di sostanze stupefacenti e alcoliche, individuando con il personale dell'Area Tecnica interventi trattamentali individualizzati come previsto dalla legge in materia. E' prevista, tra l'altro, la partecipazione a progettualità condivise. L'attività non è onerosa per l'IPM.

Il progetto offerto dall'associazione "Amici di San Patrignano" già dall'anno 2013 si propone di offrire una sensibilizzazione sui comportamenti a rischio legati al disagio giovanile ed al consumo di droghe, attraverso un laboratorio di scrittura creativa i minori giovani adulti presenti nell'IPM di Catania. Attraverso questa tipologia di intervento il laboratorio, che oggi porta il nome di "Riscriviamo la nostra vita", cerca di stimolare i ragazzi partecipanti a delle riflessioni partendo dai propri vissuti. Questa modalità operativa permette, pertanto, di sostenere e supportare ulteriormente i ragazzi coinvolti nel progetto ed al contempo li avvicina ad una maggiore condivisione e ad un'ulteriore presa di coscienza delle condotte a rischio.

Per l'area penale esterna gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni collaborano con i Ser.D. del territorio per i casi di abuso e uso di sostanze stupefacenti e alcoliche.

#### Centro per la Giustizia Minorile per la Sardegna

Il passaggio della sanità penitenziaria al sistema regionale è avvenuto nel 2012 e permangono diversi aspetti da approfondire e procedure da definire e formalizzare in relazione a specifiche aree. Si rilevano aree di criticità in relazione ad interventi sanitari, soprattutto di carattere specialistico (SER.D; Neuropsichiatria) per minori inseriti in comunità socio educative. In molti casi questi ragazzi non sono residenti nel territorio ove insistono le comunità, motivo per cui i servizi interpellati non provvedono in tempi celeri ad una presa in carico oppure, pur a fronte di un carattere di urgenza,

non sono tempestivi rispetto alla richiesta e/o non assicurano una continuità dell'intervento con cadenze temporali ravvicinate. Appare problematica l'applicazione da parte della AASSLL della previsione, contenuta nelle Linee Guida regionali, relativamente all'assunzione dell'onere economico del pagamento delle rette comunitarie per l'inserimento dei minori sottoposti a provvedimenti penali nelle comunità terapeutiche. Di fatto, a parte le difficoltà a far coincidere i tempi burocratici dei servizi sanitari con quelli della Giustizia, permangono significative resistenze ad assumere tale onere, costringendo ad estenuanti negoziazioni, pur con risultati di positiva riuscita in alcuni casi. A ciò si aggiunge la carenza, gravissima, nel territorio sardo di strutture terapeutiche specifiche per minori, sia per quanto riguarda le problematiche psichiatriche che quelle legate all'uso di sostanze stupefacenti, obbligando a far riferimento a strutture fuori regione, con gli inevitabili problemi che ne discendono.

Per concludere si evidenzia **l'esigenza di prevedere una calibrazione "particolare" delle unità di offerta di intervento e di residenzialità a valenza terapeutica sulle specifiche esigenze dell'utenza minorile** che, sebbene fisiologicamente esprima per lo più forme di disagio e/o uso di sostanze stupefacenti non ancora pienamente strutturate e diagnosticabili, non per questo deve vedersi negato l'accesso ad appositi percorsi di diagnosi e cura. **Al contrario, l'importanza di individuare percorsi idonei ad intercettare situazioni a rischio di evoluzione patologica, orientando nel modo clinicamente più corretto cura e prevenzione, è un bisogno ormai diventato prioritario anche in presenza di una generale precocizzazione delle condizioni di tossicodipendenza.**

Peraltro, **la proficuità delle rilevazioni del fenomeno della tossicodipendenza andrebbe strettamente abbinato a quello della finalità di prevenzione generale** e soprattutto di recupero di coloro che sono entrati nel circuito penale minorile per reati legati alle violazioni della normativa di cui al D.P.R. 309/90 ovvero ritenuti dediti all'assunzione di sostanze stupefacenti. A tal fine, infatti, non soltanto è opportuno incrementare il profilo della cura e del trattamento sanitario dei minori/giovani adulti a mezzo della implementazione delle Comunità terapeutiche e socio educative adeguatamente attrezzate per ricevere ragazzi con problematiche di tossicodipendenza o tossicofilia, ma andrebbe potenziato il sistema relativo al percorso di reinserimento socio lavorativo dei medesimi ragazzi.

La creazione di moduli formativi e di concreto inserimento nel mondo del lavoro di soggetti a rischio di recidiva appare di fatto una necessità strategica in funzione di prevenzione generale e speciale, soprattutto se relazionata alla ovvia constatazione che l'inserimento nel mercato delle sostanze stupefacenti rappresenta più facilmente un comodo rimedio soprattutto per gli assuntori di sostanze.

**L'uscita dal circuito penale, soprattutto per i ragazzi tossicodipendenti – tra i quali ormai si annovera un numero crescente di stranieri spesso presenti sul territorio senza validi punti di riferimento-, deve poter offrire concrete possibilità di reinserimento socio lavorativo e rappresentare una valida alternativa alla recidiva nella commissione di reati analoghi, anche per non vanificare il percorso intrapreso con la presa in carico da parte dei servizi minorili.**

Peraltro, dette considerazioni appaiono del tutto in linea con uno dei punti fondamentali delle priorità di UNGASS 2016, laddove è evidenziata la necessità di coinvolgere le forze sociali nella gestione del fenomeno della tossicodipendenza.

D'altro canto, le stesse priorità si ravvisano anche dalle proposte emerse al tavolo 4 degli Stati Generali dell'esecuzione penale, avente ad oggetto la "minorità sociale, vulnerabilità e dipendenze", ove si auspica da subito un percorso di cura della persona affetta da dipendenza (alcol e droga) in alternativa al carcere, quale percorso in automatico e non rimesso alla richiesta del singolo, come previsto dall'art.94 D.P.R.309/90.

A tal fine si cita la proposta relativa al "Programma di reintegrazione nell'ambito del programma terapeutico e riabilitativo" ove al programma terapeutico-riabilitativo si affianca un programma di reintegrazione sociale per lo svolgimento di attività socialmente utili

PAGINA BIANCA

## Capitolo 4 - Mortalità

A cura di Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Servizio Sistema integrato Salute Assistenza Previdenza e Giustizia

### 4.1 Mortalità acuta

Il consumo di droghe impone alla società tributi da pagare in termini di vite umane per overdose, malattie associate al consumo e comportamenti violenti connessi all'uso di droghe.

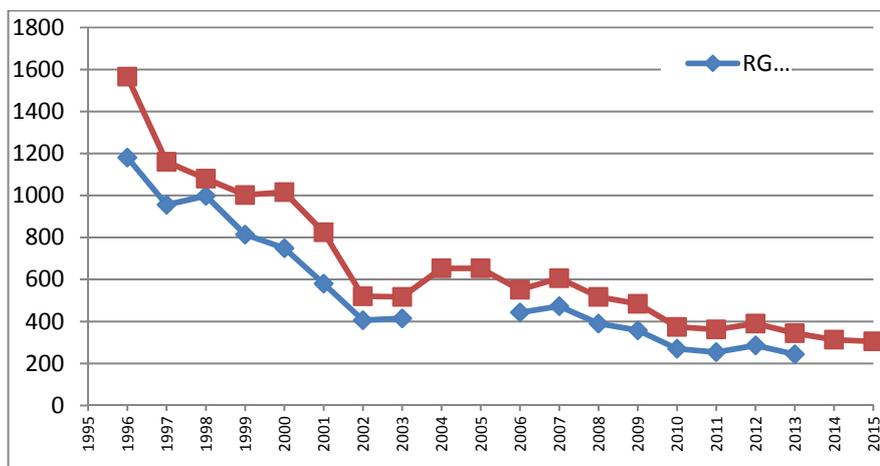
Anche considerando solo i decessi per overdose e trascurando la mortalità per altre cause correlate al consumo di stupefacenti, in Europa si registrano ogni anno tra i 6.500 e gli 8.500 decessi droga indotti, decessi considerati evitabili.

La diffusa poliassunzione, la circolazione di droghe adulterate e tagliate in modo nuovo, la disponibilità di nuove sostanze psicoattive di elevata potenza, attive a dosi anche sub-molari, contribuiscono ad aumentare i rischi di esito letale, ma anche a complicare gli accertamenti e l'individuazione della sostanza responsabile dell'evento. Tale difficoltà interessa non solo il rilevamento dei casi su base circostanziale ma, se pur in minor misura, anche gli accertamenti tossicologici e forensi. Tutto ciò potrebbe portare ad una sottostima degli eventi, ad una percezione distorta dell'andamento dei decessi per droga e ad abbassare la guardia circa eventuali interventi di prevenzione e di ricerca a tutela della salute pubblica.

In Italia il numero dei decessi droga-indotti negli ultimi anni è in progressiva riduzione secondo i dati provenienti dal Registro Speciale (RS)<sup>64</sup> della DCSA e dal Registro Generale di Mortalità (RGM) dell'ISTAT. Nel 2015 il trend rimane in discesa (Figura 94).

---

<sup>64</sup>Il dato si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria.

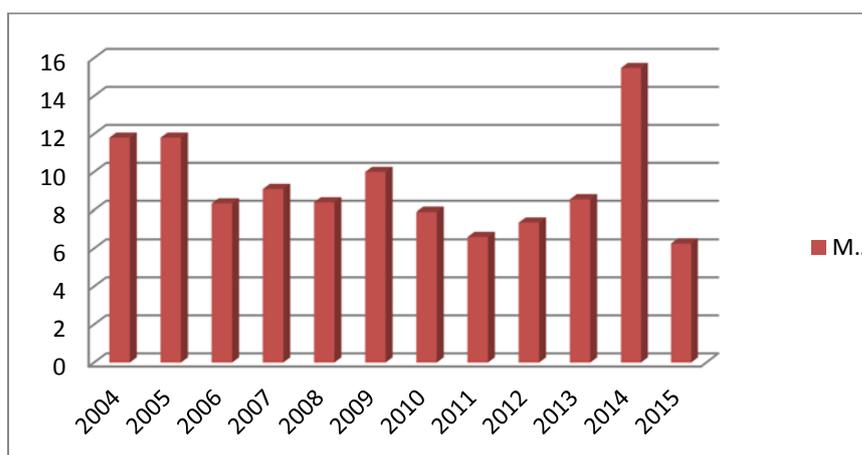


**Figura 94** Decessi Droga-indotti. Registro Speciale (RS) e Registro generale di Mortalità (RGM). Italia 1996-2015

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e ISTAT

Nel corso del 2015<sup>65</sup>, i decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze di Polizia o segnalati dalle Prefetture si sono attestati su 305 casi, con un decremento pari al 2,55% rispetto al 2014.

Le persone di sesso maschile decedute a causa dell'assunzione di sostanze stupefacenti sono state 263 (86,23%), mentre quelle di sesso femminile 42 (13,77%) ed il rapporto M/F pari a 6.3 (15.5 nel 2014, valore più alto registrato dal 2004) (Figura 95).



**Figura 95** - Decessi Droga Indotti. Rapporto di genere per anno. Italia, anni 2004-2015

Fonte: Elaborazioni su dati Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno

<sup>65</sup>Il dato, tuttavia, non è del tutto consolidato, in quanto si riferisce alle morti attribuite in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le Forze di Polizia. Mancano quelli indirettamente riconducibili all'uso di stupefacenti, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida in stato di alterazione psico-fisica, oppure le morti di assuntori di droghe dovute a complicazioni patologiche. Va anche chiarito che non tutte le segnalazioni di decessi per droga che pervengono alla DCSA dalle Forze di Polizia sono poi corredate da copia degli esami autoptici e tossicologici, di cui normalmente dispone l'Autorità Giudiziaria.