



Governo italiano
Dipartimento politiche antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia



PARTE III. INTERVENTI SANITARI E SOCIALI

Capitolo 1. Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

A cura del Gruppo tecnico interregionale Tossicodipendenze della Conferenza delle Regioni e P.A., del Ministero della Salute, degli organismi del privato sociale e dei servizi pubblici, di Esperti, del Dipartimento Politiche Antidroga

1.1 Le politiche nazionali e regionali

La presente sezione della Relazione al Parlamento rappresenta il risultato del confronto tra il Governo Centrale e le Regioni e P.A. sotto i seguenti aspetti tra loro strettamente interconnessi:

- raccolta, condivisione ed elaborazione dei dati dei flussi informativi regionali con il Ministero della Salute
- confronto interno interregionale (Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze)
- approfondimento e condivisione di temi specifici con i soggetti maggiormente rappresentativi del Terzo settore (Privato sociale).

Tale processo è finalizzato ad approfondire e migliorare le politiche sanitarie e socio-sanitarie nel campo delle dipendenze.

- ***I Livelli Essenziali di Assistenza***

La revisione del titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3) ha ridisegnato il quadro generale delle attribuzioni di competenze dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali. Lo Stato ha legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ivi inclusi i livelli Essenziali di assistenza, (LEA), emanati con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa definizione ed approvazione con accordi, nell'ambito della Conferenza Stato/Regioni. Si è pertanto ulteriormente rafforzato il ruolo delle Regioni e Province autonome che hanno la piena responsabilità circa l'organizzazione dei Servizi sanitari Regionali e l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Gli attuali Livelli Essenziali di Assistenza sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002. I LEA relativi all'assistenza nell'ambito delle patologie da dipendenza sono compresi nell'area "assistenza distrettuale", corrispondente alle attività e ai servizi sanitari e sociosanitari ambulatoriali e domiciliari, ai servizi semiresidenziali e residenziali. Con riferimento alle dipendenze e alle relative prestazioni previste dai LEA sul territorio nazionale, si riportano di seguito i principali riferimenti legislativi:

- DPR 1° ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti).
- Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti."

1.6.1 Clinica delle dipendenze e Misure Alternative alla detenzione

In Italia, il tema del carcere, della giustizia penale, delle misure alternative e della lotta al traffico degli stupefacenti, resta un tema di critica attualità, anche per i frequenti richiami da parte delle Autorità Europee sul rispetto di alcuni standards che il nostro Paese si sta avviando ad attuare con efficacia crescente. Il contrasto al sovraffollamento rappresenta forse il migliore risultato ottenuto: da 67.961 presenze al 31 dicembre 2010, si è passati ai 53.283 del 31 maggio 2015. Quindi, il primo passo verso quello che usualmente viene denominato come la 'riduzione del danno da carcere' da sovraffollamento, è stato quasi completato. Constatato che il numero dei presenti in carcere è la risultanza di tutti coloro che ne vengono associati e coloro che ne escono, finché il bilancio è alla pari, le cifre restano immutate numeri non cambiano. Pertanto, la proposta e la concessione di misure alternative, resta uno degli elementi strategici atti a contenere il numero delle presenze totali, naturalmente assieme alla buona efficacia dei Tribunali, delle forze di Polizia e dei servizi sanitari intra ed extracarcerari (ISTAT: I detenuti nelle carceri italiane. 19 marzo 2015).

In tema di persone consumatori di sostanze stupefacenti in condizioni di limitazioni della libertà personale sarebbe errato ridurre il problema ai soli numeri. In realtà ci si trova di fronte anche ad un rilevante problema clinico di appropriatezza dei provvedimenti alternativi: basti pensare alla dicotomia asimmetrica reato/carcerazione e malattia/terapia che pone sullo stesso piano un provvedimento terapeutico per bilanciarne un altro di tipo giudiziario, alla luce di una doppia visione trattamentale.

Il Trattamento Penitenziario (D.P.R. 29 Aprile 1976 n. 431, art. 1) è quell'attività dello Stato tesa a eseguire la pena stabilita da un Tribunale, ma anche ad avviare ed implementare la rieducazione del reo ed il ritorno nel contesto sociale di appartenenza (art.27 Cost.). Esso deve consentire al condannato l'esercizio di tutti i suoi diritti non soppressi dalla condanna (art.4, L.26.7.1975, n. 354) e deve essere confacente al rispetto della dignità umana e mai degradante o umiliante. Il garante dei diritti del detenuto è il Magistrato di Sorveglianza. Il trattamento penitenziario è quindi la risultante del complesso delle regole di gestione della vita in carcere ed è applicabile a tutti detenuti, indipendentemente dalla posizione giuridica. Il 'trattamento penitenziario rieducativo', che ne è una parte, è applicabile solo ai condannati ed internati, in virtù del principio di non colpevolezza fino a condanna definitiva. Nel caso delle persone tossicodipendenti, solo quelli con condanna definitiva possono essere ammessi alle misure alternative da parte del Tribunale di Sorveglianza. Il trattamento penitenziario - come quello di tipo terapeutico - deve essere personalizzato sugli specifici bisogni del detenuto identificati nel corso della c.d. 'osservazione scientifica della personalità' realizzata da una equipe di esperti (art.13, L. 26.7.1975, n. 354) e nella quale può essere prevista la partecipazione di personale del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo schema trattamentale penitenziario si inserisce lo studio e la proposta di misure alternative alla detenzione, anche sulla base delle risultanze dell'osservazione. Esso viene espresso attraverso il 'programma trattamentale' che viene inviato al Magistrato di Sorveglianza. Le principali misure alternative che vengono prese in considerazione sono: l'affidamento in prova al servizio sociale, la semilibertà, la liberazione anticipata.

Sotto la forma di 'arresti domiciliari' le persone con problematiche di consumo di sostanze stupefacenti, possono essere ammesse in strutture di recupero con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria procedente (G.I.P.). I reati più frequentemente riscontrati nella popolazione detenuta generale, ma che si riscontrano nel gruppo dei tossicodipendenti e variamente associati tra loro,

sono: le violazioni della normativa sulle sostanze stupefacenti, i reati contro il patrimonio, contro la persona e per la legge sulle armi.

Il Trattamento Terapeutico per i consumatori di sostanze stupefacenti in carcere è il complesso di interventi di tipo socio-sanitario che vengono messi in atto per tutti coloro che ne fanno richiesta o che rispondano positivamente alle proposte dei servizi sanitari interni. Le azioni professionali del servizio sanitario coinvolgono l'area medico-farmacologica, la socio-assistenziale, la psicologica e quella della rete delle comunità terapeutiche esterne. I modelli di approccio devono essere ad alto grado di personalizzazione, non univoci ed a tale proposito si pensi ad es. alle differenze di etnia, di genere, socio-culturali e nell'ambito minorile. Oltre alla previsione di misure alternative, devono essere promosse azioni e piani terapeutici anche per tutti coloro che non hanno la possibilità di questa prospettiva e dovranno soggiornare nel contesto penitenziario fino alla fine della condanna. In questi casi dovrà essere ancor più valutato un intervento farmacologico a mantenimento o, comunque, a lunga scadenza anche in considerazione del frequente riscontro di consumi di stupefacenti illegali all'interno delle carceri. Questa pratica terapeutica riduce i comportamenti criminali e facilita la sicurezza degli istituti penitenziari. Inoltre è necessario considerare che, nel corso della valutazione del potenziale collaborativo da parte del paziente, alcuni elementi storico-anagrafici devono essere considerati quali fattori predittivi di esito del trattamento sanitario: l'alto grado di manifestazioni tossicomane precedenti, la componente comorbile psichiatrica, la presenza di coinfezioni HCV/HIV-correlate, la commissione di reati ed il numero di precedenti carcerazioni.

Quindi, di fronte ad uno stesso termine ('trattamento') che indica due processi molto differenti, seppur interconnessi, ci si trova di fronte alla necessità istituzionale di creare un solo percorso che abbia obiettivi differenziati, ma condivisi. In tal senso, come l'approccio terapeutico, anche il recupero deve avere carattere olistico, nell'ambito di un globale processo personale di riequilibrio e armonizzazione con i diversi aspetti della vita normale (personale, socio-culturale e lavorativa).

La stretta interazione tra Unità Operative di Medicina Penitenziaria dell'istituto e 1 e Direzioni penitenziarie appare un elemento strategico determinante per un buon esito dell'azione istituzionale sanitaria e di giustizia.

Indicazioni e iter per un programma terapeutico in misura alternativa

La concessione del beneficio previsto dal c.d. 'affidamento terapeutico' (sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari - artt. 90 e 94 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 e s.m.i.) costituisce la conclusione di una serie di complesse procedure che vedono molte interfacce istituzionali e del privato sociale. Dal punto di vista clinico ed organizzativo sanitario, diversi sono gli aspetti critici che ancora non permettono sia una adeguata risposta che una successiva valutazione dei risultati ottenuti. In particolare si evidenzia:

- la carenza normativa di accertamento dello stato di tossicodipendenza finalizzata specificamente all'applicazione di misure alternative al carcere
- difficoltà nell'uniformare le procedure di presa in carico, iter diagnostico, di assessment, terapeutico e di verifica a distanza di tempo dei risultati raggiunti (variabilità regionali ed aziendali)
- l'assenza di un sistema celere ed efficace di presa in carico che permetta una rapida elaborazione di piani terapeutici alternativi (equipe di osservazione)

- non infrequente e denunciata carenza di risorse economiche da parte delle Regioni/ASL
- l'esigenza di un rapporto più stretto con il Magistrato di Sorveglianza e con l'UEPE
- necessità di creare un rapporto terapeutico 'proattivo' con il paziente che faciliti la ritenzione in trattamento

Purtroppo, la frequente priorità degli obiettivi a breve scadenza da parte delle persone detenute, è sostenuta dalla impellenza di uscire comunque da una situazione detentiva utilizzando procedure prevedibili dal punto di vista legale, ma inappropriate da quello sanitario. Nei casi in cui la diagnosi è dubbia o comunque la necessaria certificazione appare non dirimente, sarà opportuno rivolgersi ad altre misure alternative, non necessariamente terapeutiche. Questa situazione appare molto frequente nelle fasi preliminari del procedimento giudiziario per le indagini preliminari e non sottoposto al vaglio del Tribunale di Sorveglianza. L'assenza di precisi criteri normativi di identificazione diagnostica delle persone tossicodipendenti motivatamente inseribili in programmi terapeutici alternativi al carcere è uno dei rischi di inappropriatezza terapeutica di questi ultimi. Una conseguenza di questa possibile inappropriatezza terapeutica è quella dell'impegno di risorse economiche che potrebbero essere utilizzate in maniera più vantaggiosa e di risorse organizzative a causa dell'elevato numero di domande improprie.

Anche l'assenza di procedure standardizzate a livello nazionale ed il rilevante numero di detenuti provenienti da regioni diverse da quella di detenzione, non facilitano una efficace raccolta dati, indispensabile per una programmazione di settore. A tale proposito è in corso di studio in Parlamento la rivisitazione dell'art. 117 - titolo V della Costituzione.

La costruzione di percorsi che tengano conto delle esigenze citate permetterebbero anche un migliore rapporto terapeutico con il paziente, il quale nella volontà di uscire al più presto dal carcere attiva può procedere impropriamente.

Alcuni vincoli che impongono l'ordinamento Penitenziario appaiono quali concause di ritardi di presa in carico e di provvedimenti terapeutici adeguatamente celeri, come ad es. il periodo obbligatorio di 'osservazione scientifica della personalità' necessario per la stesura della c.d. 'relazione di sintesi', dove viene proposta la misura alternativa al magistrato di sorveglianza.

Altre due questioni ampiamente dibattute e che incidono direttamente sulla valutazione di efficacia, sono rappresentate dalla durata della permanenza in comunità terapeutica od in affidamento ai servizi specialistici del territorio e dalle ricadute nell'uso di stupefacenti durante questa misura alternativa. Temi molto complessi e critici che meritano di essere considerati da due punti di vista: sia quello clinico che quello giudiziario. Infatti proprio su questo secondo punto che spesso viene valutata l'efficacia giudiziaria di questo tipo di trattamento.

Per ciò che attiene al primo punto, cioè alla durata di questi trattamenti, bisogna considerare che non necessariamente un programma 'tailored' per specifiche esigenze cliniche debba avere una durata che coincide con la fine della pena da espiare. Anzi, questa coincidenza potrebbe essere del tutto casuale. Pur in assenza di dati epidemiologici affidabili, alcuni rilievi osservazionali e anamnestici permettono di notare come la fine della misura alternativa (per espiazione completata ed alla stessa stregua della carcerazione) sigli usualmente anche la fine della misura terapeutica. Il trattamento sanitario deve durare abbastanza da produrre un cambiamento comportamentale stabile che assicuri le esigenze sia dell'autore del reato che dell'istituzione. Inoltre, nell'ambito di un programma terapeutico multimodale è opportuno prevedere un graduale reinserimento nelle abituali relazioni sociali, facilitando la 'ritenzione nel trattamento', intesa come la capacità e la

volontà della persona di proseguire nel programma terapeutico. Essa dipende sia dalle caratteristiche del paziente, sia dal programma offerto e dalla relazione instaurata con il curante. La percentuale di pazienti che resta in trattamento e quella di coloro che proseguono una forma di terapia dopo la misura alternativa, sono considerate indicatori di idoneità ed efficacia terapeutica del programma proposto. Quindi, appare evidente che la durata del trattamento terapeutico ha poca relazione con quello giudiziario in misura alternativa, anche se ne costituisce parte essenziale. In ogni caso, molti dati convergono sul fatto che l'applicazione di misure terapeutiche in sostituzione del carcere (*'diversion measures'*) evidenziano più alti tassi di successo terapeutico e più bassi tassi di recidiva, rispetto alla semplice carcerazione (Reilly D, Scantleton J and Didcott P (2002). *Magistrates' Early Referral into Treatment (MERIT): preliminary findings of a court diversion trial for drug offenders. Drug and Alcohol Review.*21(4): 393-396).

Anche i farmaci sono una parte importante del trattamento per molti tossicodipendenti ed il loro monitoraggio permette una migliore valutazione della compliance e laddove si registri un consumo di oppiacei è opportuno riprendere o modificare il trattamento metadonico.

Un punto molto controverso è rappresentato dalla ricaduta nell'uso di stupefacenti durante la misura. Qualora questo evento sia considerato una trasgressione grave al programma può essere revocata la misura ed il paziente torna in carcere, se invece viene valutato come evento collaterale nel corso del processo di recupero, la misura può continuare. Diversamente, se viene commesso un nuovo reato, immancabilmente la misura viene sospesa e si avvia un nuovo procedimento giudiziario. D'altronde la prevalenza del peso giudiziario rispetto a quello sanitario nelle misure alternative, appare evidente e del tutto recentemente questo concetto è stato ripreso da una recente sentenza della Corte di Cassazione (Sezione VI penale, 3 giugno 2015 n. 23726), dove nel corso di un procedimento per ingiusta detenzione era riconosciuto come tale anche il periodo trascorso in comunità terapeutica, equiparando ai fini risarcitori, il ricovero ad una detenzione in carcere.

La valutazione degli esiti

Scarse e disomogenee sono le valutazioni di esito condotte sulle misure alternative e riguardano prevalentemente l'aspetto giudiziario, laddove l'esito viene considerato 'positivo' o 'negativo' e la misura efficace, a seconda se questa è stata completata o revocata (dati Ministero della Giustizia; vedi sopra). Una ulteriore variante utile per la comprensione delle attuali valutazioni penali di esito, è quella dello stato giuridico del tossicodipendente e del suo curriculum criminale. Infatti, più questo è costellato di episodi delinquenziali e meno è probabile la loro concessione. Per cui i soggetti a cui viene concessa la misura risultano meno spesso coinvolti nella commissione di reati e comunque di minore entità. Inoltre, la misura non può essere concessa per più di due volte e questo rappresenta un ulteriore fattore di selezione.

Oggi, una valutazione della qualità degli interventi risulta irrinunciabile per comprendere il fenomeno, per le ricadute e per la programmazione; laddove si riscontri inefficacia di trattamento, secondo parametri preordinati, è imperativo mettere in atto provvedimenti di modifica delle procedure di presa in carico (National Institute on Drug Abuse. *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide.* Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. NIH publication No. 11-5316, revised 2012).

Gli altri paesi. Le Drug Courts

Molti paesi dispongono nei loro regolamenti penali e penitenziari di misure equivalenti a quelle del nostro paese, sebbene ci siano differenti contesti e regolamentazioni (Council of Europe Annual Penal Statistics. Space II. Survey 2013. Persons serving non-custodial sanctions and measures in 2013 by M.F. Aebi, J. Chopin; Alternative to imprisonment - targeting offending problem drug users in the EU, EMCDDA, Selected Issues, 2005).

Il concetto alla base di questi provvedimenti è la 'legal pressure' che si traduce nell'applicazione di provvedimenti a carattere di controllo giudiziario di vario tipo e di varia entità, diversi da paese a paese, ma tutti indirizzati ad impedire l'assunzione di stupefacenti e la commissione di reati. In Italia, la forma esercitata di pressione legale è rappresentata dalle misure di sicurezza (firma quotidiana, rientro nell'abitazione a orari precisi, divieto di frequentare alcuni soggetti, ecc.) e dalla possibilità di revoca delle misure alternative, a seguito di violazione. Negli altri paesi sono descritte anche forme di trattamenti obbligatori e coercitivi ma i lavori a disposizione descrivono risultati estremamente variabili in studi non controllati e di bassa attendibilità. In generale, si constata l'influenza di istanze politiche locali, più che analisi attendibili. Anche la semantica utilizzata indirizza verso una crescente difficoltà interpretativa delle diverse forme di trattamento giudiziario (Quasi Compulsory Measures, quasi-coerced treatment, intensive prison-based treatment, compulsory therapy, ecc.).

Tra i trattamenti descritti quali 'intensivi' è utile citare un'esperienza ancora solo americana, delle 'Drug Courts', quali agenzie giudiziarie specializzate nel trattamento dei soggetti consumatori di sostanze stupefacenti. Nate nel 1994, sono gestite da un'associazione privata no-profit (National Association of Drug Court Professionals - NADCP) composta da giudici, avvocati e sanitari associa provvedimenti specialistici di tipo giudiziario a quelli sanitarie costituita da 2.734 Drug Courts attive in tutti gli stati uniti, anche in termini di formazione professionale dov si contano numerosi professionisti formati nel settore delle dipendenze (Adult Drug Courts Practice Standards, 2013).

Una volta "preso in consegna", l'imputato/condannato viene sottoposto ad un intenso regime di trattamento, da quello per la disintossicazione a quello per la salute mentale, a continui test e misure di libertà vigilata con l'obbligo di rispettare un fitto calendario di appuntamenti davanti ad un giudice specializzato. In genere le Courts non prendono in considerazione i crimini violenti, sebbene dove ci siano delle vittime viene chiesto il loro consenso al trattamento in comunità terapeutica e il risarcimento dei danni eventuali. Una sezione particolarmente interessante, ma dotata di specificità che la rendono abbastanza differente da quella per gli adulti, è quella dedicata ai minori di anni 25: Juvenile Drug Courts (Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice. Juvenile Drug Courts: Strategies in Practice, 2003). La riproposizione di un simile modello anche nel nostro paese appare giustificato ed auspicabile anche in relazione all'entità del fenomeno che vede coinvolta una rilevante parte dei detenuti.

1.7 Le Comunità Terapeutiche

La quasi totalità dell'offerta è gestita da organizzazioni del Privato, attore da sempre importante nel sistema della rete dei servizi e nella costruzione dei modelli di intervento per le patologie da dipendenza.

Capitolo 2. Trattamenti in carcere

A cura del Ministero della Giustizia, del Dipartimento Politiche Antidroga ed Esperti individuali

2.1 Salute dei detenuti

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

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

Con l'assegnazione dei fondi alle Regioni, avvenuta in data 31 luglio 2003, si è definitivamente concluso il trasferimento della tossicodipendenza dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

Il D.P.C.M. 1.4.2008

Le strategie adottate per contrastare il fenomeno della droga e delle patologie correlate negli istituti penitenziari hanno trovato nuovo impulso a seguito dell'emanazione del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1.4.2008, che ha definitivamente trasferito alle Regioni la competenza in materia di assistenza sanitaria alle persone detenute.

In particolare, con le “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” allegate al DPCM 1.4.2008, si individuano percorsi di prevenzione e cura e modelli organizzativi per la ristrutturazione dei servizi esistenti al fine di adeguare le prestazioni in ambito penitenziario ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza adottati per la popolazione italiana.

In particolare, al punto 5 delle Linee di indirizzo “Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche” si ribadisce che “l'assistenza ai tossicodipendenti è assicurata dal Ser.T. interno agli istituti in collaborazione della USL del territorio e con la rete dei servizi sanitarie sociali impegnati nella lotta alla droga”.

Il riordino della sanità penitenziaria ha comportato per il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria l'impegno a collaborare secondo il principio di leale collaborazione con le Regioni e le ASL per la tutela della salute delle persone provvisoriamente private della libertà personale.

Le azioni

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria continua a contribuire, accanto ai SERT, all'azione volta a contenere il fenomeno della tossicodipendenza perseguendo i seguenti obiettivi:

- favorire la presa in carico delle persone detenute da parte dei Ser.T attraverso interventi di coinvolgimento delle ASL;
- rafforzare l'approccio multidisciplinare e pluriprofessionale alle problematiche presentate in carcere dalla persona detenuta tossicodipendente;
- realizzare legami più stretti tra carcere e territorio per favorire il reinserimento nel tessuto produttivo locale del detenuto tossicodipendente e prevenire così il reiterarsi di comportamenti antisociali dipendenti dall'assenza di opportunità;
- aumentare le occasioni di informazioni sull'argomento tossicodipendenza sia per la popolazione detenuta che per il personale penitenziario;
- incrementare le iniziative formative direttamente e in collaborazione con Università, Enti e Associazioni;
- dare ampia diffusione alle buone prassi in tema di prevenzione e di cura delle patologie correlate alla tossicodipendenza;
- sviluppare azioni sinergiche di contrasto al fenomeno delle dipendenze patologiche con altri Dicasteri, Regioni Stati Esteri e agenzie internazionali;
- implementare il sistema di raccolta dati informatico sul fenomeno della tossicodipendenza in carcere nella sua molteplicità di forme e di sviluppo.

Nell'ottica degli interventi operativi a favore della salute delle persone tossicodipendenti all'interno degli Istituti Penitenziari, l'Amministrazione agisce da partnership del Servizio Sanitario Nazionale, ponendosi come protagonista nello scenario delle istituzioni impegnate nella lotta alla droga. Non può non ricordarsi che dal 2003 al 2007 è stato realizzato il progetto "DAP Prima" in alcune realtà metropolitane (Milano, Roma, Catania e Reggio Calabria), che agevolava, nell'immediatezza dell'arresto in flagranza, le procedure di affidamento in prova al servizio sociale ovvero alle strutture private autorizzate ai sensi dell'art. 116 del medesimo D.P.R.. In particolare, era stata prevista la presenza di operatori del SER.T presso i Tribunali, così che nell'immediatezza dell'arresto potessero verificare i presupposti concreti per consentire al giudice della convalida dell'arresto l'immediata applicazione" dei benefici.

Altro progetto a cui attualmente partecipa l'Amministrazione come partner è il Progetto "La salute non conosce confini". Approvato dai Dicasteri della Giustizia e della Sanità, il lavoro è stato sviluppato congiuntamente alla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), la Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, il Network Persone Sieropositive (NPS) che ha svolto tra il 2011 e il 2012 campagne di informazione sulla prevenzione delle patologie trasmissibili in 19 Istituti penitenziari. Il progetto ha consentito di acquisire dati aggiornati sull'impatto delle malattie virali croniche e della tubercolosi nella popolazione detenuta in generale e sulla componente tossicodipendente in particolare. Allo stato, è in corso la terza edizione di tale iniziativa.

Il tavolo di consultazione permanente

In data 22 gennaio 2015 è stato approvato dalla Conferenza Unificata un Accordo volto a proporre alle Regioni modelli di riferimento per l'organizzazione della rete sanitaria nazionale e regionale per l'assistenza sanitaria delle persone detenute.

Gli aspetti più generali dell'assistenza (nuovo ingresso-presa in carico, protocolli operativi tra presidi medici e Ser.T. e D.S.M., attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza) sono affrontati secondo metodologie operative standard e condivise ai vari livelli. Nel documento è raccomandata l'attenzione ai detenuti tossicodipendenti

In particolare, è previsto l'impegno delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dei Provveditorati Regionali dell'Amministrazione penitenziaria, a garantire ai detenuti tossicodipendenti e alcol dipendenti che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate:

Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90):

Custodie attenuate: sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti e possono occupare un intero istituto ("I.C.A.T.T.": Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti) o una o più sezioni ("Se.A.T.T.": Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti) all'interno di istituti penitenziari di grandi dimensioni. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M., svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma. E' auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione. L'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Presidio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate, dotato di precisi criteri di accesso, esclusione, permanenza e che favorisca anche l'avviamento alle misure alternative. La medicina di base, la medicina specialistica, la guardia medica ed il coordinamento tecnico-funzionale degli interventi sono garantiti dal Presidio sanitario dell'istituto. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale ("C.A.S.A."): è rappresentato da aree di osservazione clinica in istituto dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata al carcere. Tali aree sono di dimensioni proporzionali al turnover di detenuti alcol-tossicodipendenti ed anch'esse devono risentire di una gestione simile alla tipologia precedente ed anche in questo caso l'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Presidio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate. Le "C.A.S.A." sono dotate di un numero di stanze di detenzione dedicate, ma incrementabili, qualora le esigenze lo richiedano.

Popolazione detenuta

La popolazione detenuta ha subito nell'ultimo decennio un aumento considerevole (28% dal 2000

fino al 2010) con conseguente peggioramento del sovraffollamento, in quanto la disponibilità di posti non è aumentata nella stessa misura. Grazie ai dati desunti dal Sistema informativo Siap/Afis è stato possibile monitorare l'andamento del numero di detenuti e valutare gli effetti dei provvedimenti approvati allo scopo di contenere il fenomeno del sovraffollamento. Tali dati hanno mostrato che dal 2011 le misure adottate hanno contribuito a far diminuire la popolazione detenuta, riportando il rapporto con i posti regolamentari nella norma (108 detenuti ogni 100 posti regolamentari al 31 dicembre 2014).

I provvedimenti per la riduzione del sovraffollamento sono stati accompagnati nel 2014 dalle modifiche relative al DPR n. 309/90, riguardanti in particolare l'articolo 73. Con la sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale, che ha comportato l'illegittimità costituzionale delle modifiche alla normativa sugli stupefacenti introdotte nel 2006, sono state riportate in vigore le norme previgenti del DPR n. 309/90, con la distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe pesanti e droghe leggere e la diversificazione delle pene previste dall'articolo 73. Nell'ipotesi della lieve entità del fatto le pene sono state ulteriormente ridimensionate. I detenuti condannati ai sensi dell'articolo 73 del DPR n. 309/90 hanno potuto beneficiare, nel caso di droghe leggere, della rideterminazione della pena e della scarcerazione se imputati.

Pur non essendo propriamente un provvedimento "svuotacarcere", la sentenza della Corte costituzionale ha avuto un impatto sulla popolazione detenuta: alla fine dell'anno 2014 la percentuale di detenuti presenti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 è arrivata al 34%, il valore più basso riscontrato dal 2000.

2.1.1 Sovraffollamento carcerario

Nella Figura 57 vengono riportati i dati sui detenuti presenti alla fine di ciascun anno e sugli ingressi dalla libertà nel periodo. Dall'esame dei dati risultano evidenti gli effetti del provvedimento di indulto, approvato nel 2006 a causa dell'accrescimento del tasso di sovraffollamento (pari a 139 detenuti ogni 100 posti regolamentari al 31 dicembre 2005).

Figura 57: Prospetto dei detenuti presenti a fine anno ed entrati dalla libertà distinti per posizione giuridica. Anni 2000-2014

ANNI	Detenuti presenti a fine anno				Entrati dalla libertà nel corso dell'anno			
	A disposizione dell'autorità	Condannati	Sottoposti a misure di sicurezza	Totale	A disposizione dell'autorità	Condannati	Sottoposti a misure di sicurezza	Totale
2000	24.295	27.414	1.456	53.165	73.607	7.668	122	81.397
2001	23.302	30.658	1.315	55.275	67.238	11.100	311	78.649
2002	21.682	32.854	1.134	55.670	71.635	9.210	340	81.185
2003	20.225	32.865	1.147	54.237	71.532	9.902	356	81.790
2004	20.036	35.033	999	56.068	70.728	11.272	275	82.275
2005	21.662	36.676	1.185	59.523	75.615	13.983	289	89.887
2006	22.145	15.468	1.392	39.005	79.047	11.367	300	90.714
2007	28.188	19.029	1.476	48.693	86.063	3.975	403	90.441
2008	29.901	26.587	1.639	58.127	85.784	6.479	537	92.800
2009	29.809	33.145	1.837	64.791	79.283	8.281	502	88.066
2010	28.782	37.432	1.747	67.961	74.609	9.612	420	84.641
2011	27.325	38.023	1.549	66.897	68.006	8.580	396	76.982
2012	25.777	38.656	1.268	65.701	53.828	8.832	360	63.020
2013	22.877	38.471	1.188	62.536	50.519	8.481	390	59.390
2014	18.518	34.033	1.072	53.623	42.099	7.687	431	50.217

Figura 61: Prospetto dei detenuti presenti al 31/12/2014 con reati di cui agli articoli 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2006-2014

DATA DI RIFERIMENTO	Articoli violati del DPR 309/90						TOTALE	DI CUI condannati
	73		74		73 e 74			
	totale	di cui condannati	totale	di cui condannati	totale	di cui condannati		
31/12/2006	10.312	3.519	536	284	4.285	2.168	15.133	5.971
31/12/2007	14.117	4.618	537	274	4.101	2.183	18.755	7.075
31/12/2008	18.197	7.590	588	290	4.529	2.532	23.314	10.412
31/12/2009	20.948	10.552	697	309	5.103	2.827	26.748	13.688
31/12/2010	21.633	12.370	739	350	5.661	3.184	28.033	15.904
31/12/2011	21.094	12.642	742	393	5.465	3.240	27.301	16.275
31/12/2012	19.893	12.452	761	415	5.375	3.374	26.029	16.241
31/12/2013	17.953	11.838	810	463	5.393	3.573	24.156	15.874
31/12/2014	12.717	8.840	849	472	5.278	3.488	18.844	12.800

Tale diminuzione è conseguenza della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della sentenza della Corte costituzionale n. 32/2014, che ha ripristinato per l'articolo 73 la normativa vigente prima delle modifiche apportate nel 2006. E' tornata in vigore la distinzione tra droghe leggere e pesanti, con un diverso trattamento sanzionatorio, più mite per le prime (da 2 a 6 anni) e più pesante per le seconde (da 6 a 20 anni) mentre la versione dichiarata incostituzionale prevedeva una pena da 8 a 20 anni per entrambe. Analizzando i soli detenuti con ascritto tale articolo la diminuzione nel 2014 risulta pari al 29% e per i definitivi pari al 25%. Nel caso dell'articolo 73 la quota dei condannati risulta costantemente inferiore rispetto alla quota calcolata per i detenuti con ascritti l'articolo 73 e/o 74 fino al 2009, ma successivamente diventa superiore.

Il numero di detenuti con ascritto l'articolo 74 del DPR 309/90 è in costante crescita, sia per quanto riguarda il totale che i soli condannati: tuttavia tale ammontare rappresenta solo il 5% dei detenuti presenti complessivamente per le violazioni della normativa sugli stupefacenti. Il 67% dei detenuti ristretti per reati di cui al DPR 309/90 ha violato l'articolo 73, mentre il 28% ha violato sia l'articolo 73 che il 74.

Sono stranieri il 37% dei detenuti presenti con ascritto l'articolo 73, quota superiore di circa 4 punti percentuali rispetto alla corrispondente calcolata sul totale della popolazione detenuta (33%). Si osservano percentuali di stranieri molto più elevate (anche prossime al 50%) negli anni precedenti.

Il numero di entrati per articolo 73, pari a 13.972 nell'anno 2014, risulta diminuito dal 2010 al 2014 del 46%. In appendice viene riportata la serie storica dal 1992 dei detenuti presenti tossicodipendenti e ristretti per articolo 73; inoltre viene riportata la serie dei nuovi giunti in carcere dal 2005 (tossicodipendenti ed entrati per articolo 73).

2.1.6 La presa in carico clinica della persona detenuta

Il carcere viene usualmente definito come una comunità confinata attribuendo a questa denominazione quella di "ambiente chiaramente delimitato nella sua caratteristica topografica e funzionale e caratterizzato dalla presenza pressoché costante di un certo numero di persone che vivono il loro tempo a stretto contatto. Altri esempi sono i conventi, gli ospedali, le caserme, i collegi, ecc. Per tali motivi, soprattutto quando esistono delle forti regole di gestione del quotidiano

che possono limitare le libertà personali dell'individuo, si crea una dinamica del tutto peculiare che condiziona fortemente anche i suoi sottosistemi organizzativi. Tali condizioni costringono ad implementare sistemi organizzativi peculiari che possono essere anche molto diversi da quelli che si realizzano in altri contesti o sul territorio. La corposa normativa in tema di carcere e di sanità penitenziaria ha recentemente posto l'accento sulla necessità di organizzare i servizi sanitari tenendo in debito conto la specifica complessità ambientale. Questi modelli organizzativi risultano di entità superiore ai propri singoli componenti e la loro valutazione prevede un numero maggiore di parametri per descriverla (S. Libianchi, et al.: *"The penitential structure in Italy"* In: R. Muscat and members of the Pompidou group treatment platform: *"Treatment within the criminal system. Notes on regulations Treatment system overview"*. Council of Europe Ed. April 2009). Tali parametri sono spesso diversi da quelli utilizzati nella sanità del territorio e realizzano - qualora ben utilizzati - la condizione di esigibilità delle prestazioni sanitarie che è l'elemento fondante e valoriale nel processo di aiuto.

Una adeguata considerazione della complessità edella peculiarità del sistema sanitario in carcere può evitare il crearsi di quelle condizioni favorevoli la disomogeneità dei percorsi clinici, la mancata integrazione delle cure e di diversi curanti che possono favorire l'errore clinico (risk management). Come ben previsto nell'Accordo del 22 gennaio 2015 sopra citato, i modelli operativi in carcere prevedono l'individuazione delle strutture a cui attribuire la responsabilità clinica ed organizzativa dei diversi momenti clinici. Questa è stata individuata nelle Unità Operative di Medicina Penitenziaria di ogni singolo istituto con l'indicazione di un 'case manager' (CM) incaricato di coordinare i diversi interventi sanitari in corso di detenzione e di codificare una efficace presa in carico. Questa modalità di governance clinico-organizzativa garantisce che il processo assistenziale soddisfi un bisogno di salute complesso. D'altra parte è doveroso pensare alla persona tossicodipendente, usualmente portatore di molti stati patologici, non quale somma di patologie o mera fonte di dati da assemblare, piuttosto quale persona a favore della quale è necessario 'governare' gli interventi necessari, specie se di più branche specialistiche. In tal senso appare irrinunciabile una impostazione 'olistica' della medicina penitenziaria, laddove le proprietà di un sistema complesso (il paziente) non sono determinate dalla mera somma delle sue componenti (stati patologici), bensì è lo stesso sistema complesso che determina il comportamento delle singole parti ("...l'intero è maggiore della somma delle sue parti..."; Aristotele, *Metafisica*). Nella rappresentazione riduzionistica prevale invece lo studio del 'sistema-uomo' scomposto in parti (le diverse malattie, i diversi servizi sanitari che operano in carcere indipendentemente uno dall'altro e senza una governance clinica unitaria). Il CM in carcere è attore di quel processo di collaborazione che accerta, pianifica, effettua, coordina, monitora, controlla e valuta le opzioni ed i servizi richiesti per soddisfare i bisogni di salute e di cura dei detenuti a lui affidati, favorendo la compliance, mediando i necessari interventi degli altri Servizi di cura aziendali ed ospedalieri. Il CM è un membro dell'équipe di cura adeguatamente preparato ed il suo successo deriva dalla capacità di integrazione nella rete dei Servizi, dall'utilizzazione di strumenti di programmazione e dallo scambio di informazioni sul paziente che riesce ad assumere (*Case Management Society of America Annual report 2014*).

La funzione di CM appare ideale per affrontare la clinica del tossicodipendente in carcere, assicurando all'utente un sostegno professionale multisettoriale con una valutazione complessiva e quotidiana (medicina di base, medicina delle urgenze, altre specialità, rapporti con l'équipe trattamentale, ecc.) del caso oltre che dei singoli problemi. Il principale beneficio atteso è rappresentato da una maggiore possibilità di modificare tempestivamente il progetto in base all'evoluzione delle azioni, anche concordate con la persona detenuta (*Paladino M., et al.: "Case*

management nella realtà socio-sanitaria italiana, Ed. Franco Angeli, 2000). Il CM, che può essere anche il responsabile dell'Unità Operativa di medicina penitenziaria, assume la responsabilità clinica dell'intero percorso di presa in carico che non sarebbe possibile se questa fosse diffusa tra più servizi esterni al carcere.

Questi concetti sono ben espressi nel citato accordo del 22 gennaio 2015, anche laddove viene sancita la necessità di una rete nazionale di presa in carico della persona detenuta, con modelli e procedure omogenee, intraregionali ed interregionali. Quindi i progetti terapeutici che seguono ad ogni singola presa in carico dovranno prevedere una valutazione multidimensionale ed una loro configurazione altamente personalizzata e finalizzata a tutelare la dignità della intera persona.

Sebbene sia ancora ampia la discussione sul valore ed il significato del lessema complesso "presa in carico", con tale locuzione si designa l'insieme e l'iter delle azioni diagnostiche e terapeutiche ritenute necessarie al singolo soggetto nel suo complesso, talora anche con riferimento al nucleo familiare. La presa in carico deve garantire l'avvio di un processo individuale di valutazione dei bisogni e permette al cittadino detenuto di individuare, anche formalmente, un soggetto organizzato (l'équipe, il servizio) ed un soggetto relazionale (il medico tutor, l'infermiere di processo, l'assistente sociale di collegamento con il territorio e la rete dei servizi esterni, ecc.) quali garanti dei percorsi e della condivisione delle scelte di cura. Tale garanzia deve essere estesa specie quando la persona detenuta deve essere assistita da diverse Unità Operative o quando c'è un'ospedalizzazione od è prevista una permanenza in una comunità terapeutica esterna, presso una 'casa-famiglia', un 'gruppo- appartamento' od altre strutture simili. Infatti, di fronte a tali realtà caratterizzate da molteplicità di servizi specializzati, difficoltà di coordinamento tra i diversi servizi, si può determinare disorientamento per scarsità di informazioni od incongruenza di informazioni. A tale proposito, appare incongruo e potenzialmente dannoso svincolare gli interventi specialistici del DSM, del Ser.T., del servizio disabili adulti o degli altri servizi aziendali, da un coordinamento generale, anche se è prevedibile il riscontro di una certa resistenza al cambiamento da parte delle organizzazioni sanitarie.

La continuità assistenziale

In sanità, una efficace presa in carico assicura la continuità assistenziale. In carcere, fino al DPCM dell'1 aprile 2008, ci si è trovati di fronte ad una particolare presa in carico 'intra moenia' che prevedeva che ogni competenza assistenziale terminasse al momento stesso dell'uscita dal carcere, per qualsiasi motivo (fine pena, misure alternative, ecc.). La reimmissione nel tessuto sociale ed urbano del detenuto consumatore di sostanze stupefacenti non veniva considerata quale fattore determinante per la sopravvivenza stessa della persona. Negli ultimi decenni, molte ricerche scientifiche hanno invece dimostrato che un rilevante numero di *overdoses* fatali avvenivano proprio all'uscita di strutture confinate, quali le carceri e le comunità terapeutiche. Anche la recidiva delle azioni criminali era considerevolmente ridotta grazie a programmi di trattamento in carcere a condizione che questi fossero seguiti da un 'accompagnamento' sul territorio, verso i servizi sanitari per le dipendenze o di psichiatria. Continuità assistenziale e terapeutica devono essere garantite anche in occasione dei non rari trasferimenti da un istituto penitenziario all'altro per motivi di diverso ordine (giustizia, avvicinamento familiare, ecc.)

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è espressa in tal senso osservando come la continuità delle cure rappresenti uno degli indicatori più sensibili di funzionamento di un Servizio Sanitario, perché coniuga il concetto di responsabilità di presa in carico ai diversi livelli interni al carcere e della rete territoriale. La comunità terapeutica rappresenta un elemento critico

dell'assistenza e delle complessità organizzative che si incontrano nei piani terapeutici delle persone dedite al consumo delle sostanze stupefacenti che devono essere curati per un lungo periodo (*World Health Organization-Regional Office for Europe, Continuity of care in changing Health Care Systems, Report on a WHO Working Group, Cittadella-Italy 11-14 december 1991*. EUR/HFA target 28- British Columbia - Ministry of Health; "Primary and community care in BC: a strategic policy framework cross sector policy discussion paper 2015"; Pankow J., et al.: "Optimizing continuity-of-care opportunities to reduce health risks: shared qualitative perspectives from CJDATS 2 research", *Addiction Science & Clinical Practice* 2015, 10 (Suppl 1):A46.).

I percorsi intrapenitenziari

L'arresto di una persona che consuma sostanze stupefacenti è un evento molto frequente e può riguardare qualsiasi soggetto indipendentemente dall'età, dallo stato sociale o dal sesso. Tra l'arresto effettuato dalle forze di Polizia e l'entrata concreta in carcere possono passare anche molte ore con evidenti conseguenze sullo stato di astinenza. Dopo l'entrata in carcere, il primo intervento viene attuato dai medici di guardia medica di servizio in carcere, in attesa che in tempi successivi sia attivata la procedura di somministrazione di farmaci sostitutivi usualmente da parte del locale Servizio per le Dipendenze, secondo modalità e procedure che subiscono variazioni locali anche rilevanti. Pur se mancano dati completi, in alcuni istituti risultano allestite stanze di detenzione in numero e capienza variabili, dedicate al trattamento della sindrome da astinenza (fase I o fase acuta). In questa fase dove si provvede all'intake del paziente e ad una prima valutazione clinica e programmatica. La successiva fase II o postacuta è quella che segue i sintomi astinenziali ed ha una durata variabile (30-60gg) in cui il paziente è ancora molto fragile, specie se alla prima carcerazione e deve essere protetto da eventuali intenti autolesionistici, purtroppo frequenti. La fase III, o fase di stato, è caratterizzata da una certa ristabilità emotiva e di adattamento all'ambiente e usualmente si mantiene fino all'uscita alla struttura. In questa fase si dovrebbe concludere il percorso diagnostico con la produzione - laddove possibile - di una certificazione medico-legale di alcol/tossicodipendenza utile ai fini dell'applicazione delle misure alternative (fase IV o terapeutica avanzata). In ogni caso la durata della condanna da espiare in concreto si associa ad un obbligo trattamentale (penitenziario) e terapeutico-clinico nei riguardi dei programmi da svolgere durante questo tempo. In passato, purtroppo, si è constatato il frequente atteggiamento attendista da parte del paziente, ma anche del personale sanitario che di fronte ad una pena molto lunga spostavano attenzioni e risorse verso altri pazienti che sarebbero usciti in tempi più brevi. Non sarà mai abbastanza utile ribadire che il tempo trascorso in carcere non dovrebbe essere considerato un tempo di attesa, bensì un tempo prezioso da utilizzare per ricostruire percorsi, abilità, sobrietà, nella cornice di un piano terapeutico a lungo termine.

Dal punto di vista cronologico ed organizzativo, dopo l'entrata in carcere si possono distinguere diverse fasi:

1. Identificazione e contatto con la persona. Case Manager
2. Analisi della domanda e delle risorse
3. Definizione degli obiettivi e predisposizione del progetto preliminare
4. Implementazione del piano individualizzato di sostegno
5. Collegamento coordinato fra i servizi coinvolti
6. Controllo e monitoraggio delle prestazioni

7. Rapporti operativi con il Tribunale di Sorveglianza e con la direzione penitenziaria, stabili e strutturati.

Carcere, tossicodipendenza ed impatto sociale

La definizione di "impatto sociale" non è agevole in quanto risulta essere un concetto ancora in evoluzione, sebbene ci sia un sufficiente accordo per definirlo quale "l'effetto positivo e negativo, primario e secondario, sviluppato da un intervento nella comunità diretto o indiretto, volontariamente od involontariamente, in termini di conoscenza, abilità, condizioni di vita, benessere o valori sociali". I risultati prodotti devono essere resi in termini misurabili (Social Impact Assessment). L'impatto può essere economico, ambientale, socio-sanitario. Si crea, 'valore sociale' (Social Return of Impact) quando le risorse, gli inputs o le policies, sono ricomposte per creare miglioramenti nelle vite degli individui e delle comunità. Quindi le variabili di impatto sociale sono: il cambiamento della vita delle persone e la relazione tra l'intervento ed il cambiamento raggiunto (G. Fiorentini, F. Calò: "Impresa sociale e innovazione sociale"; F. Angeli ed., 2013). Naturalmente per le persone dedite all'uso di stupefacenti l'evento più importante risiede nella sospensione dal loro consumo.

Un interessante strumento finanziario creato sul mercato della Borsa Sociale utilizzabile nel settore penitenziario è rappresentato dai 'Social Impact Bond' conosciuti anche come 'Pay for Success Bond' (titoli di debito) dove si prevede che l'Amministrazione Pubblica accrediterà al progettouna parte dei rendimenti collegati al risparmio della spesa sociale ricavati dalla progettazione/attività espressa in uno specifico contesto sociale.

Per ciò che attiene al settore della giustizia, nel 2010, il ministro della giustizia del governo britannico, Jack Straw ha annunciato l'emissione di un Social Impact Bond (SIB) della durata di sei anni che vedrà un intervento sperimentale di riabilitazione intensivo sia in prigione, che in comunità, di circa 3,000 detenuti del carcere di Peterborough. Gli investitori riceveranno una remunerazione solo se il tasso di recidiva si ridurrà di almeno il 7,5% sull'intero gruppo considerato e sarà proporzionale all'impatto sociale prodotto.

Nel caso del carcere italiano, considerando che il costo medio giornaliero del mantenimento e delle spese derivanti da ogni singolo detenuto ha variato negli anni 2001-2013 tra 116,67€ e 190,21€ una progettazione sociale basata sul reinserimento sociale delle persone detenute potrebbe rappresentare un nuovo approccio gestionale. Potrebbero essere usati nuovi modelli di partenariato pubblico/privato (Ministero della Giustizia, fornitore di servizio-terzo settore, valutatore indipendente, intermediario finanziario, investitori sociali) con indubbi ed interessanti ricadute sulla finanza pubblica.

Ad un decremento delle recidive tossicomane corrispondono minori recidive giudiziarie e penitenziarie. I Tribunali e le forze di Polizia potrebbero così recuperare risorse e tempi. Le ricadute sul terzo settore indurrebbero remunerazione.

La valutazione dell'impatto socio-sanitario deve prevedere un attento monitoraggio per valutarne la reale entità e per questo è necessario individuare precisi macroindicatori di esito anche suddivisi per regione, per struttura penitenziaria, per tipologia di intervento effettuato, stato di salute, ecc.

Alcune indicazioni operative

Gli elementi esposti sinora rendono conto come nella gestione della persona dedita al consumo delle sostanze stupefacenti in carcere, sia chiaramente verificata la necessità di dover disporre di

sistemi organizzativi locali, regionali e nazionali evoluti che superando alcune resistenze al cambiamento, prevedano l'individuazione e l'attuazione di alcuni strumenti operativi critici e non procrastinabili, come quelli previsti dall'Accordo del 22 gennaio 2015, ed inoltre

<i>attori</i>	<i>provvedimenti</i>
Enti istituzionali	Immediato recepimento degli accordi sottoscritti in Conferenza Unificata e delle normative correlate (es. art. 7 del PDCM 1/4/2008)
	Definizione ed aggiornamento di Livelli Assistenziali Essenziali (LEA) specifici per le persone detenute (odontoiatria, farmaci,
Professionisti	presa in carico precoce con la stesura di un piano assistenziale personalizzato,
	Incrementare le interazioni tra servizi sanitari, istituto penitenziario, tribunale di Sorveglianza
	Implementare procedure standardizzate specie per la raccolta dei dati clinici (cartella sanitaria unica e informatizzata, scheda unica di terapia, modulistica specifica, ecc.)
	Formazione congiunta e bidirezionale (sanità-giustizia)
	Utilizzare metodologie diagnostiche ed organizzative univoche, ripetibili, omogenee
	Programmare azioni di riduzione del danno

2.1.7 Elaborazioni su dati regionali: rilevazione adulti tossicodipendenti in carcere

Il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, fino al 2009 di competenza del Ministero di Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, è transitato alle Regioni e alle Province Autonome secondo l'accordo in Conferenza Unificata siglato in data 18 maggio 2011. Queste sono tenute a raccogliere, per il tramite delle Unità operative dei Sert.T. presenti in carcere, dati sui detenuti tossico e alcol dipendenti attraverso la compilazione di apposite schede. Per gli adulti la rilevazione ha cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre) e descrive la situazione istantanea a quella data, mentre per i minori si rileva il dato complessivo annuale. L'obiettivo della rilevazione è quello di consentire la raccolta di dati e informazioni che consentano di rappresentare meglio la situazione dei detenuti tossico e alcol dipendenti e di identificare la quota di soggetti che possono accedere e accedono alla pena alternativa attraverso l'art. 94 del D.P.R. 309/90.

Nel 2014 la percentuale delle Regioni e PP. AA. rispondenti è pari al 95% (20 su 21), vengono rilevati i soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere per i quali vi è una dipendenza da sostanze definita su base clinica diagnostica (ICD-IX CM) e quelli per i quali la dipendenza è solo anamnestica o auto dichiarata (mero consumo). I dati sono stati raccolti al 31 dicembre 2014 la quota dei soggetti con problemi droga correlati si attesta ad un valore pari a 9.495, la regione con più alta percentuale di soggetti detenuti con diagnosi di dipendenza è la Lombardia (22%) , seguita dalla Sicilia (14% circa). E' da specificare che per la regione Campania nell'anno 2014 il dato è parziale e riferito solo a 55 ordinanze concessive di affidamento in prova relative a detenuti tossicodipendenti.

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA**DIREZIONE E COORDINAMENTO:**

Cons. Avv. Patrizia DE ROSE, Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

GRUPPO REDAZIONALE:

DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

- Dott.ssa Elisabetta SIMEONI
- Dott.ssa Marinella MARINO
- Sig.ra M. Rita SASSARA

MINISTERO DELL'INTERNO

- Gen.D. CC Sabino CAVALIERE, *Direzione Centrale per i Servizi Antidroga*
- Dott.ssa Maria Gabriella GALEOTTI, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Rita CECCHETTI, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Marina COLASANTI, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Antonietta SALA, *Centro Studi Ricerca e Documentazione*
- Dott.ssa Anna Maria CAPUTO, *Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica*

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

- Dott. Roberto Calogero PISCITELLO, *Direttore Generale dei detenuti e del trattamento*
- Dott.ssa Roberta PALMISANO, *Ufficio studi e rapporti internazionali – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Paola MONTESANTI, *Direzione generale dei detenuti e del trattamento – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Flavia TAGLIAFIERRO, *Ufficio sviluppo e gestione sistemi informativi - Dip. dell'Amministr. Penitenziaria*
- Dott.ssa Sonia SPECCHIA, *Direzione generale dell'esecuzione penale esterna – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*
- Dott.ssa Barbara CHIARI, *Direzione generale della giustizia penale – Dipartimento per gli Affari di Giustizia*
- Dott.ssa Francesca STILLA, *Direzione generale per l'attuazione provvedimenti giudiziari – Dipartimento Giustizia minorile*
- Dott.ssa Vincenza IARIA, *Direzione generale della giustizia penale – Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Casellario Centrale*

MINISTERO DELLA SALUTE

- Dott. Raniero GUERRA, *Direttore Generale della prevenzione sanitaria*
- Dott.ssa Marcella MARLETTA, *Direttore Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico*
- Dott. Pietro MALARA, *Direzione Generale della prevenzione sanitaria – Ufficio VII*
- Dott.ssa Natalia MAGLIOCHETTI, *Direzione generale della prevenzione*

4 Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo

- Dott.ssa Germana APUZZO, *Direzione generale dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio centrale stupefacenti*
- Dott. Pietro CANUZZI, *Direzione generale dispositivi medici e del servizio farmaceutico - Ufficio centrale stupefacenti*
- Dott.ssa Lidia DI MINCO, *Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica*
- Dott.ssa Miriam DE CESARE, *Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica*

MINISTERO DELLA DIFESA

- Col. CSArn Claudio DE ANGELIS, *Direttore Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Col. SAN me Alessandro CASCIOTTA, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Magg. CC RTL Raffaele VENTO, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- Cap. psi Federica MURGIA, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*
- 1° M.llo Oss SAN Angelo DI PIETRO, *Osservatorio Epidemiologico della Difesa*

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS)

- Dott.ssa Roberta PACIFICI, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*
- Dott.ssa Teodora MACCHIA, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*
- Dott.ssa Barbara SULIGOI, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Laura CAMONI, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Maria Cristina SALFA, *Centro operativo AIDS - Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott. Stefano BOROS, *Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate*
- Dott.ssa Maria Elena TOSTI, *Centro Nazionale Epidemiologia*
- Dott.ssa Simona PICHINI, *Dipartimento del farmaco – Reparto di farmacodipendenza, tossicodipendenza e doping*

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (ISTAT)

- Dott.ssa Roberta CRIALESI
- Dott.ssa Gabriella SEBASTIANI
- Dott.ssa Antonella BALDASSARINI
- Dott.ssa Marilena PAPPAGALLO
- Dott. Francesco GRIPPO
- Dott.ssa Alessandra BURGIO
- Dott.ssa Claudia DE VITIIS
- Dott. Claudio CECCARELLI
- Dott.ssa Elena DE PALMA
- Dott.ssa Sara BASSO
- Dott. Federico SALLUSTI

CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE (CNR)

Istituto di Fisiologia Clinica, Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

- Dott.ssa Sabrina MOLINARO
- Dott. Stefano SALVADORI
- Dott.ssa Valeria SICILIANO
- Dott. Marco SCALESE
- Dott.ssa Roberta POTENTE
- Dott.ssa Emanuela COLASANTE
- Dott. Luca BASTIANI
- Dott.ssa Claudia LUPPI
- Dott.ssa Arianna CUTILLI

ESPERTI SCIENTIFICI

- Prof.ssa Carla ROSSI, *Rappresentante del Parlamento Europeo nel Management Board dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT /EMCDDA)*

GRUPPO TECNICO INTERREGIONALE TOSSICODIPENDENZE DELLA COMMISSIONE SALUTE DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E PA

- Dott. Arcangelo ALFANO
- Dott. Roberto DIECIDUE
- Dott.ssa Adele Di STEFANO
- Dott.ssa Claudia MAGHERINI
- Dott. Gaetano MANNA

ASSOCIAZIONI DEI SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI

- Dott. Riccardo De Facci, CNCA
- Dott.ssa Antonella Camposeragna, CNCA
- Dott. Pietro Fausto D'Egidio, FEDERSERD
- Dott. Guido Faillace, FEDERSERD
- Dott. Umberto Paioletti, INTERCEAR
- Dott. Grillo, INTERCEAR
- Dott. Sollini, INTERCEAR
- Dott. Luciano Squillaci, FICT
- Dott. Giuseppe Mammana, ACUDIPA

ALTRI ESPERTI

- Dott. Sandro LIBIANCHI, *Responsabile Medico Unità Operativa Complesso Polipenzionario di Rebibbia*
- Dott.ssa Laura AMATO, *Dipartimento di Epidemiologia Regione Lazio - Gruppo Cochrane Droghe e Alcol*