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."

- Legge 30 marzo 2001, n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati;
- Provvedimento 5 agosto 1999 - Intesa Stato-Regioni "Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti.";
- D.lgs. 19 giugno 1999 n.229 (norme di razionalizzazione del SSN)
- D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230; (riordino della medicina penitenziaria)
- D.M. 21. 4. 2000 "Progetto Obiettivo Tutela della salute in ambito penitenziario";
- DPCM 14 febbraio 2001in materia di prestazioni socio-sanitarie
- DPCM 1° aprile 2008 in materia di sanità penitenziaria.

Si sottolinea che alla data di redazione della presente sezione è in corso di definizione l'aggiornamento dei LEA.

- ***Il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)***

La raccolta e analisi dei dati sui servizi e sull'utenza sono gestite al livello nazionale dal Ministero della Salute e al livello locale dalle singole Regioni e P.A.

Nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato definito il **Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)** con le finalità e secondo le indicazioni del D.M. 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" di:

- monitorare l'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento;
- supportare le attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supportare la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito, sia a livello regionale che nazionale;
- supportare la redazione della Relazione al Parlamento e degli altri rapporti epidemiologici, esclusivamente composti da dati aggregati derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo, delle Nazioni Unite - Annual Report Questionnaire;
- adeguare la raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze.

Il Decreto disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN nell'ambito dell'assistenza rivolta alle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope (esclusi alcol o tabacco o comportamenti quali il gioco d'azzardo come uso primario); descrive inoltre le modalità di trasmissione, con cadenza annuale, di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS.

Per ogni soggetto in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), viene inviata, in forma aderente alle disposizioni del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 o comunque priva di dati direttamente identificativi, una serie di informazioni riguardanti:

- le caratteristiche socio-anagrafiche;
- la situazione patologica;
- l'uso di sostanze;

- i marker infettivologici;
- le terapie farmacologiche;
- le prestazioni erogate.

Oggetto di rilevazione, in particolare, è il singolo soggetto per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti:

1. accesso al servizio (Ser.T.), con specificazione se in ambito penitenziario
2. accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze psicotrope (esclusi alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera
3. erogazione di almeno due prestazioni riferibili a definiti gruppi omogenei di prestazioni (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

L'unità di rilevazione del sistema informativo SIND è il singolo contatto del soggetto assistito dal servizio per il quale siano soddisfatti i tre requisiti precedentemente elencati. Per ciascun soggetto assistito devono essere rilevati tutti i contatti con i SerT presenti nella Regione o Provincia Autonoma nel corso del periodo di osservazione.

Con il termine "contatto" si intende la presa in carico assistenziale all'interno della quale siano state erogate almeno due prestazioni tra quelle previste nei gruppi omogenei di prestazioni.

Poiché si è osservato che alcuni requisiti operano l'esclusione a priori di un grande numero di utenti è in corso la revisione dei criteri sovra esposti per consentire una lettura del fenomeno più vicina all'effettivo operato dei Ser.D. e che meglio descriva la popolazione in continuo mutamento che si rivolge a questi servizi.

Il flusso informativo SIND è suddiviso nelle seguenti macroaree:

- informazioni di carattere anagrafico sui servizi per le tossicodipendenze (archivio STRUTTURE)
- informazioni sull'utenza assistita e sulle prestazioni erogate (archivio ATTIVITA')
- informazioni sul personale che opera presso i servizi (archivio PERSONALE)
- informazioni di tipo aggregato relative all'esecuzione del test SIEROLOGICO HIV

Tale sistema, secondo le indicazioni del decreto istitutivo, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012.

La copertura informativa è è aumentata progressivamente nel corso degli anni. Per quanto riguarda l'anno 2014 è pari al 96,6% su scala nazionale delle sedi ambulatoriali censite, con una distribuzione regionale come da seguente tabella.

Tabella 1. Percentuale di Ser.D. che hanno inviato i dati a SIND per Regione. Anno 2014.

Regione/PP AA.	Sedi rispondenti %
Piemonte	100%
Valle d'Aosta	100%
Lombardia	97,6%
Bolzano	100%
Trento	100%
Veneto	97,4%
Friuli-Venezia Giulia	100%
Liguria	100%
Emilia-Romagna	100%
Toscana	95,1%
Umbria	100%
Marche	100%
Lazio	76,1%
Abruzzo	100%
Molise	80,0%
Campania	97,8%
Puglia	100%
Basilicata	100%
Calabria	94,1%
Sicilia	98,0%
Sardegna	95,2%

- ***Il confronto interregionale***

Le differenze organizzative tra le regioni in ambito sanitario, rilevabili in molti settori, sono state affrontate nell'ambito delle dipendenze in un'ottica di confronto e di miglioramento reciproco, teso a offrire indicazioni tecniche per definire soluzioni organizzative nella erogazione dei LEA applicabili su tutto il territorio nazionale.

La scelta da parte delle Regioni e P.A. di favorire un confronto deriva dalla comune visione che l'ambito delle dipendenze sia connotato:

- dalla mutevolezza e complessità del fenomeno che necessita di una costante attenzione ai cambiamenti (cambiamenti sociali, di consumo, di welfare, di mercato, etc.)
- dalla molteplicità dei sistemi coinvolti (sanitario, sociale, giustizia, formazione e lavoro, ecc.);

- dalla presenza di un Privato no profit, accreditato o convenzionato (di seguito "Privato") senza fini di lucro storicamente significativo nella costruzione di modelli di intervento
- dalla presenza di competenze professionali e scientifiche che si formano sul campo e non in specifiche scuole di specializzazione, e che offrono un importante contributo alla innovazione delle conoscenze e dei saperi
- dalla condivisione della natura multifattoriale delle patologie da dipendenza, da cui deriva la necessità di integrazione teorica, clinica ed operativa tra le differenti discipline

Il costante mutare degli scenari nell'ambito delle Dipendenze (si pensi alla continua creazione di nuove sostanze e/o al mix delle stesse, come le multiformi modalità di assunzione di sostanze già conosciute – ad esempio l'eroina fumata – e la conseguente immissione sul mercato, oggi soprattutto attraverso il canale di internet) costringe i sistemi di prevenzione, cura e riabilitazione, del pubblico e del Privato, a studiare e riscrivere nuovi paradigmi e scenari di intervento.

Le Regioni e le P.A. hanno quindi il compito di comprendere questi cambiamenti, con il supporto dei professionisti e degli enti pubblici e privati che operano nel campo.

Le variabilità di indirizzi, propri delle competenze regionali, si è quindi ancor più articolata in funzione delle diverse sensibilità ed orientamenti che si sono manifestati nei diversi territori, rappresentate dagli interlocutori locali.

È stato quindi indispensabile monitorare ed analizzare le diversità di strategie e di soluzioni operative adottate nelle realtà regionali, dotandosi di un sistema di "lettura comparata", che fungesse da base per approfondimenti e scambi di buone prassi da un lato e da elemento per la elaborazione di documenti e provvedimenti istituzionali dall'altro.

Il primo momento di confronto su scala nazionale è stato realizzato in concomitanza della conferenza nazionale sulle droghe di Trieste del 2009, a seguito della quale le Regioni e P.A. hanno organizzato un lungo percorso di confronto anche con i principali stakeholder (servizi pubblici, Privato, organizzazioni sindacali, società scientifiche, associazionismo).

Gli esiti di questo confronto hanno determinato:

- La sottoscrizione del primo Accordo tra la Conferenza delle Regioni e PA, FICT, CNCA e Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali nel campo delle Dipendenze Patologiche (Accordo del 29 ottobre 2009).
- La realizzazione del primo evento pubblico organizzato dalla Conferenza delle Regioni e P.A. svoltosi a Torino nel dicembre 2009 dal titolo "La Governance delle dipendenze", atto a fare emergere i punti di forza e debolezza dei sistemi locali.

L'Accordo del 2009 prevedeva:

1. la definizione, in accordo con le Regioni e PA, del prodotto terapeutico erogato;
2. la diversificazione progressiva dell'offerta terapeutica in base ai bisogni delle persone con problemi di dipendenza, opportunamente rilevati, e delle Linee di Indirizzo della programmazione regionale;

3. l'adozione di modalità organizzative che favoriscano la più ampia integrazione tra i servizi pubblici e privati;

4. la promozione di una formazione permanente e integrata del proprio personale;

5. l'adozione di una metodologia di intervento fondata sulla valutazione dei risultati, nel rispetto del diritto delle persone con problemi di dipendenza ad accedere a cure ed interventi di comprovata efficacia su tutto il territorio nazionale.

Le conclusioni della Conferenza delle Regioni e P.A. hanno evidenziato la necessità di sviluppare corrette collaborazioni istituzionali tra il Governo nazionale, le Regioni Province autonome e le autonomie locali, favorendo una *governance* partecipata, per una concertazione delle strategie di intervento. A tal fine si è ritenuto opportuno rafforzare e strutturare il tavolo di lavoro interregionale in collaborazione con le più rilevanti reti del Privato, le Società Scientifiche e le Organizzazioni Sindacali, sollecitando la massima integrazione istituzionale, operativa e professionale. Infine veniva ribadita la necessità di una politica bilanciata e basata sui quattro pilastri (contrasto al narcotraffico, prevenzione, cura - riabilitazione, riduzione del danno), già adottata e raccomandata dalla Commissione Europea.

Nella medesima sede venivano evidenziate le principali criticità riscontrate nel sistema, relative a quattro fattori principali: a) emergenza carceri, connessa anche all'attivazione delle misure alternative previste dalla normativa; b) recupero del divario tra le diverse Regioni; c) garanzia dell'esigibilità dei LEA Sanitari e dei LIVEA Sociali; d) garanzia di risorse certe ed adeguate, funzionali al mantenimento ed al miglioramento dei servizi pubblici e del Privato.

Il successivo approccio di confronto Stato/Regioni in tema di dipendenze non ha favorito il necessario proseguo dei punti sopra citati pertanto si è interrotto quel percorso di positiva integrazione tra le istituzioni centrali, regionali e gli enti a vario titolo coinvolti.

Nel secondo semestre 2014 è stato ripreso il percorso di confronto/integrazione, che si manifesta ufficialmente con l'apertura di tavoli istituzionali.

Le Regione e P.A. hanno riproposto un'analisi comparata del sistema di governo e dell'offerta dei servizi per le dipendenze, attraverso uno strumento di monitoraggio, già adottato per la Conferenza di Torino nel 2009.

In tale rilevazione, a cui hanno risposto tutte le Regioni e P.A. ad eccezione della Valle D'Aosta, sono stati indagati:

1. l'organizzazione dei livelli di governo regionale nell'ambito delle dipendenze e le modalità e livelli di partecipazione al processo decisionale;
2. l'organizzazione della rete dei servizi (tipologia di offerta di trattamento);
3. le risorse (umane, economiche, con specificazione dei costi per i servizi accreditati);
4. l'utenza in trattamento.

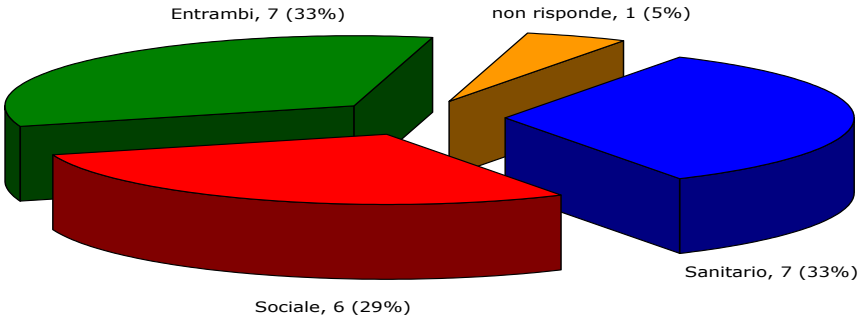
Ulteriore tema di confronto è stato realizzato nell'ambito delle politiche e degli interventi di Riduzione del Danno e dei Rischi, attraverso la condivisione del lavoro di analisi coordinato dal CNCA, supportato dalla rete degli operatori attivi in questo ambito.

I dati emersi vanno valutati alla luce dell'attuale contesto socio-economico nazionale, caratterizzato da una costante e significativa contrazione delle risorse economiche, soprattutto per quanto riguarda il comparto della Sanità.

- ***Organizzazione dei livelli di governo regionale nell'ambito delle dipendenze (governo del sistema)***

Le Regioni e P.A. hanno definito in modo non omogeneo l'attribuzione della delega per il settore delle Dipendenze. In un terzo di casi la delega è in capo all'Assessorato alla Sanità, in un terzo all'Assessorato Politiche Sociali e nei restanti casi entrambi gli Assessorati sono coinvolti. Questi diversi approcci ben evidenziano la complessità del tema, che richiede contributi da entrambi i settori. La Conferenza dei Presidenti delle Regioni ha comunque deciso di garantire l'unitarietà dell'approccio attribuendo la competenza sul tema alla Commissione Salute, composta dagli Assessori alla Sanità. A questa Commissione fa riferimento il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze (GTIT), composto dai funzionari e tecnici delle singole Regioni e P.A.

Figura 1. Assessorato di riferimento.



- ***Modalità e livelli di partecipazione al processo decisionale (governance)***

La condivisione delle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria nelle dipendenze è un patrimonio storico derivante dalla funzione svolta nella comprensione del fenomeno e nell'erogazione di trattamenti da parte dei servizi pubblici e del Privato. Tale importante contributo ha determinato, nel tempo, una cultura diffusa di partecipazione alle scelte, con la realizzazione di processi, sempre presenti, di governance seppur attuati a livelli e con modalità e strategie diverse.

Parallelamente l'integrazione operativa tra Servizi Pubblici e del Privato che costituiscono a tutti gli effetti nel loro insieme il sistema di intervento pubblico per le dipendenze è un valore riconosciuto da tutte le Regioni e P.A.

Le modalità di *governance* è spesso definita con atti formali e non solo quali prassi consolidata.

Secondo la rilevazione, la *governance* pubblica si concretizza, a livello regionale, in particolare nelle attività di programmazione, nella identificazione di linee progettuali, in ambito

normativo/regolativo, nella formazione; con minore frequenza (6 regioni) nella programmazione degli investimenti.

In questa direzione il citato Accordo del 2009 ha costituito un traguardo significativo a livello interregionale, ma anche uno stimolo nella diffusione di principi e criteri per favorire la partecipazione al processo decisionale degli Enti, che a vario titolo operano nel campo.

Nonostante l'impegno preso in sede di Commissione Salute e di Conferenza Stato Regioni e P.A., tale Accordo è stato recepito formalmente in sole 6 regioni e non ha dato seguito ad un'applicazione omogenea. In ogni caso esso ha ispirato e sostenuto concretamente le azioni di programmazione di molte Regioni e PA.

Nello specifico 19 realtà regionali sono dotate di una normativa specifica sull'integrazione pubblico-privato ed in tutte Regione sono attivi Tavoli misti, definiti con atti formali (6 realtà su 16) o individuati su specifiche tematiche (10 realtà su16).

Al livello locale di azienda sanitaria analogo processo di confronto e di condivisione avviene tra i Servizi Pubblici ed i servizi del Privato, generalmente sulle medesime tematiche trattate al livello centrale regionale.

Figura 2. Temi su cui le Regioni e P.A. chiamano a confronto i Ser.D. ed il privato sociale

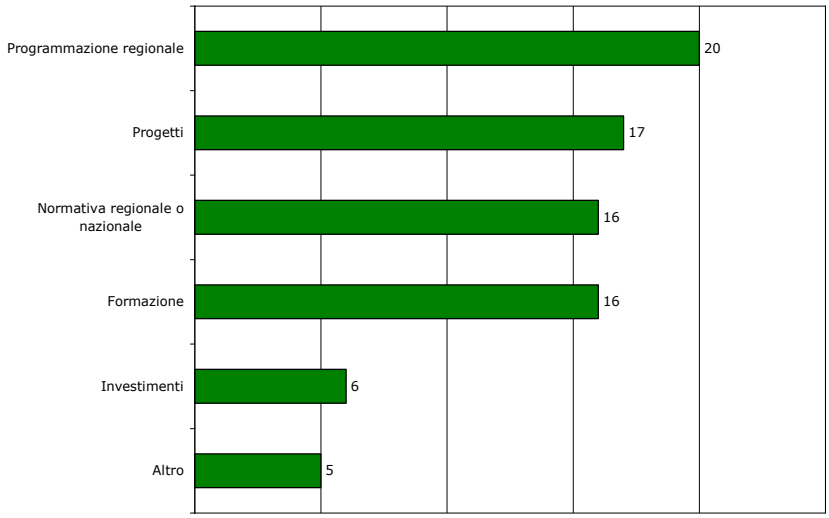
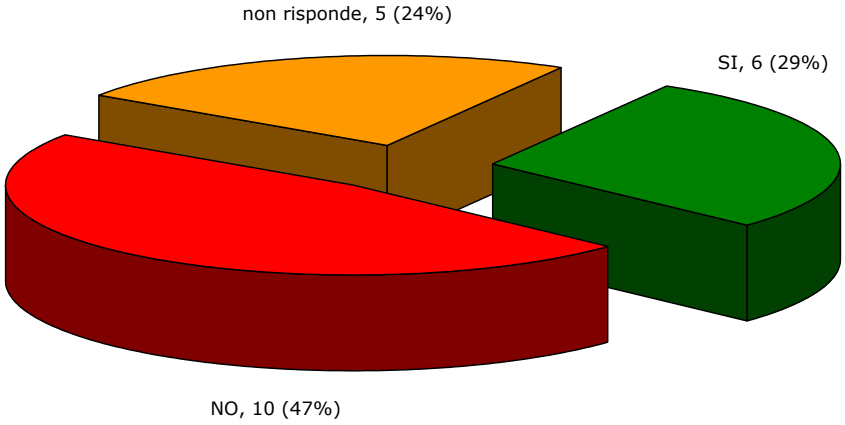


Figura 3. Recepimento Accordo del 2009: 6 realtà hanno dichiarato il recepimento.



1.2 Organizzazione della rete dei servizi

Le Regioni e PA, in funzione delle competenze loro attribuite, organizzano la rete dei servizi coerentemente con l'analisi dei bisogni e della domanda di trattamento localmente elaborata e con le strategie di politica sanitaria adottate.

Tuttavia, il confronto continuo tra le Regioni e gli altri livelli istituzionali, lo scambio di informazioni e la condivisione di buone pratiche tra gli operatori dei servizi di realtà diverse, hanno fatto sì che la rete dei servizi per le dipendenze presenti numerosi elementi trasversali su tutto il territorio nazionale, caratterizzandone la peculiare specificità, ovvero:

- Il riconoscimento del ruolo svolto dai servizi per le dipendenze quale osservatori capaci di comprendere l'evoluzione del fenomeno e nel tempo capaci di modificare l'offerta di trattamento. Gli stili di consumo presentano, infatti, scenari inimmaginabili fino a pochi anni fa, determinando una domanda di trattamento che si è profondamente modificata negli anni. L'uso di sostanze come la cocaina, il THC o la stessa eroina coinvolge sempre più spesso una fascia di popolazione variegata, professionalmente inserita in vari ambiti produttivi e con un certo grado di istruzione. Ciò ha condotto a programmare nel tempo una diversificazione nell'offerta di trattamento, al fine di rispondere ad una molteplicità di bisogni non più identificabili con quelli fondanti i primi servizi per le dipendenze, rivolti quasi esclusivamente al tossicodipendente da eroina, emarginato sociale e facilmente identificabile e stigmatizzabile dalla società odierna. Tali cambiamenti hanno determinato un necessario aggiornamento per gestire e curare soggetti con quadri clinici (determinati da nuove sostanze, caratterizzati da comorbilità, cronicità, ecc) o appartenenti a fasce di popolazione (giovanissimi, stranieri, ecc) non trattati in precedenza.
- La mutevolezza e complessità del fenomeno delle Dipendenze coinvolge molteplici sistemi, che travalicano quelli esclusivamente sanitari e sociali. L'organizzazione dei servizi per le dipendenze, pertanto non può prescindere da una visione multiprospettica, centrata sul lavoro di rete e sulla sinergia di politiche locali.

- Il trattamento delle patologie da dipendenza richiede pertanto un'elevata competenza professionale, caratterizzata dalla capacità di lavorare in equipe trattamentali multiprofessionali ed in reti intersistemiche, nonché dalla capacità di un continuo aggiornamento e rimodulazione dell'agire professionale. La gestione di trattamenti integrati, come da indicazioni EBM, il lavoro di rete e l'aggiornamento continuo connotano i servizi per le dipendenze in maniera peculiare e differente da quella attuata in altri ambiti.

Le Regioni e P.A., seppur nelle diverse soluzioni organizzative prescelte ed in relazione alle risorse disponibili, hanno modulato e organizzato la rete dei servizi per le dipendenze in funzione di tali elementi: innovazione, lavoro di rete, integrazione multiprofessionale.

- ***Offerta ambulatoriale: i Ser.D***

Negli anni Novanta, con l'emersione della diffusione dell'eroina e delle patologie infettive correlate, sono state emanate importanti normative di settore, tra cui quelle di istituzione e di funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze con l'articolo 27 della Legge 26 giugno 1990, n.162, e nell'ambito del DPR 309/90, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" art.118 viene definita l'organizzazione dei Ser.T. presso le unità sanitarie locali.

Alcuni atti successivi specificano il funzionamento dei servizi, con le integrazioni avvenute nel corso degli anni (D.M. 444/90, Legge 18 febbraio 1999 n.45; Accordo C.U. 21.01.99 rep atti n. 593).

Con la revisione del Titolo V della Costituzione, le Regioni e P.A. hanno assunto piena responsabilità circa l'organizzazione dei servizi sanitari regionali, nel rispetto dei LEA emanati con DPCM e definiti nell'ambito di Accordi in Conferenza Unificata.

Con la Legge 79 del 2014 sono stati ridenominati i servizi pubblici: Ser.D. – servizi pubblici per le dipendenze. Tale modificazione evidenzia il cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto a questi servizi: non si tratta più di assistere tossicodipendenti, principalmente da eroina, ma di fornire servizi di elevata specializzazione a soggetti con diverse tipologie di patologie da dipendenza, sia da sostanze illegali e legali che con dipendenze senza sostanza.

Negli anni, quindi, le Regioni e P.A., i singoli servizi e la comunità professionale hanno attuato, ciascuno per le proprie competenze, una diversificazione dell'offerta, in funzione della domanda di salute, delle conoscenze scientifiche e delle esperienze cliniche.

I Ser.D. assicurano l'accesso alle cure diretto, nella garanzia all'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare.

Ogni paziente riceve un trattamento personalizzato, in funzione della valutazione diagnostica, attraverso la costruzione di un percorso terapeutico individuale costruito in accordo col paziente stesso. Il piano di trattamento, definito dal Ser.D., può essere realizzato in ambito ambulatoriale / domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

Oltre ai trattamenti per i soggetti presi in carico, i Ser.D. assicurano attività di prevenzione e di reinserimento, anche in collaborazione con altre articolazioni del SSR e con altri Enti Locali.

Inoltre, sono state attribuite ai Ser.D. funzioni non precedentemente svolte, che indicano anche un'evoluzione del ruolo e della diversa rappresentazione sociale loro attribuita.

Tra i temi emergenti dell'intervento nel settore FeDerSerD propone:

- la necessaria precocità nell'intervento;
- la cronicità e la continuità assistenziale;
- i minori e le funzioni genitoriali;
- l'intervento di prossimità e di ascolto;
- le urgenze e le estreme gravità;
- il tema droga e povertà;
- la riduzione del danno e dei rischi;
- il rapporto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e la rete delle cure primarie in genere;
- la complessità di interpretazione del fenomeno GAP (gioco d'azzardo patologico).

Per quanto attiene alla c.d. "cronicità" bisogna sottolineare che l'intervento dei Servizi pubblici per le dipendenze in Italia ha garantito la presa in carico e la ritenzione in trattamento di ampie fasce di tossicodipendenti da eroina, anche attraverso il trattamento di mantenimento in terapia farmacologica sostitutiva, seguendo consolidate evidenze scientifiche internazionali. Questo ha avuto conseguenze importanti in termini di riduzione o contenimento della trasmissione delle infezioni per via iniettiva e degli episodi di overdose, in termini di maggiore integrazione sociale e di una maggiore cura di sé e della propria salute, riducendo pertanto la mortalità precoce di cui è portatrice la popolazione dei tossicodipendenti da eroina. Questo ha consentito alla popolazione dei trattati di sopravvivere alle conseguenze della propria dipendenza e ha prodotto un progressivo invecchiamento della popolazione trattata, uno tra gli *outcome* positivi in termini di impatto sulla salute dell'intervento dei Servizi. Individuare modelli di intervento adatti ad affrontare le problematiche legate al progressivo invecchiamento della popolazione assistita rappresenta una delle importanti sfide del prossimo futuro del Servizio Sanitario nel suo complesso.

Oltre a quanto sopra menzionato, negli ultimi anni il personale dei servizi per le Dipendenze è stato chiamato ad essere componente delle Commissioni Medico Locali per valutare le persone fermate dalle Forze dell'Ordine per guida in stato di alterazione psicofisica, ovvero a valutare e certificare eventuali patologie/assenze di patologie da dipendenza nell'ambito degli accertamenti dei lavoratori che rientrano nelle cosiddette Mansioni a rischio" di cui alle Intese Stato-Regioni e PA del 2006 e 2007 e ai disposti di cui al Decreto Legislativo 81 del 2008 e s.m.i..

Fattore centrale nell'organizzazione dei servizi pubblici è rappresentato dal modello generale adottato dalle Regioni e P.A. per la definizioni degli Atti di organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali. Su questo tema gli orientamenti regionali evidenziano strategie diverse, tra il dare indicazioni vincolanti con modelli di funzionamento univoci (61%), ovvero offrire forti indicazioni lasciando autonomia alle singole Aziende di individuare soluzioni organizzative valide per lo specifico territorio (circa il 25%), ovvero lasciare totale autonomia organizzativa.

I modelli organizzativi dei servizi pubblici per le dipendenze più frequenti sono rappresentati dal modello dipartimentale (autonomo, integrato con Salute Mentale, integrato con altri servizi, come materno infantile o cure primarie) o dall'inserimento della singola Unità Operativa nel Distretto.

Dalla rilevazione delle Regioni e P.A. risultano presenti sul territorio nazionale 581 Ser.D. Il numero dei Servizi non coincide con il numero delle sedi (620) di erogazione delle singole prestazioni, che vengono attivate per rendere il servizio più accessibile a tutta la popolazione, come si evince dalla Tabella 2.

La dislocazione capillare dei Ser.D. garantisce un'ampia accessibilità alle cure, accessibilità favorita anche dai regimi di affidamento dei farmaci agonisti e, ove possibile, dalla collaborazione alla cura da parte dei medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

Le equipe multiprofessionali sono portate a costruire una rete di collaborazione con le altre strutture aziendali e con le agenzie territoriali coinvolte negli interventi terapeutici, oltre che nella prevenzione.

Questa rete di collaborazioni costituisce la premessa e la spinta per una delle espressioni più qualificate del nostro SSN che è quella dell'integrazione socio-sanitaria.

Dalla lettura dei dati emerge la necessità di una maggiore condivisione di criteri affinché un servizio sia definito quale Ser.D. e non quale singola sede distaccata di erogazione prestazioni. Ad esempio: in alcuni casi la non disponibilità adeguata delle figure professionali prevista, determina la decisione di mantenere il presidio quale sede distaccata di altro Ser.D., in cui è possibile garantire l'intera gamma di trattamenti previsti.

Tabella 2. Numero Ser.D. e numero sedi ambulatoriali di erogazione prestazioni per singola Regione e P.A. Anno 2014

Regione/PP AA	N. Ser.D.	N. sedi erogazione prestazioni
Piemonte	67	91
Val d'Aosta	1	1
Lombardia	89	85
Bolzano	4	4
Trento	1	3
Veneto	38	39
Friuli Venezia Giulia	7	11
Liguria	16	16
Emilia Romagna	43	47
Toscana	40	41
Umbria	11	11
Marche	13	14
Lazio	46	46
Abruzzo	11	11
Molise	5	5
Campania	44	45

Puglia	54	55
Basilicata	6	6
Calabria	17	17
Sicilia	52	51
Sardegna	16	21
Totale	**581**	**620**

La gestione dei Ser.D. è quasi esclusivamente pubblica ad eccezione di 10 servizi in Regione Lombardia, accreditati con gestione privata.

L'offerta ambulatoriale dei Ser.D., nella maggioranza delle Regioni e P.A. risponde alla domanda di cura della popolazione con patologia da dipendenza, senza distinzione tra le diverse tipologie di sostanze di abuso. In questi casi i servizi per la cura della tossicodipendenza coincidono con quelli per la cura dell'alcolismo, fermo restando la costituzione di equipe di lavoro dedicate. Nelle altre Regioni e P.A. i servizi per l'alcolismo o sono totalmente separati e distinti dai Ser.D. o sono non totalmente sovrapponibili.

Ne discende che la valorizzazione delle risorse (umane, economiche, di offerta terapeutica) immesse nel sistema riguardi nel primo caso l'intera domanda di assistenza relativa sia ai tossicodipendenti che agli alcoldipendenti.

Analogamente l'utenza in trattamento, riportata anche nella presente Relazione nel paragrafo successivo, non coincide con la totalità dell'utenza in trattamento presso i Ser.D.

Dai dati SIND si evincono informazioni circa le prestazioni ambulatoriali, dirette all'utenza con dipendenza da sostanze illegali, che rispondono ai criteri di inclusione del sistema stesso (vedi paragrafo precedente). Tale volume di prestazioni, come già evidenziato, non corrisponde quindi al volume di prestazioni totali erogate presso i Ser.D., che comprendono anche quelle rivolte a pazienti con altre dipendenze (alcol, tabacco, senza sostanza, ecc), quelle in ambito preventivo e quelle relative alle consulenze previste per controlli sanitari (mansioni a rischio, patenti, ecc.).

Per quanto riguarda i soggetti con dipendenza da sostanze illegali e/o psicofarmaci non prescritti, il 57% dei soggetti ha avuto prestazioni farmacologiche con una media di 150 per utente, il 72% prestazioni psicosociali con una media di 15 per utente, il 77% prestazioni sanitarie diverse da quelle farmacologiche con una media di 21 per utente (Tabella 3).

Tabella 3. Numero di prestazioni e numero di prestazioni per utente per tipologia di prestazione erogata agli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Sert**.**

Tipologia Prestazione	Numero Soggetti	% su Totale Utenti (n=123.904)	Numero Prestazioni	Prestazioni per utente
Altro	93.685	75,6%	1.705.877	18,2
Farmacologico	70.699	57,1%	10.594.472	149,9
Psicosociale	89.583	72,3%	1.322.284	14,8
Sanitario	95.548	77,1%	1.983.887	20,8
			15.606.520	**126,0**

*Un soggetto che si rivolge ad n Sert è contato n volte nell'analisi per Sert ma solo una volta a livello regione. Un soggetto può effettuare più tipologie di prestazioni. Le percentuali sono calcolate sul numero totale di soggetti (123.904).

- ***Offerta residenziale e semiresidenziale***

I programmi residenziali e semiresidenziali costituiscono una risorsa importante, ampiamente utilizzata dai servizi nell'ambito di progetti terapeutici personalizzati. L'ampia gamma dei programmi disponibili, ad alto grado di specializzazione, associata al lavoro integrato tra le equipe dei Ser.D. ed i servizi residenziali e semiresidenziali, ha consentito di rispondere al mutare costante dei fenomeni di consumo/abuso/dipendenze, modellando i progetti terapeutici in relazione ai bisogni molteplici e variabili delle persone.

In questo senso, si segnala il differenziarsi della risposta residenziale, anche con programmi innovativi, in relazione all'incremento di forme variegate di multiproblematicità o di tipologie molto differenziate di pazienti: comorbilità psichiatriche (cd. "doppia diagnosi"), assenza/presenza di problemi organici, assenza/presenza di grave marginalità sociale, giovanissima età/invecchiamento della popolazione assistita, policonsumo. A tali profili molto differenziati, ma molto complessi dal punto di vista clinico si è risposto con la strutturazione di percorsi multidisciplinari ad alto grado di personalizzazione.

Su un diverso versante, la risposta residenziale è stata ampliata a problematicità emergenti, quali il gambling e le dipendenze da comportamenti, con moduli di trattamento specifici (ad es., residenzialità breve, interventi nel week end).

L'assistenza residenziale e semiresidenziale garantisce un'offerta totale su scala nazionale di 13.700 Posti.

La quasi totalità di tale 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.

La tipologia dell'offerta tra le Regioni e P.A. è solo parzialmente comparabile, non essendoci una definizione unica dei trattamenti (quali prestazioni/interventi assistenziali per singola tipologia). Il seguente quadro si basa, pertanto, sulla denominazione del trattamento:

- Trattamenti Terapeutico Riabilitativi: i servizi residenziali e semiresidenziali sono presenti in tutto il territorio nazionale, ad eccezione del Friuli Venezia Giulia (solo residenziali) e del Molise.
- Trattamenti Pedagogico Riabilitativi: presenti in quasi tutte le Regioni e P.A.. In alcune Regioni (Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Sicilia) questa tipologia non è erogata, in genere in funzione delle trasformazioni in altre tipologie assistenziali delle precedenti Comunità pedagogiche
- Trattamenti Specialistici: presenti in quasi tutte le Regioni e P.A. del Nord (ad eccezione del Friuli Venezia Giulia) e in tutte quelle del Centro (nel Lazio gestite tramite progetti, in attesa della conclusione del processo di accreditamento). Non presenti nelle Regioni del Sud. La tipologia di specialità è nella quasi totalità dell'offerta rivolta a pazienti con comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi), minori, madre-bambino. In alcune Regioni e P.A. sono presenti strutture dedicate a specifiche dipendenze (da alcol, da cocaina, da gioco d'azzardo, ecc.). Alcune Regioni e P.A. infine hanno predisposto servizi specialistici (a diversa intensità assistenziale) per pazienti tossicodipendenti con patologie HIV.
- Prima Accoglienza: presenti solo in alcune Regioni e P.A.. In questo caso la discordanza nella denominazione dei servizi è maggiore. Per un approfondimento su questa tipologia si rimanda alla sezione relativa alla Riduzione del Danno.
- Centri di Osservazione, Diagnosi e Orientamento: anche in questo caso le differenze di denominazione e/o di attribuzione della funzione solo molteplici. Pertanto in alcune Regioni e P.A. sono presenti servizi residenziali/semiresidenziali deputati esclusivamente a tale funzione (Piemonte, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche) in altri tali funzioni sono attribuite esplicitamente ad altri servizi.
- Altre tipologie: molte Regioni e P.A. hanno attivato altre tipologie di offerta (Lungodegenza, Case Alloggio, Minori coinvolti nel circuito penale, ecc.) in funzione della analisi della domanda e della programmazione locale.

In funzione delle diversità di denominazione dei trattamenti e delle modalità di rilevazione adottata si riporta il quadro dell'offerta ripartito in tre categorie:

1. terapeutico riabilitativo;
2. pedagogico-riabilitativo;
3. nuove tipologie, in cui vengono comprese le specialistiche, la prima accoglienza e le altre tipologie definite dalle singole Regioni e P.A.

L'offerta specifica (in funzione del numero dei Posti Letto) di ogni Regione e P.A. è illustrata nella Figura **4**, da cui emergono le scelte effettuate nella programmazione della rete dei servizi.

Tale quadro letto congiuntamente al rapporto tra numero dei posti residenziali/semiresidenziali disponibili e popolazione della fascia target (15-64 anni) mette in evidenza una disomogeneità nell'offerta in questo ambito che merita di essere approfondita per meglio comprenderne le motivazioni e individuarne gli opportuni correttivi (Figura 5). Le differenze nella quantità di offerta dovrebbero essere messe in relazione con molteplici fattori:

a) diversità della problematicità locale e dei bisogni di cura;

b) diversità nell'offerta complessiva del sistema di cura (rapporto tra assistenza ambulatoriale, residenziale, interventi preventivi, ecc.);

c) diversità tra territori che richiedono forme differenziate di cura;

d) diversità di scelte di politica sanitaria pubblica, anche in relazione alle risorse disponibili.

Figura 4. I posti letto delle strutture pubbliche e private per Regione e P.A.

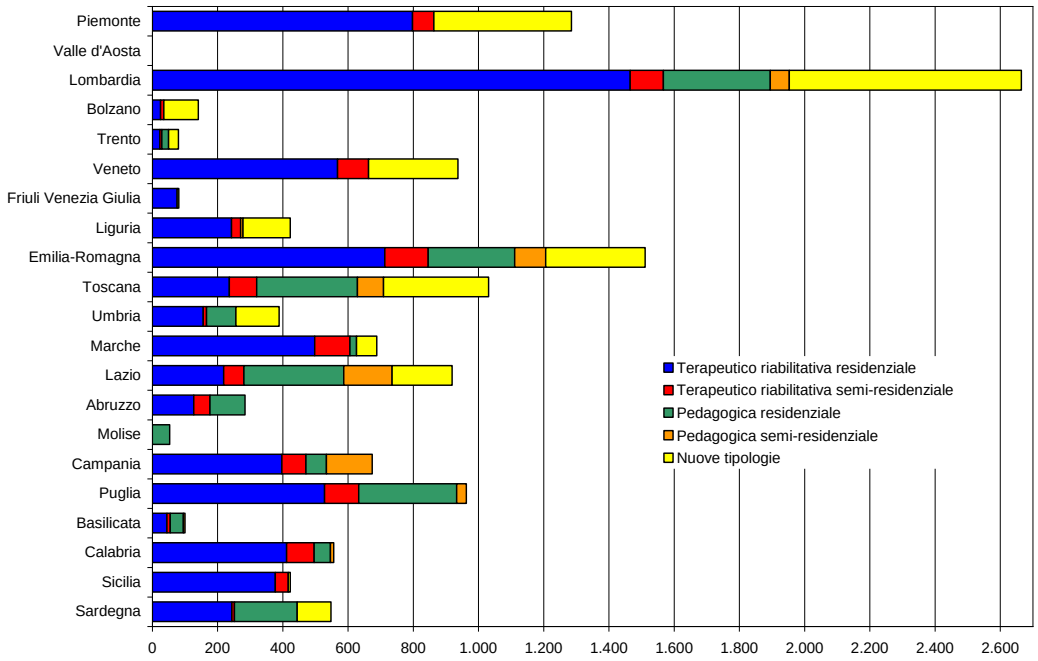
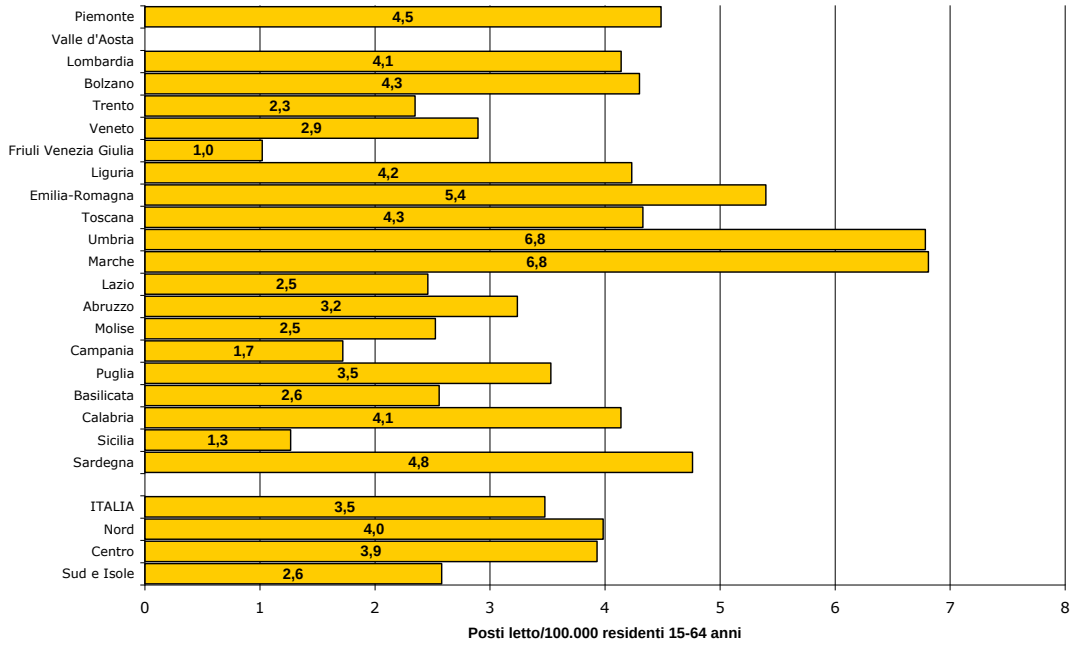


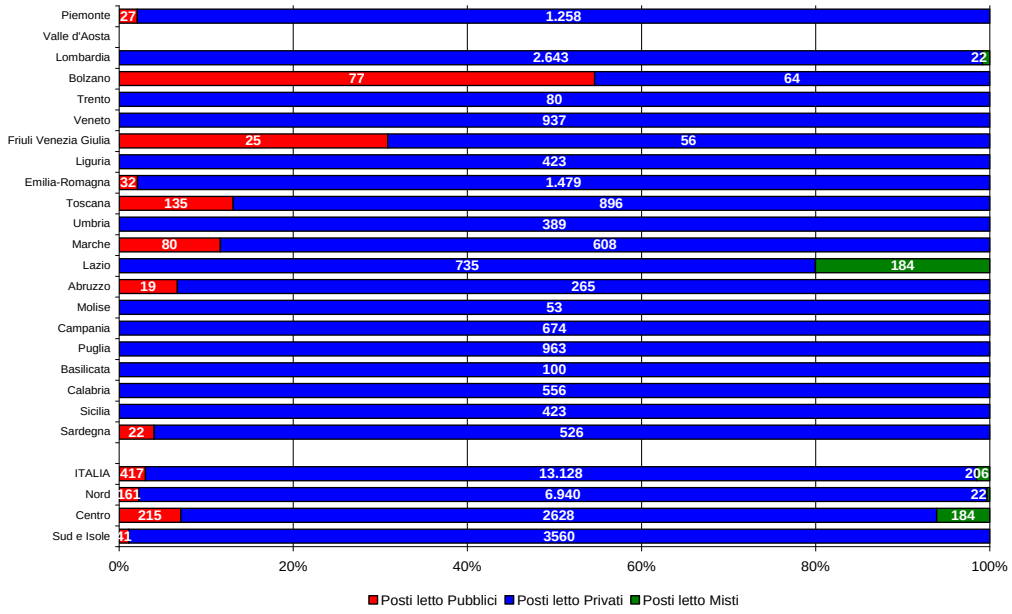
Figura 5. Posti letto totali su 100.000 residenti 15-64 anni



Infine, una considerazione sulla tipologia di ente gestore dei servizi residenziali/semiresidenziali, che sono nella quasi totalità di tipo Privato.

Esistono alcune Regioni e P.A. con un'offerta anche a gestione pubblica (Piemonte, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Sardegna), anche se per un numero limitato di posti (in totale 376 Posti). In questo caso le tipologie a prevalente gestione pubblica riguardano trattamenti terapeutico riabilitativi e servizi specialistici doppia diagnosi (circa il 10% a gestione pubblica). In alcuni casi, soprattutto nel Lazio e per alcuni trattamenti in Lombardia, sono presenti servizi a gestione mista pubblico/privato (206 Posti).

Figura 6. Distribuzione percentuale dei posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali per tipologia



- ***Accreditamento***

Dalla rilevazione regionale emerge che tutte le amministrazioni hanno recepito la normativa sull'accreditamento dei servizi (il Friuli VG e Sardegna non hanno inviato i dati). In 4 casi solo in relazione alle strutture private. L'emanazione di atti che regolamentano l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento non coincide, di per sé, con la realizzazione e/o con la conclusione dell'intero percorso.

1.3 Risorse umane ed economiche

- ***Risorse umane Servizi Pubblici***

Da una prima analisi sulla composizione del personale dei servizi pubblici si evince una delle peculiarità dei Ser.D., ovvero la composizione multiprofessionale delle equipe, caratteristica comune a tutti i servizi del Paese. Questo elemento risulta essere di fondamentale importanza per

affrontare il mondo delle Dipendenze, contraddistinto da estrema complessità e mutevolezza. Dai dati SIND, il numero totale degli operatori dei Ser.D. nel 2014 si attesta a n. 7.958 unità (n. 6.924 unità se si considerano le unità equivalenti ovvero il personale part time considerato 50% del full time). Mediamente, in Italia, i Ser.D. hanno il 52% di figure professionali corrispondenti al medico e all'infermiere. Il restante 48% è composto da figure professionali quali: psicologo, assistente sociale, educatore, altro.

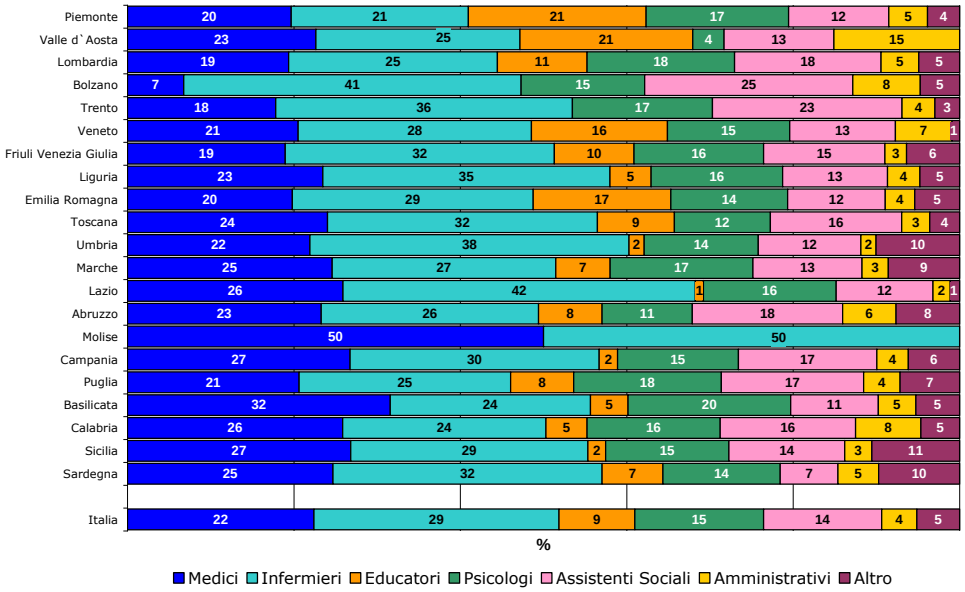
Tabella 4: Personale operante nei Ser.D.

Professioni	Tempo pieno	Part-time	Totale	di cui Precari[63]	Totale unità equivalenti
PIEMONTE	616	247	**863**	168	740
VALLE D`AOSTA	25	3	**28**	6	27
LOMBARDIA	693	245	**938**	117	816
PROV. AUTON. BOLZANO	60	28	**88**	6	74
PROV. AUTON. TRENTO	101	0	**101**	0	101
VENETO	535	32	**567**	6	551
FRIULI VENEZIA GIULIA	160	181	**341**	15	251
LIGURIA	277	34	**311**	37	294
EMILIA ROMAGNA	270	500	**770**	77	520
TOSCANA	413	93	**506**	54	460
UMBRIA	104	11	**115**	5	110
MARCHE	187	69	**256**	70	222
LAZIO	429	389	**818**	96	624
ABRUZZO	120	9	**129**	12	125
MOLISE*	6	0	**6**	3	6
CAMPANIA	550	36	**586**	35	568
PUGLIA	439	58	**497**	76	468
BASILICATA	62	9	**71**	19	67
CALABRIA	162	20	**182**	0	172
SICILIA	424	43	**467**	16	446
SARDEGNA	257	61	**318**	28	288
ITALIA	5.890	2.068	**7.958**	846	6.924

*dato parziale

63 Per "precari" si fa riferimento alle seguenti tipologie contrattuali: contratti a tempo determinato, contratti a progetto e convenzionati provvisori.

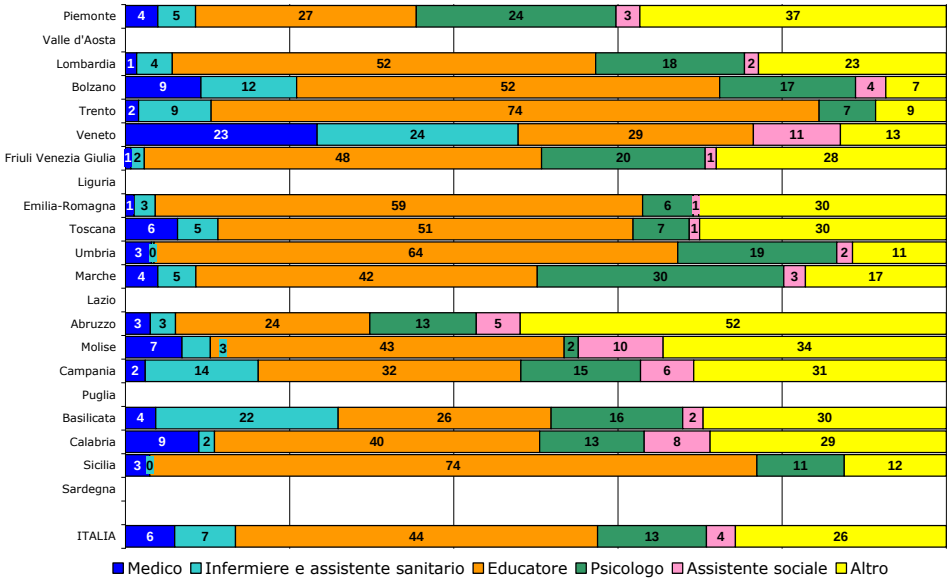
Figura 7: Personale operante nei Ser.D. - unità equivalenti – valori percentuali.



- ***Risorse umane servizi privati***

Il personale delle CT private nel 2014 si attesta a n. 5.140 unità. I dati della tabella sotto riportata denotano come nelle CT la figura professionale prevalente sia quella dell'educatore professionale (oltre il 44%). La figura professionale dello psicologo è presente in misura similare a quella operante nei Servizi Pubblici. Elemento che meriterebbe un ulteriore approfondimento e analisi è la categoria professionale "Altro", che si attesta a oltre il 25% del totale complessivo di personale operante nelle CT.

Figura 8. Personale operante nelle Comunità Terapeutiche (sia a gestione pubblica che privata) - unità equivalenti – valori percentuali

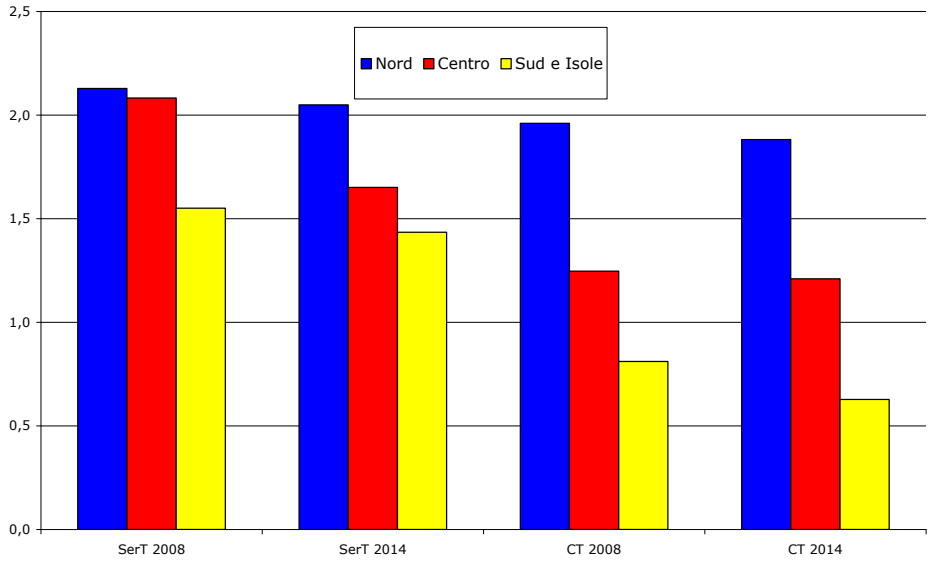


- ***Personale in rapporto alla popolazione 15-64 anni al 31/12 - anni 2008 e 2014***

Dal confronto dei dati relativi al personale nel 2008 e nel 2014 si osserva una diminuzione del numero degli operatori nei Ser.D., così come nelle Comunità Terapeutiche (CT), ma in misura non difforme da altri settori della sanità.

Nel nord Italia è presente il maggior numero di operatori nei servizi pubblici e privati in termini di tasso sulla popolazione residente 15-64 anni.

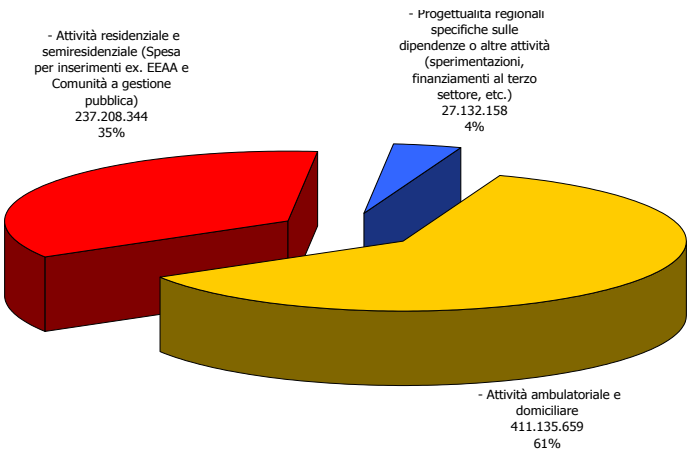
Figura 9. Personale Ser.D. e CT su 10.000 residenti 15-64 anni per area geografica e anno.



- ***Risorse economiche. Spesa complessiva***

La spesa complessiva ammonta a circa 675 milioni di euro. Il 61% della spesa (411.135.659 milioni di euro) risulta essere destinato alle attività di tipo ambulatoriale e domiciliare. Il 35% della spesa (237.208.344 milioni di euro) invece è destinato a tutte le attività di tipo residenziale/semiresidenziale, effettuate perlopiù dai servizi privati (fig. 6). Da stime effettuate tali attività sono rivolte a circa il 15% della popolazione complessiva assistita. Il restante 4% (27.132.158 milioni di euro) è destinato a sperimentazioni e finanziamenti al terzo settore.

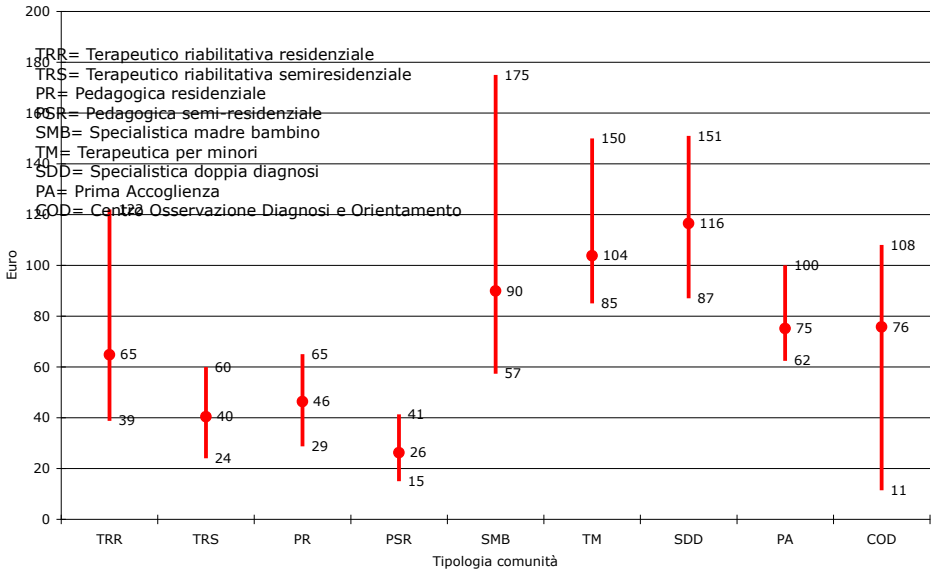
Figura 10. Spesa complessiva per destinazione. Anno 2014



- ***Sistema tariffario delle Comunità Terapeutiche***

Esiste un'importante differenza tra tariffe minime e massime, anche all'interno delle medesime categoria di offerte trattamentali. Ciò è dovuto in gran parte a standard strutturali-organizzativi e modelli gestionali differenti. I costi variano tra le diverse Regioni e P.A. da un minimo di 11,00 euro/die per le strutture di tipo pedagogico semiresidenziale a un massimo di 175,00 euro/die per strutture specialistiche.

Figura 11. Tariffe medie, minime e massime per tipologia di strutture residenziali e semiresidenziali.



1.4 Utenti con disturbo da uso di sostanza illegale e/o farmaci non prescritti

1.4.1 Utenti in trattamento presso i Ser.D

Per una corretta interpretazione dei dati è necessario sottolineare che nelle edizioni precedenti della Relazione al Parlamento (anni 2009-2014) i dati mancanti sull'utenza in trattamento venivano integrati con numeri stimati. In questa edizione vengono presentati unicamente i dati effettivamente pervenuti relativi ai Ser.D. che hanno effettuato l'invio dei dati.

Nel 2015 599 Servizi su 620, ovvero il 96,5% delle sedi, hanno inviato a SIND i dati relativi al 2014.

Nel 2014 i Ser.D. hanno assistito complessivamente 131.121 soggetti tossicodipendenti di cui 39.600 sono nuovi utenti (30,2%) e 91.521 sono soggetti che risultavano già in carico dagli anni precedenti (69,8%).

Come più volte sottolineato, tale numero di soggetti non coincide con la totalità degli utenti in trattamenti presso i Ser.D., che nella maggioranza delle Regioni e P.A. hanno in carico anche

utenza in trattamento per alcol, tabacco e gioco d'azzardo patologico, nonché utenza per accertamenti e consulenze.

Circa l'86% degli utenti censiti sono di sesso maschile (rapporto M/F pari a 6,1); tale percentuale arriva al 91% nei nuovi utenti e scende all'84% negli utenti già in carico (Tabella 6).

Tabella 5. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e Regione/PP AA. Anno 2014.

	Utenza 2014		
Regione/PP AA	**Nuovi Utenti**	**Utenti già in carico**	**Totale**
Piemonte	3.398	8.114	11.512
Valle d`Aosta	168	135	303
Lombardia	8.040	12.287	20.327
Prov. Auton. Bolzano	666	522	1.188
Prov. Auton. Trento	427	725	1.152
Veneto	2.372	7.735	10.107
Friuli Venezia Giulia	707	1.738	2.445
Liguria	731	3.931	4.662
Emilia Romagna	2.637	9.616	12.253
Toscana	4.455	7.693	12.148
Umbria	593	2.214	2.807
Marche	2.545	1.516	4.061
Lazio	3.965	6.340	10.305
Abruzzo	844	3.359	4.203
Molise	41	364	405
Campania	469	9.160	9.629
Puglia	2.195	5.929	8.124
Basilicata	108	975	1.083
Calabria	2.252	713	2.965
Sicilia	2.824	5.747	8.571
Sardegna	163	2.708	2.871
Totale	**39.600**	**91.521**	**131.121**

Tabella 6. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e genere. Anno 2014.

Caratteristiche	2014	
	N	%
Nuovi utenti Maschi	35901	90,7%
Nuovi utenti Femmina	3672	9,3%
Nuovi utenti Non noto	27	0,1%
Nuovi utenti totale	39600	
Utenti già in carico Maschi	76386	83,5%
Utenti già in carico Femmina	14765	16,1%
Utenti già in carico Non Noto	370	0,4%
Utenti già in carico totale	91521	
Totale maschi	112.287	85,9%
Totale femmine	18.437	14,1%
Rapporto M/F	6,09	
Totale utenti	130.724	100%

Analizzando l'utenza totale per classi di età (Tabella 7). si nota una maggiore concentrazione dai 25 ai 54 anni In particolare, dall'analisi per sesso, si osserva che nei maschi in totale le età più frequenti sono tra i 30 e i 54 anni; le classi più numerose sono 35-39 anni, 40-44 anni (classe modale) e 45-49 anni. Le utenti totali femmine hanno più frequentemente tra i 25 e i 49 anni e, in questo range, si equidistribuiscono nelle varie classi di età (frequenza nelle classi quinquennali intorno al 14%).

Analizzando la tipologia di utenza si nota che, per i nuovi utenti, le età maggiormente rappresentate sono tra i 25 e i 49 anni; nei maschi l'età modale è la classe 40-44 anni mentre nelle femmine (nettamente più giovani) è la classe 25-29 anni. Gli utenti già in carico si concentrano nelle età 30-54 anni; nei maschi le classi modali sono 40-44 anni e 45-49 anni mentre nelle femmine le classi di età relativamente più numerose sono quelle tra i 30 e i 49 anni.

Nel tempo si è avuto un rilevante aumento della percentuale di soggetti con età superiore ai 39 anni[64] passati dal 4,3% del 1994, al 21,7% del 2004 e al 51,8% del 2014; parallelamente si osserva una diminuzione nelle classi di età più giovani (Figura 12).

Le tendenze fin qui evidenziate sono confermate dall'analisi dell'età media degli utenti.

I soggetti in trattamento hanno mediamente 38,5 anni; le femmine sono più giovani con un'età media di 37,1 anni in confronto ai 38,7 anni dei maschi.

64 Per il confronto temporale si è considerata la classe > 39 anni perché fino al 2011 il dato veniva rilevato con tale modalità di aggregazione (DM 20 settembre 1997)

Suddividendo gli utenti per tipologia si conferma che i nuovi utenti (età media 35,5) sono mediamente più giovani di quattro anni di quelli già in carico (età media 39,8). Tale differenza aumenta nel caso in cui consideriamo le sole utenti femmine: si passa da un'età media di 32,1 anni per le nuove utenti a 38,4 per le utenti già in carico (Tabella 8).

Nel corso degli anni l'utenza è progressivamente invecchiata; tale andamento si osserva anche distinguendo i soggetti per sesso e per tipologia (Figura 13).

Tabella 7. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente, genere e classe di età. Anno 2014

NUOVI UTENTI	**MASCHIO**		**FEMMINA**		**NON NOTO**		**TOTALE**	
classi di età	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Meno di 15 anni	17	0,05%	5	0,14%	-	-	22	0,06%
Da 15 a 19 anni	1.719	4,79%	363	9,89%	-	-	2.082	5,26%
Da 20 a 24 anni	3.250	9,05%	611	16,64%	-	-	3.861	9,75%
Da 25 a 29 anni	4.275	11,91%	646	17,59%	2	7,41%	4.923	12,43%
Da 30 a 34 anni	5.126	14,28%	605	16,48%	2	7,41%	5.733	14,48%
Da 35 a 39 anni	6.323	17,61%	438	11,93%	1	3,70%	6.762	17,08%
Da 40 a 44 anni	6.463	18,00%	347	9,45%	5	18,52%	6.815	17,21%
Da 45 a 49 anni	5.285	14,72%	299	8,14%	16	59,26%	5.600	14,14%
Da 50 a 54 anni	2.576	7,18%	210	5,72%	1	3,70%	2.787	7,04%
Da 55 a 59 anni	588	1,64%	69	1,88%	-	-	657	1,66%
Da 60 a 64 anni	177	0,49%	44	1,20%	-	-	221	0,56%
Oltre 65 anni	102	0,28%	35	0,95%	-	-	137	0,35%
Totale	**35.901**	**100%**	**3.672**	**100%**	**27**	**100%**	**39.600**	**100%**
UTENTI GIA' IN CARICO	**MASCHIO**		**FEMMINA**		**NON NOTO**		**TOTALE**	
classi di età	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Meno di 15 anni	14	0,02%	1	0,01%	-	-	15	0,02%
Da 15 a 19 anni	691	0,90%	209	1,42%	-	-	900	0,98%
Da 20 a 24 anni	3.172	4,15%	978	6,62%	7	1,89%	4.157	4,54%
Da 25 a 29 anni	6.665	8,73%	1.862	12,61%	30	8,11%	8.557	9,35%
Da 30 a 34 anni	9.684	12,68%	2.155	14,60%	38	10,27%	11.877	12,98%
Da 35 a 39 anni	11.991	15,70%	2.214	14,99%	43	11,62%	14.248	15,57%
Da 40 a 44 anni	14.362	18,80%	2.322	15,73%	70	18,92%	16.754	18,31%
Da 45 a 49 anni	14.306	18,73%	2.319	15,71%	64	17,30%	16.689	18,24%
Da 50 a 54 anni	9.844	12,89%	1.691	11,45%	67	18,11%	11.602	12,68%
Da 55 a 59 anni	4.016	5,26%	702	4,75%	37	10,00%	4.755	5,20%
Da 60 a 64 anni	1.265	1,66%	204	1,38%	12	3,24%	1.481	1,62%

Oltre 65 anni	376	0,49%	108	0,73%	2	0,54%	486	0,53%
TOTALE	**76.386**	**100%**	**14.765**	**100%**	**370**	**100%**	**91.521**	**100%**
UTENTI TOTALI	**MASCHIO**		**FEMMINA**		**NON NOTO**		**TOTALE**	
classi di età	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Meno di 15 anni	31	0,03%	6	0,03%	-	-	37	0,03%
Da 15 a 19 anni	2.410	2,15%	572	3,10%	-	-	2.982	2,27%
Da 20 a 24 anni	6.422	5,72%	1.589	8,62%	7	1,76%	8.018	6,11%
Da 25 a 29 anni	10.940	9,74%	2.508	13,60%	32	8,06%	13.480	10,28%
Da 30 a 34 anni	14.810	13,19%	2.760	14,97%	40	10,08%	17.610	13,43%
Da 35 a 39 anni	18.314	16,31%	2.652	14,38%	44	11,08%	21.010	16,02%
Da 40 a 44 anni	20.825	18,55%	2.669	14,48%	75	18,89%	23.569	17,98%
Da 45 a 49 anni	19.591	17,45%	2.618	14,20%	80	20,15%	22.289	17,00%
Da 50 a 54 anni	12.420	11,06%	1.901	10,31%	68	17,13%	14.389	10,97%
Da 55 a 59 anni	4.604	4,10%	771	4,18%	37	9,32%	5.412	4,13%
Da 60 a 64 anni	1.442	1,28%	248	1,35%	12	3,02%	1.702	1,30%
Oltre 65 anni	478	0,43%	143	0,78%	2	0,50%	623	0,48%
TOTALE	**112.287**	**100%**	**18.437**	**100%**	**397**	**100%**	**131.121**	**100%**

Tabella 8. Età media degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per tipologia utente e genere. Anno 2014.

Caratteristiche	**2014**	
	N	**Media**
Nuovi utenti Maschi	35.901	35,8
Nuovi utenti Femmina	3.672	32,1
Nuovi utenti Non noto	27	42,4
Totale Nuovi Utenti	**39.600**	**35,5**
Già in carico Maschi	76.386	40,1
Già in carico Femmina	14.765	38,4
Già in carico Non noto	370	42,6
Totale Già in Carico	**91.521**	**39,8**
Totale maschi	**112.287**	**38,7**
Totale femmine	**18.437**	**37,1**
TOTALE	**131.121**	**38,5**

Figura 12. Andamento temporale della distribuzione percentuale per classe di età degli utenti tossicodipendenti trattati nei SerT. I dati del 1994 e del 2004 fanno riferimento al flusso per dati aggregati.

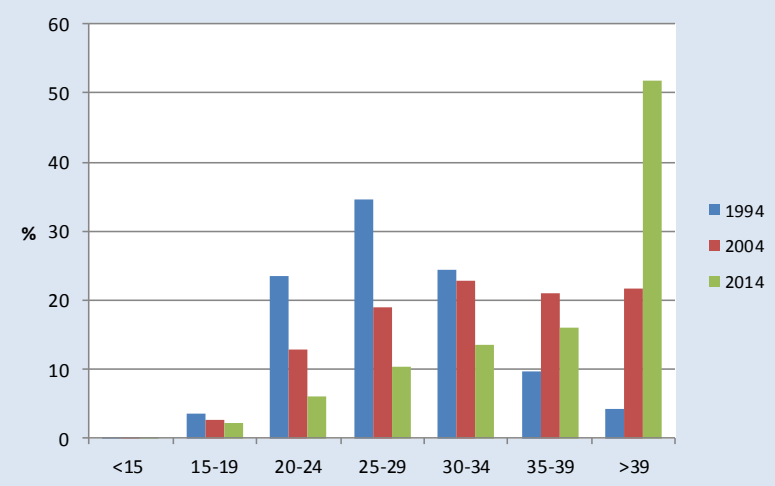
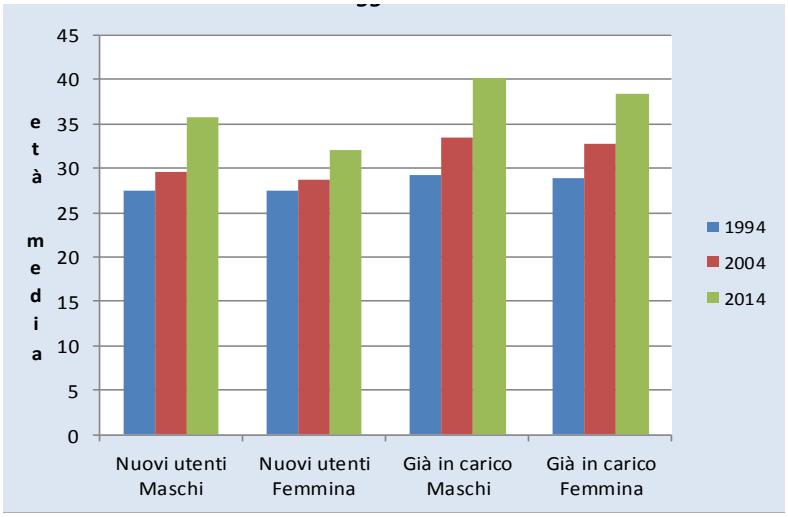


Figura 13. Andamento temporale dell'età media degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. I dati del 1994 e del 2004 fanno riferimento al flusso per dati .



Complessivamente in Italia nel 2014 (Tabella 9) sono stati assistiti 22 soggetti ogni 10.000 abitanti; 38 maschi e 6 femmine in riferimento, rispettivamente, alla popolazione maschile e femminile. Se consideriamo i maschi osserviamo che nella popolazione di età tra i 30 e i 49 anni circa 80 soggetti ogni 10.000 sono utenti dei Ser.D.; per le femmine il valore più elevato di tale indicatore è di 15 soggetti su 10.000 (nelle classi 25-29 anni e 30-34 anni).

Tabella 9. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Tasso per classe di età su 10.000 residenti al 1 gennaio 2014 (fonte ISTAT). Nel totale numero soggetti sono stati inclusi anche i soggetti classificati con sesso "non noto". Anno 2014.

Classi di età	MASCHIO			FEMMINA			TOTALE		
	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/ 10.000	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/ 10.000	Numero soggetti	Popolazione	Tasso/ 10.000
Meno di 15 anni	31	4.348.146	0,07	6	4.099.987	0,01	37	8.448.133	0,04
Da 15 a 19 anni	2.410	1.478.158	16,30	572	1.384.369	4,13	2.982	2.862.527	10,42
Da 20 a 24 anni	6.422	1.594.572	40,27	1.589	1.520.141	10,45	8.018	3.114.713	25,74
Da 25 a 29 anni	10.940	1.666.824	65,63	2.508	1.636.291	15,33	13.480	3.303.115	40,81
Da 30 a 34 anni	14.810	1.847.588	80,16	2.760	1.834.588	15,04	17.610	3.682.176	47,82
Da 35 a 39 anni	18.314	2.217.820	82,58	2.652	2.215.068	11,97	21.010	4.432.888	47,40
Da 40 a 44 anni	20.825	2.422.410	85,97	2.669	2.442.589	10,93	23.569	4.864.999	48,45
Da 45 a 49 anni	19.591	2.474.478	79,17	2.618	2.518.270	10,40	22.289	4.992.748	44,64
Da 50 a 54 anni	12.420	2.200.750	56,44	1.901	2.290.819	8,30	14.389	4.491.569	32,04
Da 55 a 59 anni	4.604	1.912.762	24,07	771	2.031.057	3,80	5.412	3.943.819	13,72
Da 60 a 64 anni	1.442	1.750.986	8,24	248	1.880.053	1,32	1.702	3.631.039	4,69
Oltre 65 anni	478	5.570.070	0,86	143	7.444.872	0,19	623	13.014.942	0,48
Totale	**112.287**	**29.484.564**	**38,08**	**18.437**	**31.298.104**	**5,89**	**131.121**	**60.782.668**	**21,57**

Nel 2014 il 68,4% degli utenti trattati usa, come sostanza primaria, l'eroina, il 14,7% la cocaina e il 10,4% i cannabinoidi (Tabella 10). Nel tempo la percentuale di eroinomani è costantemente diminuita (88,5% nel 1994, 73,3% nel 2004) mentre coloro che abusano di cocaina sono gradualmente aumentati (1,9% nel 1994, 11,2% nel 2004); il ricorso ai cannabinoidi sembra essersi sostanza primaria dichiarano di utilizzarla come unica sostanza nel 34,5% dei casi; il 31,0% vi associa un'altra sostanza e il 34,5% più sostanze.

Tra gli assuntori di oppiacei in via primaria il 25,3% assume tali sostanze esclusivamente, il 30,7% associate ad una sola altra tipologia di sostanze e il 44,1% insieme ad altre due sostanze o più (Figura 15).

stabilizzato nell'ultimo decennio intorno al valore del 10% (Figura 14).

Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2014 le sostanze assunte più frequentemente sono la cocaina (14,1%), i cannabinoidi (13,7%) e l'alcol (6,2%) (Tabella 10).

Considerando i soggetti in trattamento per singola sostanza primaria o secondaria osserviamo che il 70% è in trattamento per eroina, il 29% per cocaina, il 24% per cannabinoidi e il 6% per alcol (solo come sostanza secondaria).

Se analizziamo i soggetti distintamente per sostanza primaria, si osserva che tra coloro che assumono cannabinoidi, il 47,4% fa uso esclusivo di tale sostanza, il 19,7% ricorre anche ad un'altra sostanza e il 32,9% anche ad almeno altre due sostanze. I soggetti che usano cocaina come

Tabella 10. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. Distribuzione per sostanza primaria, per sostanza secondaria e per sostanza primaria o sostanza secondaria. Anno 2014. Tutte le percentuali sono calcolate sul totale degli utenti (131.121).

Sostanze	2014					
	Primaria		Secondaria		Primaria o Secondaria	
	N	%	N	%	N	%
Eroina	89.697	68,4%	2.036	1,6%	91.733	70,0%
Metadone non prescritto	845	0,6%	1.368	1,0%	2.213	1,7%
Morfina non prescritta	54	0,0%	33	0,0%	87	0,1%
Buprenorfina non prescritta	135	0,1%	137	0,1%	272	0,2%
Altri oppiacei non prescritti	706	0,5%	314	0,2%	1.020	0,8%
Cocaina	19.327	14,7%	18.441	14,1%	37.768	28,8%
Crack	453	0,3%	452	0,3%	905	0,7%
Cannabinoidi	13.628	10,4%	17.959	13,7%	31.587	24,1%
CANNABINOIDI sintetici (gruppo JWH)	48	0,0%	63	0,0%	111	0,1%
Anfetamine non prescritte	129	0,1%	947	0,7%	1.076	0,8%
Ecstasy ed analoghi	214	0,2%	2.119	1,6%	2.333	1,8%
Metamfetamine	7	0,0%	33	0,0%	40	0,0%
Altri stimolanti	41	0,0%	60	0,0%	101	0,1%
Barbiturici non prescritti	210	0,2%	459	0,4%	669	0,5%
Benzodiazepine non prescritte	366	0,3%	1.113	0,8%	1.479	1,1%
Altri ipnotici e sedativi non prescritti	69	0,1%	147	0,1%	216	0,2%
LSD	56	0,0%	881	0,7%	937	0,7%
Altri allucinogeni	61	0,0%	431	0,3%	492	0,4%
Inalanti volatili	12	0,0%	103	0,1%	115	0,1%
Alcol			8.194	6,2%	8.194	6,2%
Tabacco			1.064	0,8%	1.064	0,8%
Steroidi non prescritti	3	0,0%	1	0,0%	4	0,0%
GHB	31	0,0%	1	0,0%	32	0,0%
Ketamina	16	0,0%	162	0,1%	178	0,1%
Mefedrone	1	0,0%		0,0%	1	0,0%

Altre sostanze illegali	558	0,4%	226	0,2%	784	0,6%
Altri farmaci e/o sostanze dopanti non prescritti	30	0,0%	13	0,0%	43	0,0%
Altri farmaci psicotropi non prescritti	23	0,0%	21	0,0%	44	0,0%
Altre sostanze non specificate	4.401	3,4%	559	0,4%	4.960	3,8%
Totale soggetti	**131.121**	**100%**				

Figura 14. Andamento temporale della distribuzione percentuale per sostanza primaria degli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. I dati del 1994 e del 2004 fanno riferimento al flusso per dati aggregati .

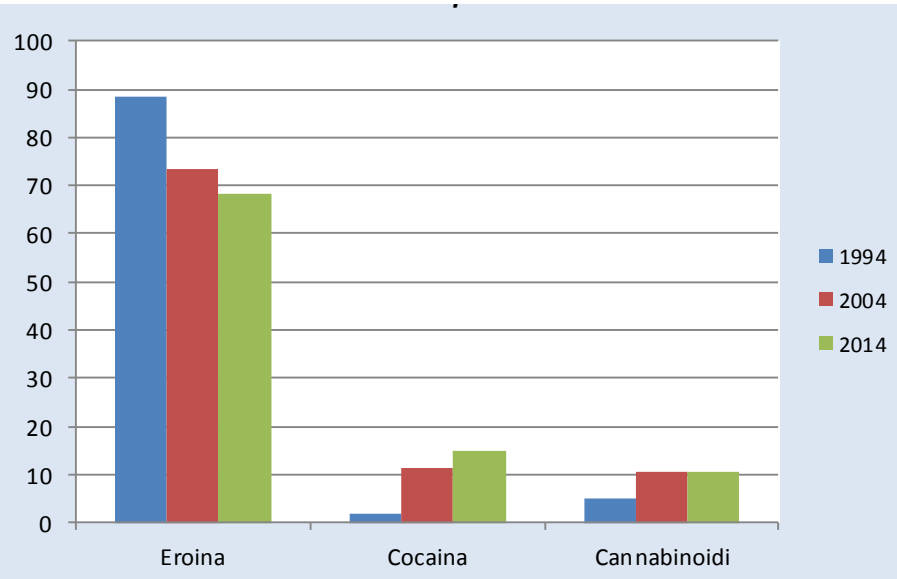
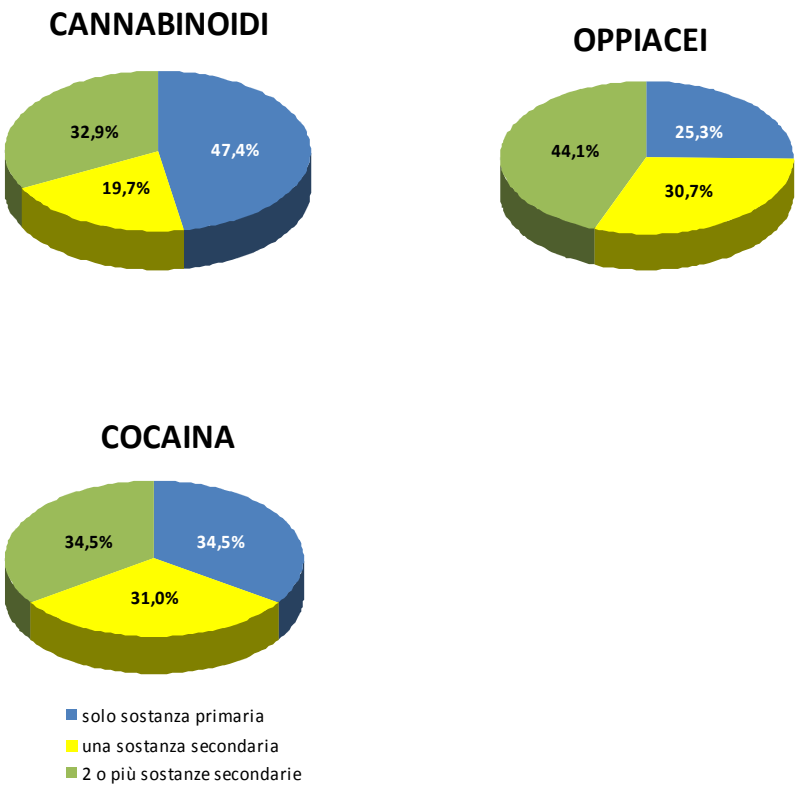


Figura 15. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. per sostanza primaria distribuiti secondo il tipo di poliassunzione. Anno 2014



- ***Utenti monitorati nei Ser.D. per patologie infettive***

Virus HIV

Come indicato nell'introduzione, il decreto 11/06/2010 istitutivo del SIND prevede, su indicazione del Garante della privacy, che le informazioni relative all'esecuzione del test sierologico HIV vengano rilevate in forma aggregata come nella tabella ANN04 del DM 20/09/1997. Nel 2014 sono stati testati 47.988 soggetti pari al 38,7% del totale dei soggetti in trattamento[65]. E' presente una forte variabilità regionale che risente anche della mancata rilevazione di questo tipo di informazione. Sono risultati positivi 2.852 soggetti cioè il 2,3% del totale dei trattati (Tabella 11).

65 Nell'analisi dell'utenza per sesso ed età il dato è rilevato a livello di Sert e quindi un soggetto può essere contato n volte se si rivolge ad n Sert diversi. Nell'analisi delle patologie infettive il dato ha una dimensione regionale e quindi se un soggetto si rivolge a n Sert diversi della stessa regione viene comunque rilevato una sola volta. Per tale motivo il totale degli utenti trattati in questa analisi (pari a 123.904) non coincide con quello fino a questo momento considerato (pari a 131.121).

Tabella 11. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HIV. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Sert. Un soggetto che si rivolge ad n Sert è contato n volte nell'analisi per Sert ma solo una volta a livello regione.

Regione/PP AA	Numero Testati HIV	% Testati HIV	Numero Positivi HIV	% Positivi HIV	Totale Utenti
Piemonte	6.579	60,0%	591	5,4%	10.968
Valle d`Aosta	128	42,2%	0	0,0%	303
Lombardia	11.822	62,9%	1.081	5,8%	18.789
Prov. Auton. Bolzano	358	30,9%	32	2,8%	1.158
Prov. Auton. Trento	-	-	-	-	1.145
Veneto	4.650	46,9%	198	2,0%	9.909
Friuli Venezia Giulia	2.059	88,3%	64	2,7%	2.331
Liguria	1.939	44,8%	188	4,3%	4.326
Emilia Romagna	8.997	73,4%	529	4,3%	12.253
Toscana	1.141	10,4%	0	0,0%	10.972
Umbria	1.330	50,7%	48	1,8%	2.622
Marche	241	5,9%	5	0,1%	4.059
Lazio	-	-	-	-	9.706
Abruzzo	2.662	70,6%	21	0,6%	3.773
Molise	95	23,5%	1	0,2%	404
Campania	1.431	15,7%	0	0,0%	9.089
Puglia	814	11,2%	1	0,0%	7.296
Basilicata	477	45,8%	3	0,3%	1.041
Calabria	1.287	43,4%	6	0,2%	2.965
Sicilia	1.970	24,5%	80	1,0%	8.050
Sardegna	8	0,3%	4	0,1%	2.745
Totale	**47.988**	**38,7%**	**2.852**	**2,3%**	**123.904**

Virus HBV

Nel 2014 sono stati testati 31.263 soggetti pari al 25,2% del totale dei soggetti in trattamento (cfr. nota 2). Anche in questo caso il dato è molto variabile territorialmente ed è influenzato dalla

mancata rilevazione dello stesso . La percentuale di positività[66], sul totale utenti, risulta del 2,7% per il totale Italia (Tabella 12).

Limitando l'analisi a coloro che usano la sostanza per via iniettiva, a più alto rischio di malattie infettive, la percentuale di testati aumenta ed è pari al 29,2% (Tabella 13).

Tabella 12. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HBV. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Sert. Un soggetto che si rivolge ad n Sert è contato n volte nell'analisi per Sert ma solo una volta a livello regione. Per utenti Positivi si intendono gli utenti che soddisfano una delle seguenti condizioni: Infetto: HbsAG Positivo; Immune: HbsAG Negativo, Anti HBs Positivo, Anti-HBc Positivo; Infezione Pregressa/Cronica: HbsAG Negativo, Anti HBs Negativo, Anti-HBc Positivo.

Regione/PP AA	Numero Testati HBV	% Testati HBV	Numero Positivi HBV	% Positivi HBV	Totale Utenti
Piemonte	3.598	32,8%	2.633	24,0%	10.968
Valle d`Aosta	-	-	-	-	303
Lombardia	6.568	35,0%	127	0,7%	18.789
Prov. Auton. Bolzano	-	-	-	-	1.158
Prov. Auton. Trento	187	16,3%	2	0,2%	1.145
Veneto	3.560	35,9%	165	1,7%	9.909
Friuli Venezia Giulia	1.557	66,8%	22	0,9%	2.331
Liguria	640	14,8%	13	0,3%	4.326
Emilia Romagna	8.226	67,1%	184	1,5%	12.253
Toscana	804	7,3%	26	0,2%	10.972
Umbria	1.210	46,1%	25	1,0%	2.622
Marche	284	7,0%	4	0,1%	4.059
Lazio	345	3,6%	16	0,2%	9.706
Abruzzo	925	24,5%	17	0,5%	3.773
Molise	77	19,1%	0	0,0%	404

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

Campania	873	9,6%	23	0,3%	9.089
Puglia	532	7,3%	8	0,1%	7.296
Basilicata	324	31,1%	2	0,2%	1.041
Calabria	363	12,2%	0	0,0%	2.965
Sicilia	1.190	14,8%	19	0,2%	8.050
Sardegna	-	-	-	-	2.745
TOTALE	**31.263**	**25,2%**	**3.286**	**2,7%**	**123.904**

Tabella 13. Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HBV. Anno 2014.

Regione/PP AA	Numero Uso Iniettivo Testati HBV	Totale Utenti Uso Iniettivo	% Testati HBV
Piemonte	1.829	4.171	43,9%
Valle d`Aosta	-	192	-
Lombardia	2.464	5.898	41,8%
Prov. Auton. Bolzano	-	193	-
Prov. Auton. Trento	110	577	19,1%
Veneto	1.581	4.228	37,4%
Friuli Venezia Giulia	999	1.190	83,9%
Liguria	212	1.078	19,7%
Emilia Romagna	3.808	4.795	79,4%
Toscana	416	5.581	7,5%
Umbria	666	1.166	57,1%
Marche	189	1.753	10,8%
Lazio	195	4.501	4,3%
Abruzzo	483	1.859	26,0%
Molise	48	160	30,0%
Campania	199	1.507	13,2%
Puglia	216	3.092	7,0%
Basilicata	146	496	29,4%
Calabria	312	2.240	13,9%
Sicilia	749	3.490	21,5%
Sardegna	-	1.863	-
TOTALE	**14.622**	**50.030**	**29,2%**

Virus HCV

Nel 2014 sono stati testati 30.947 soggetti pari al 25,0% del totale dei soggetti in trattamento (cfr. nota 2). Come già evidenziato, la forte variabilità regionale può dipendere dalla non adeguata rilevazione del dato. Il 10,9% degli utenti (n=13.499) risulta positivo; in questo caso la variabilità territoriale, oltre dalla completezza della rilevazione, dipende anche, in relazione diretta, dal numero dei soggetti che vengono testati (Tabella 14).

La percentuale di testati sale al 28,4% se si fa riferimento alla popolazione di soli utenti iniettivi (

Tabella 15).

Nella Tabella 16 la percentuale di testati, per HBV o per HCV, viene analizzata stratificando l'utenza secondo le principali sostanze d'uso iniettivo. Risulta che le percentuali di testati, per ogni singola sostanza, sono simili per l'HBV e l'HCV attestandosi intorno al 29% per l'eroina e al 32% per la cocaina.

Tabella 14. Utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. testati e numero positivi per HCV. Anno 2014. Il totale ha dimensione regionale e non coincide con quello calcolato in riferimento ai Sert. Un soggetto che si rivolge ad n Sert è contato n volte nell'analisi per Sert ma solo una volta a livello regione.

Regione/PP AA	Numero Testati HCV	% Testati HCV	Numero Positivi HCV	% Positivi HCV	Totale Utenti *
Piemonte	3.529	32,2%	1.060	9,7%	10.968
Valle d`Aosta	-	-	-	-	303
Lombardia	6.637	35,3%	2.332	12,4%	18.789
Prov. Auton. Bolzano	-	-	-	-	1.158
Prov. Auton. Trento	-	-	-	-	1.145
Veneto	3.469	35,0%	1.535	15,5%	9.909
Friuli Venezia Giulia	1.325	56,8%	721	30,9%	2.331
Liguria	585	13,5%	327	7,6%	4.326
Emilia Romagna	8.247	67,3%	4.212	34,4%	12.253
Toscana	901	8,2%	346	3,2%	10.972
Umbria	1.098	41,9%	603	23,0%	2.622
Marche	326	8,0%	133	3,3%	4.059
Lazio	374	3,9%	208	2,1%	9.706
Abruzzo	992	26,3%	460	12,2%	3.773
Molise	77	19,1%	47	11,6%	404
Campania	1.017	11,2%	398	4,4%	9.089
Puglia	543	7,4%	216	3,0%	7.296
Basilicata	348	33,4%	122	11,7%	1.041
Calabria	239	8,1%	43	1,5%	2.965

Sicilia	1.240	15,4%	736	9,1%	8.050
Sardegna	-	-	-	-	2.745
Totale	**30.947**	**25,0%**	**13.499**	**10,9%**	**123.904**

Tabella 15. Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HCV. Anno 2014.

Regione/PP AA	Numero Uso Iniettivo Testati HCV	Totale Utenti Uso Iniettivo	% Testati HCV
Piemonte	1.827	4.171	43,8%
Valle d`Aosta	-	192	-
Lombardia	2.437	5.898	41,3%
Prov. Auton. Bolzano	-	193	-
Prov. Auton. Trento	-	577	-
Veneto	1.384	4.228	32,7%
Friuli Venezia Giulia	842	1.190	70,8%
Liguria	205	1.078	19,0%
Emilia Romagna	3.830	4.795	79,9%
Toscana	470	5.581	8,4%
Umbria	595	1.166	51,0%
Marche	202	1.753	11,5%
Lazio	213	4.501	4,7%
Abruzzo	519	1.859	27,9%
Molise	48	160	30,0%
Campania	256	1.507	17,0%
Puglia	217	3.092	7,0%
Basilicata	131	496	26,4%
Calabria	195	2.240	8,7%
Sicilia	821	3.490	23,5%
Sardegna	-	1.863	-
Totale	**14.192**	**50.030**	**28,4%**

Tabella 16. Utenti tossicodipendenti con uso iniettivo trattati nei Ser.D. testati per HBV o HCV. Anno 2014. Un soggetto può essere contato più volte se usa più sostanze per uso iniettivo.

	Eroina			Cocaina		
Test	**Numero Testati Uso Iniettivo**	**Totale Uso Iniettivo**	**% Uso Iniettivo**	**Numero Testati Uso Iniettivo**	**Totale Uso Iniettivo**	**% Uso Iniettivo**

	Eroina	Eroina	Eroina Testati	Cocaina	Cocaina	Cocaina Testati
HBV	14.202	48.464	29,3%	2.070	6.322	32,7%
HCV	13.793	48.464	28,5%	1.989	6.322	31,5%

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

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

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

Nel 2014 sono stati registrati nel sistema informativo SIND solo 8.320 soggetti con almeno una patologia psichiatrica, pari al 6,5% dei soggetti in trattamento presso i Ser.D. Dall'analisi dei soli soggetti portatori di patologia psichiatrica riportati in

Tabella 17 si osserva che il 63,1% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 20,6% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 10,1% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 2,2% da depressione e l'1,7% da mania e disturbi affettivi bipolari.

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

Tabella 17. Distribuzione percentuale per tipologia di patologia psichiatrica concomitante negli utenti in trattamento nei Ser.D. Anno 2014. La percentuale è calcolata sul totale di coloro che presentano un patologia psichiatrica concomitante

PATOLOGIA CONCOMITANTE PSICHIATRICA	%
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	10,1%
Mania e disturbi affettivi bipolari	1,7%
Depressione	2,2%
Sindromi nevrotiche e somatoformi	20,6%
Disturbi della personalità e del comportamento	63,1%
Demenze e disturbi mentali organici	0,7%
Ritardo mentale	0,8%
Altri disturbi psichici	0,9%

- ***Utenti in ambito penitenziario***

Il monitoraggio dei soggetti assistiti e delle prestazioni erogate in ambito penitenziario per i disturbi da uso di sostanza legali ed illegali ha subito, nel tempo, una serie di modifiche anche in funzione dei cambiamenti determinati dal trasferimento delle funzioni sanitarie previsto dal Decreto Legislativo 230/1999 e successivamente dal DPCM 01.10.2008.

In molte Regioni e P.A. il transito delle competenze per l'assistenza ai tossicodipendenti ed alcol dipendenti in carcere è stato avviato già dal 2000.

A seguito di tali trasformazioni si sono sovrapposte azioni di monitoraggio, in funzione dell'Istituzione proponente.

Il Ministero di Giustizia, mantenendo schede di rilevazione già adottate prima del transito delle competenze, continua a rilevare in due giorni indice annui (30 giugno e 31 dicembre) il numero dei "tossicodipendenti" presenti, con specificazione se stranieri e se provenienti dalla libertà. Tale dato viene trasmesso dalla direzione degli istituti penitenziari, che a loro volta lo richiedono ai Ser.D. operanti internamente alla struttura, ovvero ad altre partiture organizzative. Tale dato, quindi, non specifica se nella categoria "tossicodipendenti" siano considerati anche i soggetti con diagnosi di abuso o di disturbo da uso di sostanze, come definito dall'attuale DSM 5.

Parallelamente, le Regioni e P.A nel rispetto di quanto stabilito dall'Accordo In Conferenza Unificata curano il monitoraggio del dato di propria competenza, rilevandolo direttamente dai Ser.D. con una serie più dettagliata di informazioni, sempre riferita alle medesime giornate indice: soggetti in carico al Servizio per problemi droga-correlati, ovvero alcol-correlati; soggetti con diagnosi nosografica corrispondente a "dipendenza da sostanze" (ICD-IX CM, / DSM IV); articolazione per fasce di età; sostanza primaria di abuso; tipologia di intervento; eleggibilità e concessione di misure alternative, screening patologie infettive. Si sottolinea che il dato sull'eleggibilità alle misure alternative non è direttamente disponibile da parte del S.S.R. e risulta, pertanto, fortemente deficitario.

Un'ultima rilevazione è stata curata dal Coordinamento delle Regioni, al fine di conoscere il numero complessivo degli assistiti in ambito penitenziario su scala annua. Va sottolineato, in questo caso, che poche strutture sono collegate in rete con i sistemi informativi regionali, e pertanto non sono rispondenti al NSIS.

In sintesi, quindi, abbiamo tre tipologie di dati:

- Rilevazione del Ministero di Giustizia: " soggetti tossicodipendenti" presenti al 31.12.2014 pari 13.205 soggetti presenti alla data del 31.12.2914, a fronte di una presenza di soggetti detenuti totali pari a 53.623 persone (24,6%). In questa categoria potrebbero essere compresi soggetti in carico ai servizi, anche se non corrispondenti a diagnosi nosografica di "dipendenza"
- Rilevazione dei Ser.D. e inviata dalle Regioni e P.A. al DPA: soggetti con problematiche droga correlate presenti al 31.12.2014 pasi a 13.488, soggetti con diagnosi di dipendenze da droga 9.495; soggetti con dipendenza da alcol 1.331;
- Rilevazione delle Regioni e P.A.: soggetti in carico ai Ser.D. in ambito penitenziario nel corso dell'intero anno solare 2014 pari a 19.369.

Da questi dati è possibile determinare la percentuale di detenuti in carico al Ser.D. Sul totale dei detenuti e la percentuale dei soggetti con diagnosi di dipendenza sul totale dei soggetti in carico al Ser.D.

La percentuale di maschi corrisponde all'87% dei soggetti in carico.

Le sostanze utilizzate risultano essere diversamente distribuite tra i soggetti con diagnosi di dipendenza e tra quelli in carico per problemi droga correlati, ma non diagnosticabili con i criteri della nosografia interazionale. Per i dipendenti con diagnosi di dipendenza, gli oppiacei rappresentano la principale sostanza di uso seguita dalla cocaina; mentre tra i consumatori non diagnosticabili con dipendenza, risulta essere la cocaina la principale sostanze, seguita da cannabinoidi e in misura minore da oppiacei e altre sostanze.

I dati inerenti la tipologia di trattamento sono disponibili sono parzialmente ed il trattamento più utilizzato risulta essere quello psicosociale integrato farmacologicamente.

I detenuti con problemi di alcol dipendenza, presenti al 31.12.2014, ammontano a 1.331 (pari al 10 % circa della popolazione carceraria oggetto della rilevazione), per la gran parte di genere maschile.

Per maggiore dettaglio si rinvia alla PARTE III – Capitolo 2 – Paragrafo 2.1.7.

- ***Utenti monitorati nei Ser.D. per GAP***

Lo studio di Bastiani[67] stima una prevalenza in Italia, nella fascia di popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni di età, del 2,2% di giocatori problematici o a rischio moderato che corrisponde a oltre 850.000 soggetti con questo tipo di problematica in Italia.

In tutte le Regioni e P.A. sono presenti Ser.D. che hanno in trattamento pazienti affetti da disturbo da GAP, nonostante il fatto che solo dal 2015 sarà presente un finanziamento dedicato per questa tipologia di utenti (Legge Stabilità 2015). Gli interventi offerti sono soprattutto il sostegno psicologico individuale e/o del nucleo familiare e il counselling.

Al momento risultano registrati nei sistemi informativi regionali n. 12.376 pazienti in trattamento.

E' auspicabile che appena concluso l'iter approvativo il SIND riesca a contemplare anche questa tipologia di utenza.

1.4.2 Utenti presso strutture accreditate

Delle 21 Regioni/PA 16 hanno inviato il numero di utenti assistiti in strutture, per un totale di 11.736. La Lombardia, il Lazio, la Liguria, la Campania e la Sicilia, che trattano il 41% degli utenti totali, non hanno inviato i dati.

67 Bastiani L, Gori M, Colasante E, Siciliano V, Capitanucci D, Jarre P, Molinaro S. Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. J Gambl Stud. 2013 Mar;29(1):1-13

1.5 Elementi di riflessione

Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce la presa in carico delle persone con dipendenza su tutto il territorio e offre modalità di trattamento differenziate e personalizzate sulla base delle caratteristiche dell'utenza e delle intensità di cura richieste.

La rete dei servizi è presente in tutte le aree del paese in modo abbastanza uniforme per quanto riguarda i servizi ambulatoriali mentre si riscontra una relativa carenza di posti letto residenziali nelle Regioni meridionali. La presenza diffusa delle strutture del Privato sociale, spesso organizzate in Federazioni o Associazioni, che si alimentano anche con il contributo del volontariato, costituisce un patrimonio indiscutibile di sostegno sociale e di competenze tecniche consolidatisi negli anni che va, in alcuni casi a compensare il sottodimensionamento delle risorse umane e professionali riscontrabili in molte realtà soprattutto del Sud Italia.

L'architettura complessiva del sistema è pertanto solida e pone l'Italia in una posizione di rilievo anche nel panorama internazionale.

Tuttavia, la mutevolezza e complessità del fenomeno delle dipendenze, di cui alle premesse, richiama a uno sforzo comune per ri-definire modelli organizzativi e di trattamento, il più possibile condivisi ed omogenei in tutto il Paese.

Attraverso le funzioni di coordinamento delle Regioni e P.A., con il supporto ed il confronto costruttivo del DPA e dei Ministeri competenti, si può riprendere il percorso virtuoso sancito nell'Accordo del novembre 2009. In questo Accordo sono presenti gli obiettivi citati nelle premesse del presente documento concordati da una pluralità di soggetti: Regioni e P.A., Enti Privati, Consulta delle Società Scientifiche e mondo Sindacale.

E' importante altresì creare Gruppi di lavoro stabili, multidisciplinari e interistituzionali, orientati per obiettivi specifici, a garanzia del rispetto del mandato istituzionale e in conformità alla vigente legislazione in materia di Dipendenze, che sappiano orientare le decisioni politiche verso obiettivi condivisi ed in grado di assicurare il rispetto effettivo dei LEA su tutto il territorio nazionale. In questo ambito vi sono differenze organizzative abbastanza vistose tra nord, centro e sud Italia. Questo comporta inevitabilmente differenze sulla qualità e quantità dei servizi erogati e sulla efficacia dei trattamenti verso i pazienti affetti da Dipendenza patologica, per il solo fatto di risiedere in una zona rispetto a un'altra. Persistono inoltre significative differenze sui requisiti (standard) delle strutture accreditate per l'area delle Dipendenze. Troppe differenze sono presenti nel Paese, sia in termine di livelli di standard organizzativo-strutturali, sia in termine di costi a giornata di assistenza in strutture terapeutico-riabilitative. Anche il modello organizzativo e di programmazione delle Regioni è molto variegato, riguardo ad esempio all'afferenza dei Servizi all'ambito sanitario e sociale, comportando a volte difficoltà di integrazione tra i due settori, peraltro comuni ad altre materie.

1.6 Misure alternative al carcere per i tossicodipendenti

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

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

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

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

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

Un ruolo molto importante, soprattutto per il buon esito del percorso di riabilitazione del reo, è quello rivestito dagli UEPE (Uffici di Esecuzione Penale Esterna)[68] sia nella fase propedeutica di accesso alla misura alternativa alla detenzione, inerente la prognosi derivante dalle risultanze dell'indagine socio-familiare e la definizione del programma terapeutico in collaborazione con gli organi all'uopo deputati (Servizi pubblici per le dipendenze - Comunità terapeutiche), che nella fase dell'esecuzione della misura stessa per le azioni di sostegno alla persona, controllo di ottemperanza alle prescrizioni e rispondenza al programma trattamentale.

Del pari importante per il buon funzionamento delle misure predisposte per i tossicodipendenti in esecuzione penale e per l'incremento delle opportunità di riabilitazione e reinserimento sociale è la collaborazione interistituzionale tra Regioni, Servizi Sanitari, Magistratura di Sorveglianza ed Uffici di Esecuzione Penale Esterna.A tale scopo il Ministero della Giustizia si è attivato per rafforzare la predetta collaborazione attraverso la definizione di protocolli d'intesa con le Regioni, gli Enti Locali, ed i Tribunali di Sorveglianza per realizzare in modo più efficiente ed efficace

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

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

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

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

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

Dalla disamina dei dati è emerso che il flusso dei tossicodipendenti in esecuzione penale esterna nel 2014 risulta avere un andamento costante rispetto alle annualità precedenti. L'efficacia delle azioni promosse con i protocolli d'intesa si potrà rilevare, soprattutto a partire dal 2015, in quanto sono allo stato in atto una serie di azioni a livello locale volte proprio all'attuazione di quanto in essi previsto per renderli operativi.

Si segnala, in particolare, l'emanazione in alcune realtà territoriali di Linee guida regionali interistituzionali per la *gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva per le persone tossicodipendenti*, condivise dalla Regione, dai Servizi ASL per le dipendenze, dai Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria, dal Tribunale di Sorveglianza.

A titolo esemplificativo la Regione Umbria ha approvato con Delibera della Giunta Regionale dell'1.12.2014 il documento per l'attuazione delle linee guida per la gestione integrata dei programmi alternativi alla detenzione per le persone tossicodipendenti, volte ad incrementare l'accesso alle misure alternative alla detenzione e contemporaneamente potenziarne l'efficacia. Gli obiettivi specifici delle istituzioni coinvolte sono diretti a:

- potenziare i rapporti di collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali interessati, in una prospettiva trattamentale integrata e progettuale, promuovendo un approccio di sistema che faciliti la realizzazione di *equipe* territoriali in grado di operare come agenti di rete ed integrando le risorse delle istituzioni con quelle della comunità territoriale;
- migliorare il sistema territoriale di offerta, introducendo innovazioni rispetto alla polarizzazione tra trattamento territoriale e trattamento residenziale, che caratterizza usualmente i programmi in misura alternativa, con l'obiettivo di una effettiva individualizzazione dei percorsi terapeutici, che debbono coniugare equità, appropriatezza, efficacia e sostenibilità;
- rendere più omogenei criteri e procedure di applicazione delle misure alternative in ambito regionale, con il supporto di strumenti procedurali comuni.

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

Di seguito si riportano le risultanze dei dati statistici derivanti dal rilevamento semestrale delle misure alternative alla detenzione e delle sanzioni sostitutive per i tossicodipendenti, in comparazione con le misure alternative e sanzioni sostitutive destinate a tutti i soggetti in esecuzione penale esterna, ove si può evincere il forte flusso in aumento a partire dal 2006, anno in cui è stato emanato il provvedimento clemenziale dell'indulto.

Tabella 18.

Data di rilevazione	Detenuti		Misure alternative			
	Condannati	Totale	AFFIDAMENTO IN PROVA	AFFIDAMENTO IN PROVA PER TOSSICODDIPENDENTI	SEMILIBERTA'	DETENZIONE DOMICILIARE
31/12/2004	35.033	56.068	10.964	3.286	1.633	5.336
30/06/2005	36.995	59.125	11.928	3.712	1.834	5.697
31/12/2005	36.676	59.523	11.063	3.623	1.745	4.991
30/06/2006	38.193	61.264	11.908	4.093	1.763	4.949
31/12/2006	15.468	39.005	994	611	630	1.358
30/06/2007	17.042	43.957	1.394	644	671	1.393
31/12/2007	19.029	48.693	1.809	757	696	1.431
30/06/2008	23.243	55.057	2.69	930	765	1.779
31/12/2008	26.587	58.127	3.412	1.09	771	2.257
30/06/2009	30.549	63.63	4.137	1.39	817	2.946
31/12/2009	33.145	64.791	4.666	1.597	837	3.232
30/06/2010	36.781	68.258	5.48	2.32	868	4.692
31/12/2010	37.432	67.961	5.776	2.366	886	5.219
30/06/2011	37.376	67.394	6.4	2.9	878	7.404
31/12/2011	38.023	66.897	6.893	3.059	916	8.371
30/06/2012	38.771	66.528	7.005	3.178	855	9.186
31/12/2012	38.656	65.701	6.839	3.15	858	9.139
30/06/2013	40.301	66.028	7.912	3.331	896	10.563
31/12/2013	38.471	62.536	7.781	3.328	845	10.173
30/06/2014	36.926	58.092	8.934	3.371	821	10.126
31/12/2014	34.033	53.623	8.752	3.259	745	9.453

Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

Tabella 19.

Data di rilevazione	LAVORO DI PUBBLICA UTILITA', MISURE DI SICUREZZA NON DETENTIVE, SANZIONI SOSTITUTIVE E ALTRE MISURE						Totale misure
	LIBERTA' VIGILATA	LIBERTA' CONTROLLATA	SEMIDETENZIONE	LPU - Violazione codice della strada	LPU - Tossicodipendenti	SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA	
31/12/2004	1.145	144	14	Rilevazione effettuata a partire dal 31/12/12	Rilevazione dal 31/12/12	2.27	24.792
30/06/2005	1.247	176	17			1.772	26.383
31/12/2005	1.203	156	14			1.436	24.231
30/06/2006	1.168	168	18			1.164	25.231
31/12/2006	1.408	100	5			199	5.305
30/06/2007	1.626	71	4			117	5.92
31/12/2007	1.71	65	1			90	6.57
30/06/2008	1.996	54	2			77	8.315
31/12/2008	2.243	51	0			54	9.903
30/06/2009	2.328	80	1			29	11.771
31/12/2009	2.32	91	2			21	12.817
30/06/2010	2.333	91	3			12	15.848
31/12/2010	2.068	99	6			13	16.495
30/06/2011	2.218	107	6			16	20.094
31/12/2011	3.061	115	8			11	22.968
30/06/2012	2.645	162	9			7	24.667
31/12/2012	2.84	164	8	2.121	404	7	25.53
30/06/2013	2.992	191	12	3.886	328	6	30.117
31/12/2013	3.002	194	9	4.179	230	6	29.747
30/06/2014	3.155	210	9	5.011	236	0	31.873
31/12/2014	3.373	168	6	5.338	268	0	31.362

Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

Di particolare rilevanza sono i dati inerenti *l'efficacia delle misure alternative* alla detenzione per i soggetti tossicodipendenti, dai quali risulta che la percentuale di revoche dell'affidamento terapeutico per esito negativo è complessivamente pari al 9%. La percentuale di esito positivo della misura è, quindi, pari al 91% per salire al 95% nel caso di tossicodipendenti che accedono alla misura alternativa direttamente dallo stato di libertà, rispetto a coloro che vi accedono dallo stato di detenzione.

Tabella 20.

		Affidamento Terapeutico		
		Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di LIBERTA'	Condannati TOSSICO/ALCOOLDIPENDENTI dallo stato di DETENZIONE	Totali
Eseguite nel periodo		1.899	4.625	6.524
Per andamento negativo	**Revoche**	77	355	432
	%	4,05%	7,68%	6,62%
Per nuova posiz. giur./assenza di requisiti giuridico-penali	**Revoche**	5	39	44
	%	0,26%	0,73%	0,67%
Per commissione di reati	**Revoche**	13	48	61
	%	0,68%	1,18%	0,94%
Per irreperibilità	**Revoche**	4	30	34
	%	0,21%	0,53%	0,52%
Per altri motivi	**Revoche**	5	19	24
	%	0,26%	0,34%	0,37%
Totale	**Revoche**	**104**	**491**	**595**
	%	**5,48%**	**10,50%**	**9,12%**

Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.

Nonostante tale grado di efficacia il flusso dei tossicodipendenti in misura alternativa alla detenzione ed in sanzione sostitutiva della pena detentiva non risulta in crescita. Ciò è dovuto principalmente alle difficoltà applicative delle misure di comunità ai soggetti tossicodipendenti, soprattutto per l'assenza di un numero di posti nelle comunità terapeutiche che risulti più rispondente all'effettivo fabbisogno per la specifica tipologia di utenza.

A fronte della carenza di posti presso le Comunità terapeutiche i soggetti tossicodipendenti sono stati seguiti dai servizi territoriali, potendo in tal modo fruire, sia pure in modo limitato, anche delle misure alternative alla detenzione non previste specificamente per i tossicodipendenti, come risulta nella tabella 2. Di seguito sono riportati i dati del rilevamento mensile effettuato a partire da gennaio 2014, diretto a verificare l'andamento delle misure alternative alla detenzione, con particolare riferimento al trattamento dei soggetti tossicodipendenti in affidamento in prova al servizio sociale, in detenzione domiciliare ed in affidamento in prova in casi particolari (cd. Affidamento terapeutico per tossicodipendenti).

Come si evince dalla rilevazione di seguito riportata in tabella, l'utenza è principalmente seguita dai servizi pubblici per le dipendenze ed in particolare al 31 dicembre 2014 i tossicodipendenti in *affidamento in prova al servizio sociale* risultano per il 92% seguiti dai servizi pubblici per le dipendenze e solo il 7% risulta in comunità terapeutica. Per quanto riguarda i tossicodipendenti in

affidamento terapeutico risultano per il 56% seguiti dai servizi territoriali e per il 43% sono affidati alle strutture residenziali accreditate. I tossicodipendenti in *detenzione domiciliare* risultano per il 74,2 % seguiti dai servizi ASL e per il 25,8% trattati dalle comunità terapeutiche.

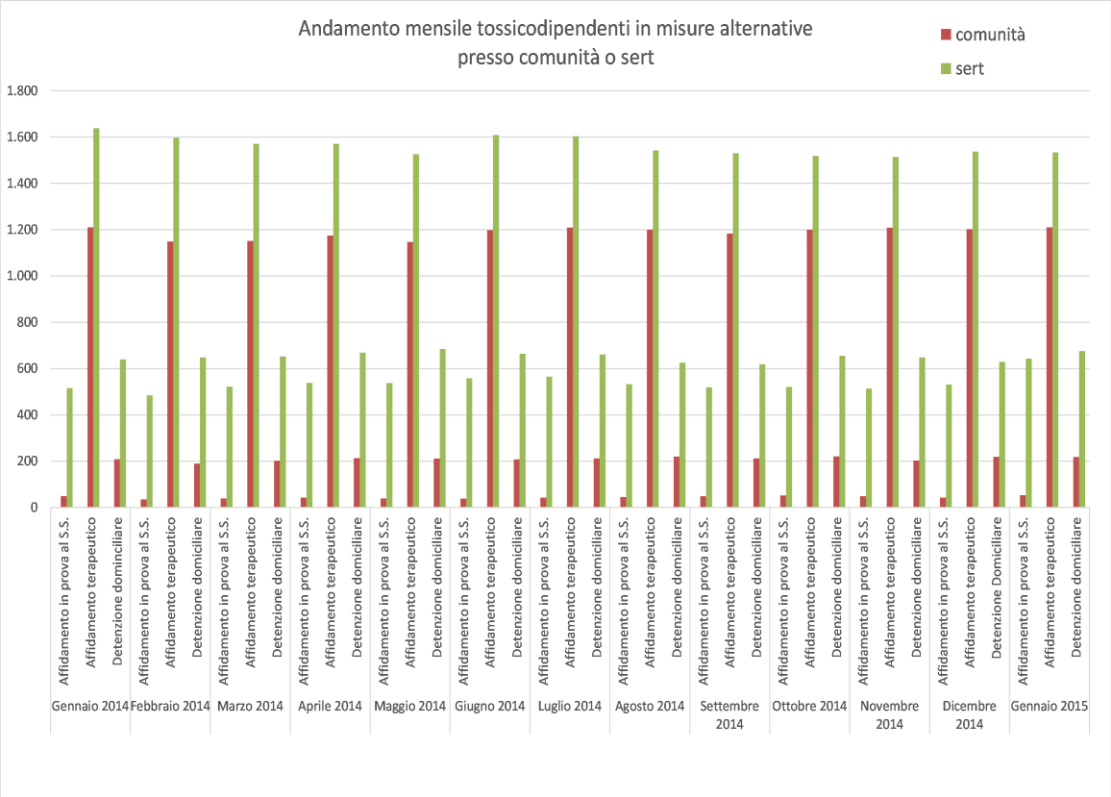
Tabella 21.

Periodo	Misura	Comunità				SERT				Totali
		Italiani		Stranieri		Italiani		Stranieri		
		Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	
Gennaio 2014	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	42	5	3	-	456	24	36	-	566
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.109	43	53	5	1.475	90	60	13	2.848
	DETENZIONE DOMICILIARE	184	16	9	-	554	43	41	1	848
Febbraio 2014	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	31	2	2	-	425	23	35	2	520
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.036	50	58	5	1.431	90	74	2	2.746
	DETENZIONE DOMICILIARE	171	14	4	1	555	49	44	-	838
Marzo 2014	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	32	3	4	0	451	28	40	3	561
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1039	43	63	6	1400	83	84	4	2.722
	DETENZIONE DOMICILIARE	179	17	4	2	564	45	43	0	854
Aprile 2014	AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE	36	4	3	-	472	25	38	3	581
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.064	46	61	4	1.405	77	86	3	2.746

	DETENZIONE DOMICILIARE	186	20	6	1	576	50	42	1	882
Maggio 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	35	2	2	-	467	31	37	2	576
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.049	43	51	4	1.37	82	71	3	2.673
	DETENZIONE DOMICILIARE	185	19	5	2	592	49	43	-	895
Giugno 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	32	3	2	1	486	32	37	3	596
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.073	55	66	4	1.424	86	97	2	2.807
	DETENZIONE DOMICILIARE	182	19	6	1	586	45	33	-	872
Luglio 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	36	2	4	1	488	38	34	5	608
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1099	36	70	4	1433	88	83	0	2.813
	DETENZIONE DOMICILIARE	183	21	8	0	585	47	28	1	873
Agosto 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	38	3	3	1	467	29	34	3	578
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.096	34	67	3	1.37	85	85	2	2.742
	DETENZIONE DOMICILIARE	190	20	10	-	558	45	20	3	846
Settembre 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	43	3	3	-	455	31	30	3	568
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.082	36	62	3	1.36	97	71	2	2.713
	DETENZIONE DOMICILIARE	180	19	12	1	547	42	29	1	831
Ottobre 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	41	5	6	-	456	30	34	1	573
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.105	33	60	2	1.349	75	92	3	2.719

	DETENZIONE DOMICILIARE	189	21	10	1	565	40	46	4	876
Novembre 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	40	3	5	1	447	30	35	2	563
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.11	34	62	2	1.338	84	89	3	2.722
	DETENZIONE DOMICILIARE	172	21	9	1	565	38	41	4	851
Dicembre 2014	**AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE**	35	3	4	1	466	32	31	2	574
	AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI	1.105	33	61	3	1.364	88	82	3	2.739
	DETENZIONE DOMICILIARE	188	20	11	-	549	41	36	3	848

Figura 16.



Di seguito sono riportati gli esiti della predetta rilevazione mensile suddivisi per Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria: *Fonte: DGEPE, Ufficio Studi, Analisi e Programmazione-Osservatorio Misure Alternative.*

Figura 17.

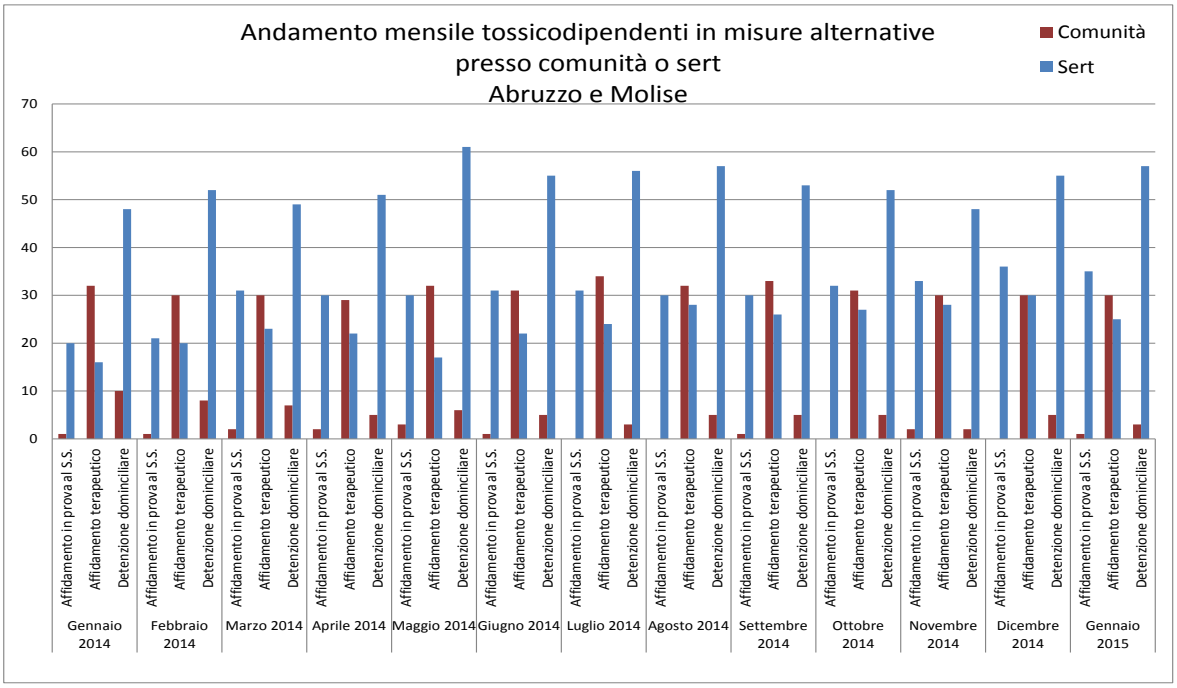


Figura 18

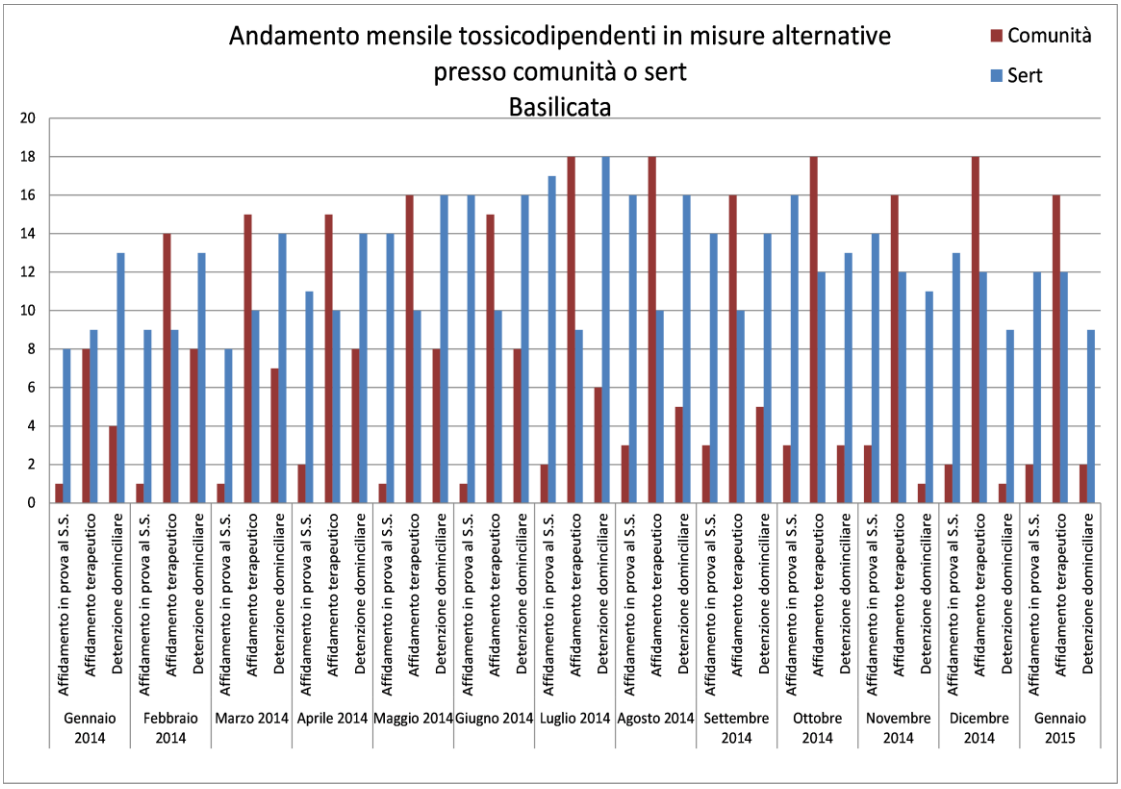


Figura 19.

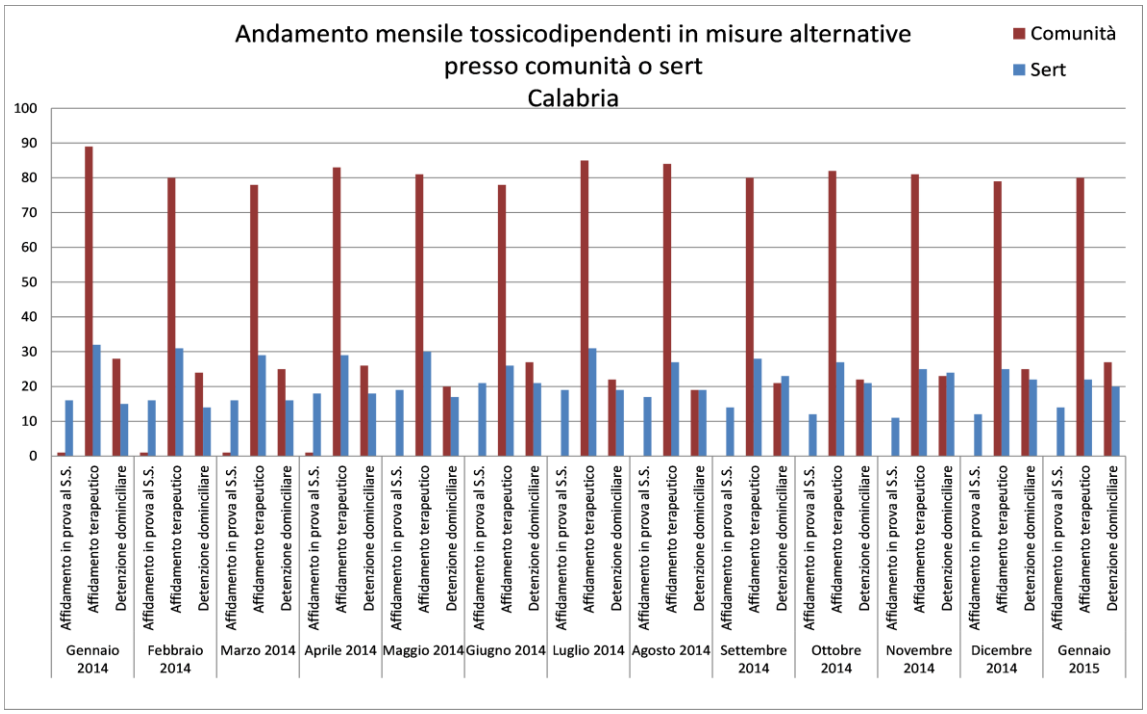


Figura 20.

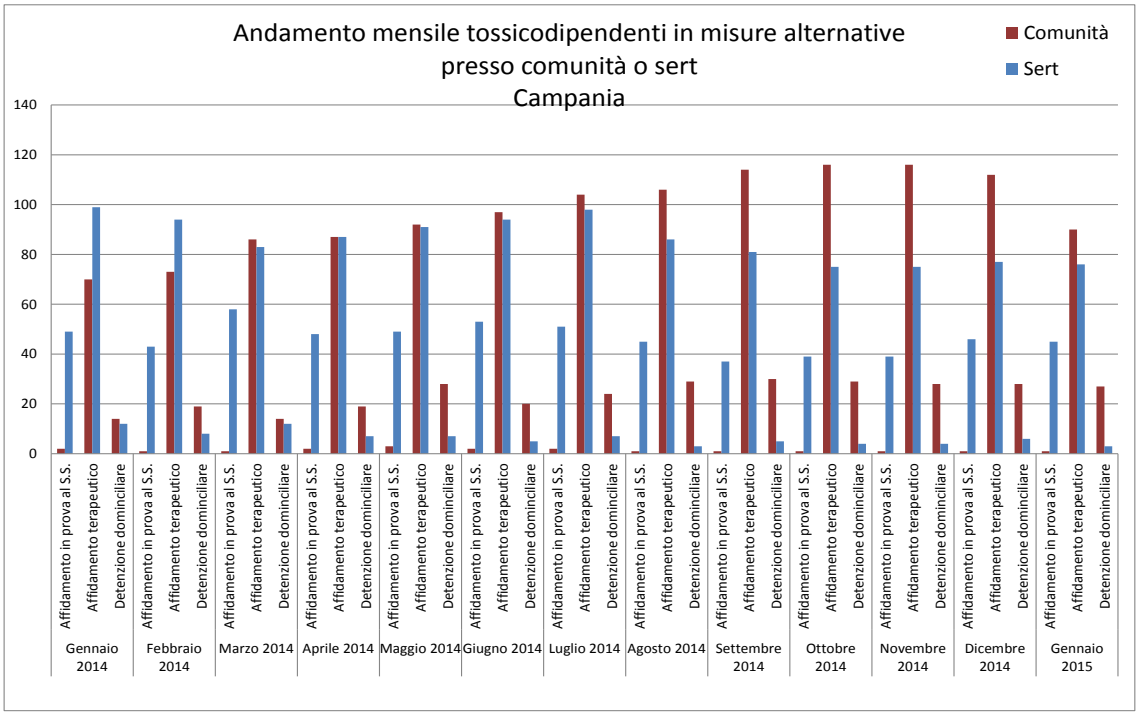


Figura 21.

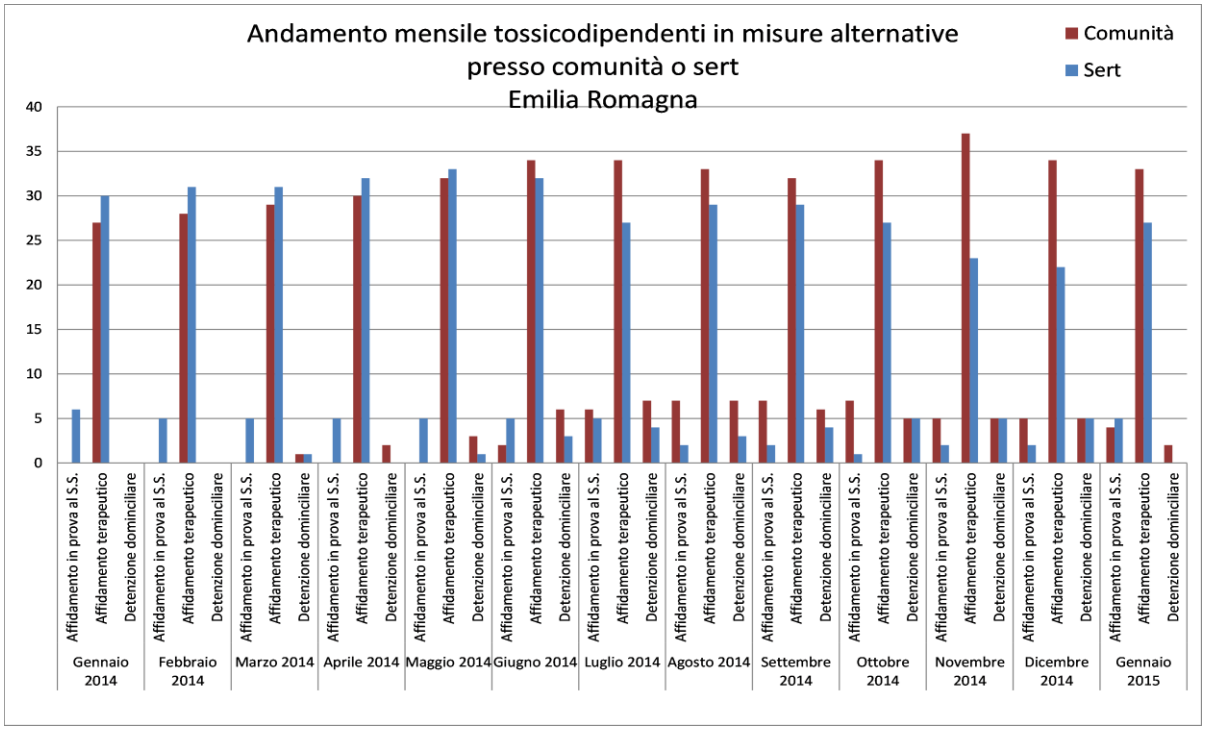


Figura 22.

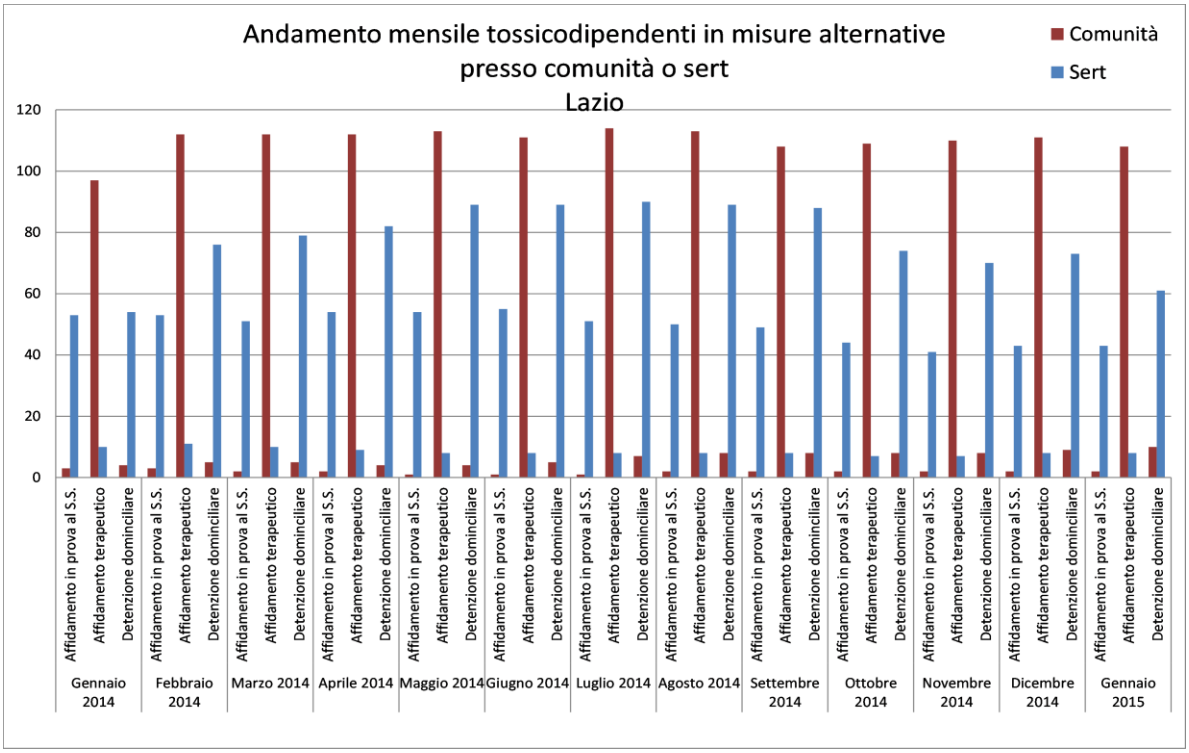


Figura 23.

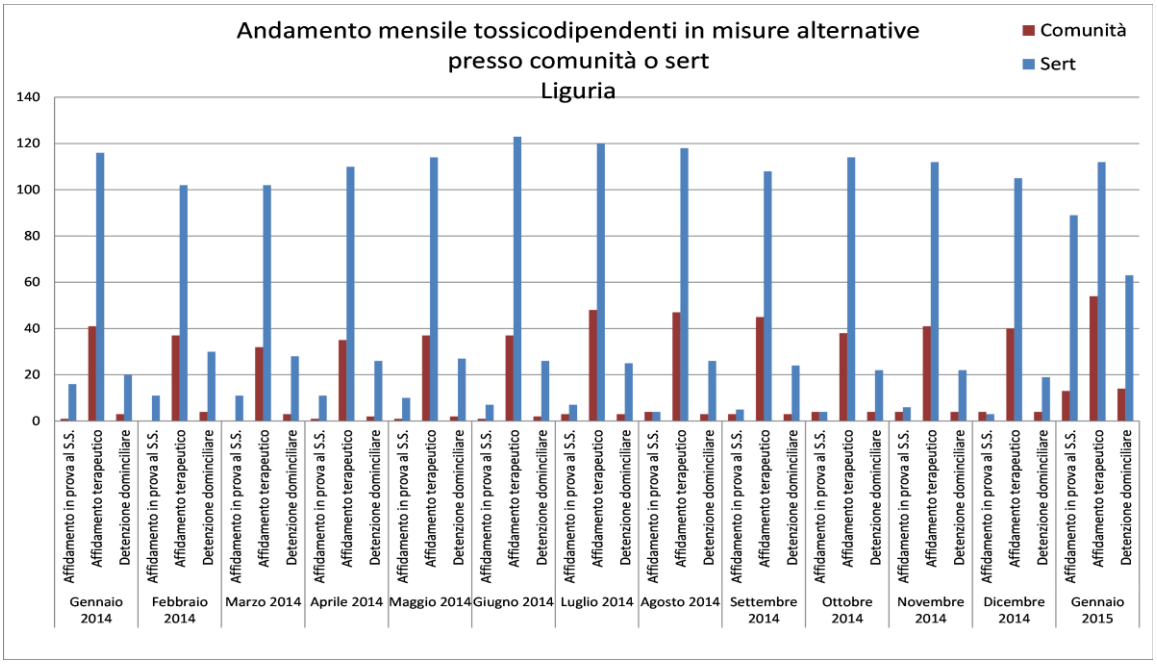


Figura 24.

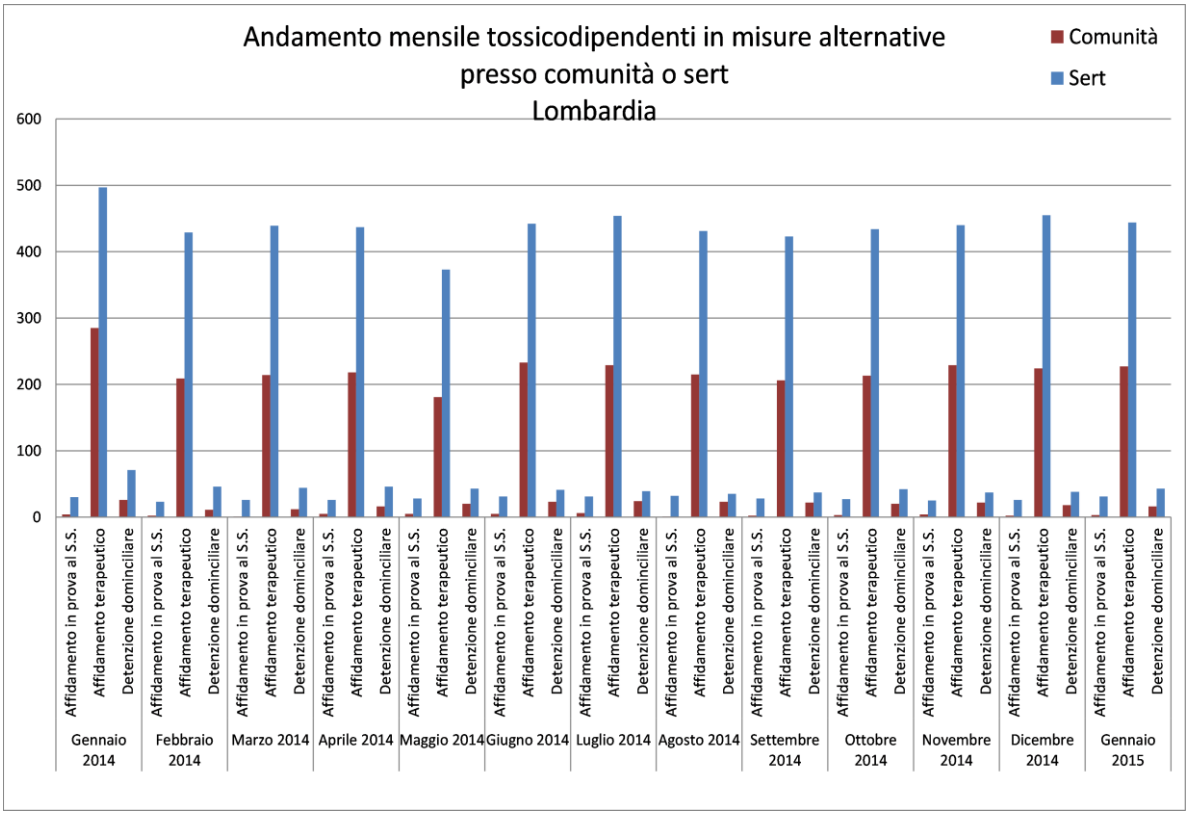


Figura 25.

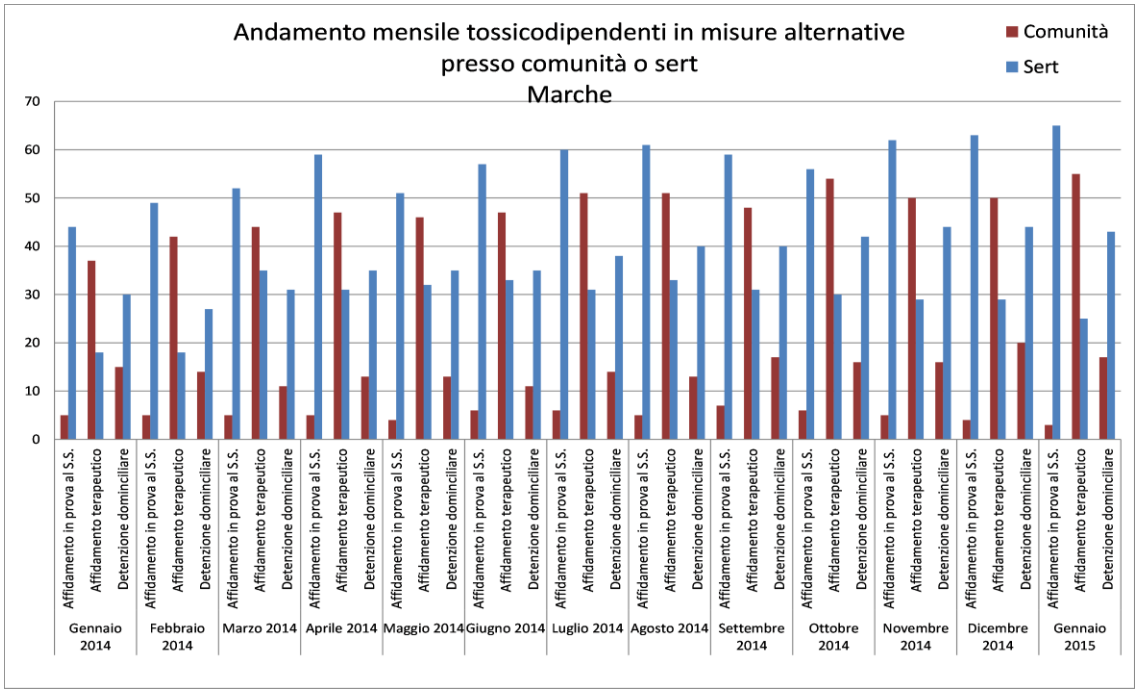


Figura 26.

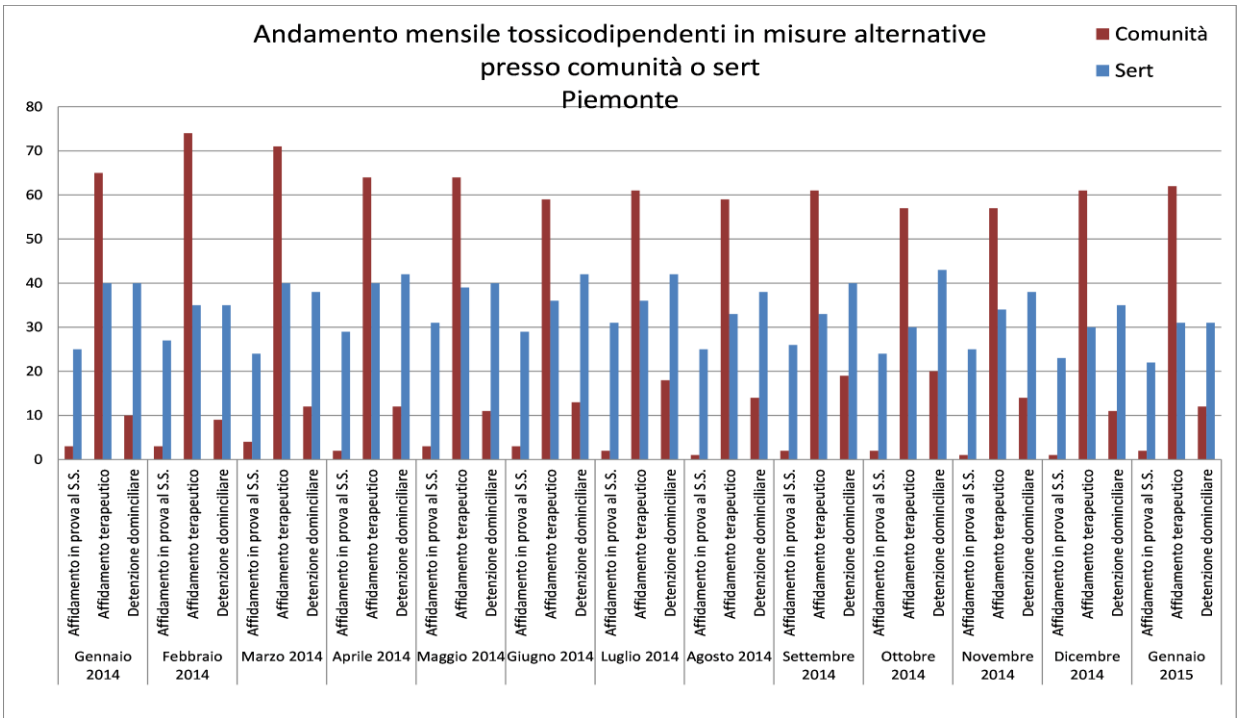


Figura 27.

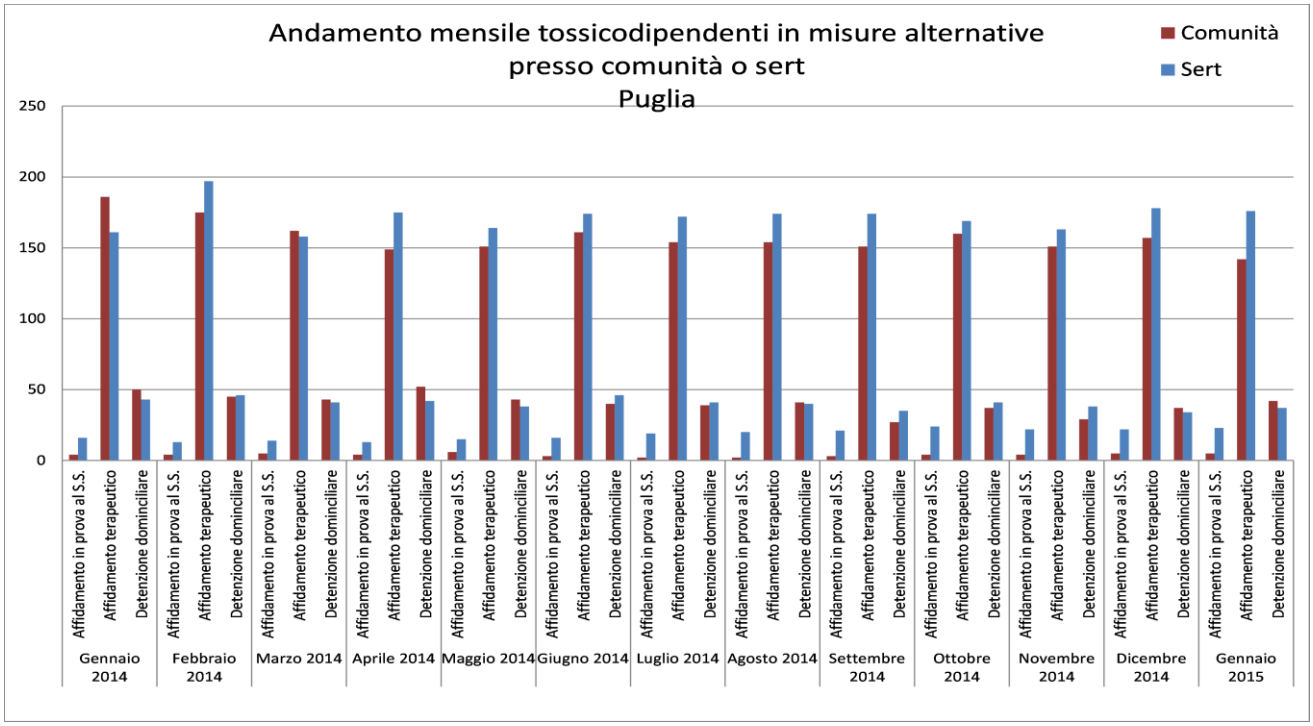


Figura 28.

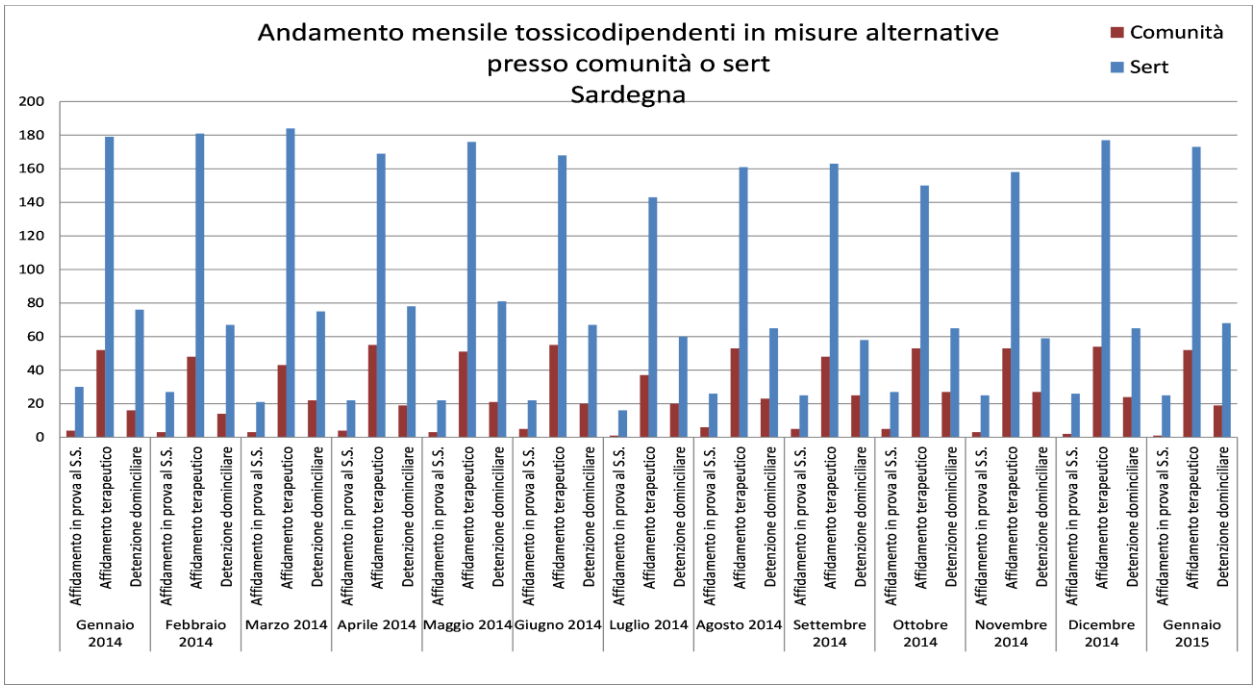


Figura 29.

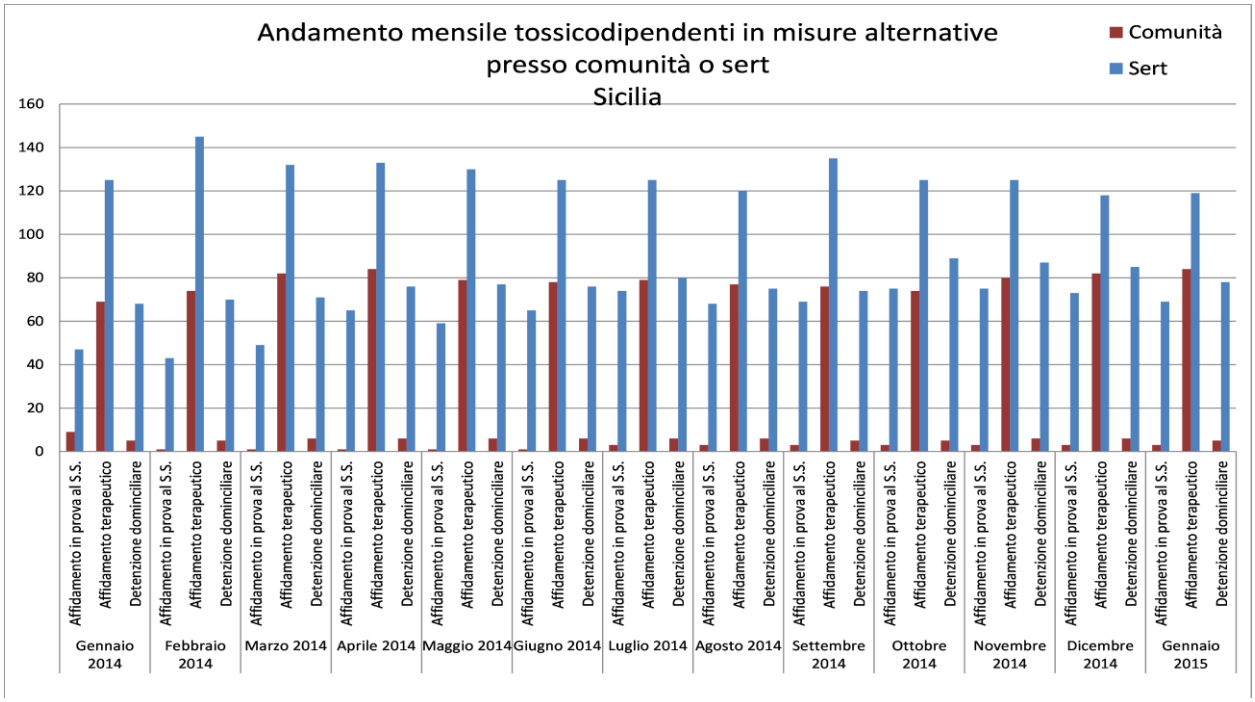


Figura 30.

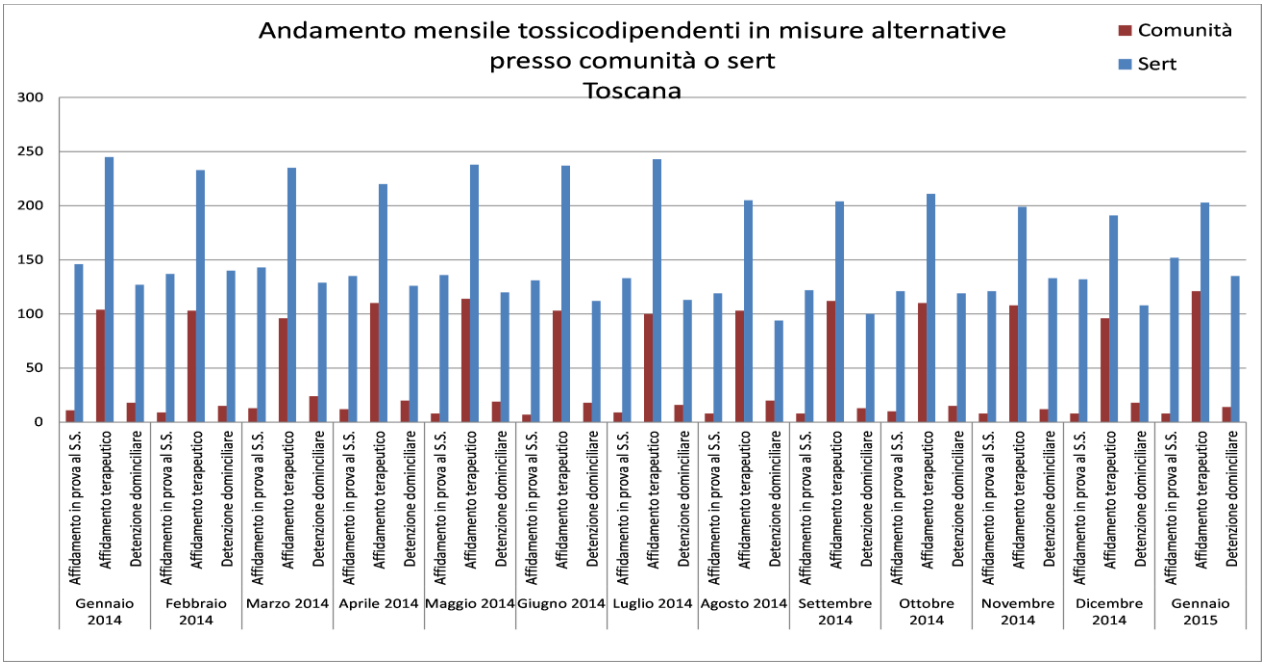


Figura 31.

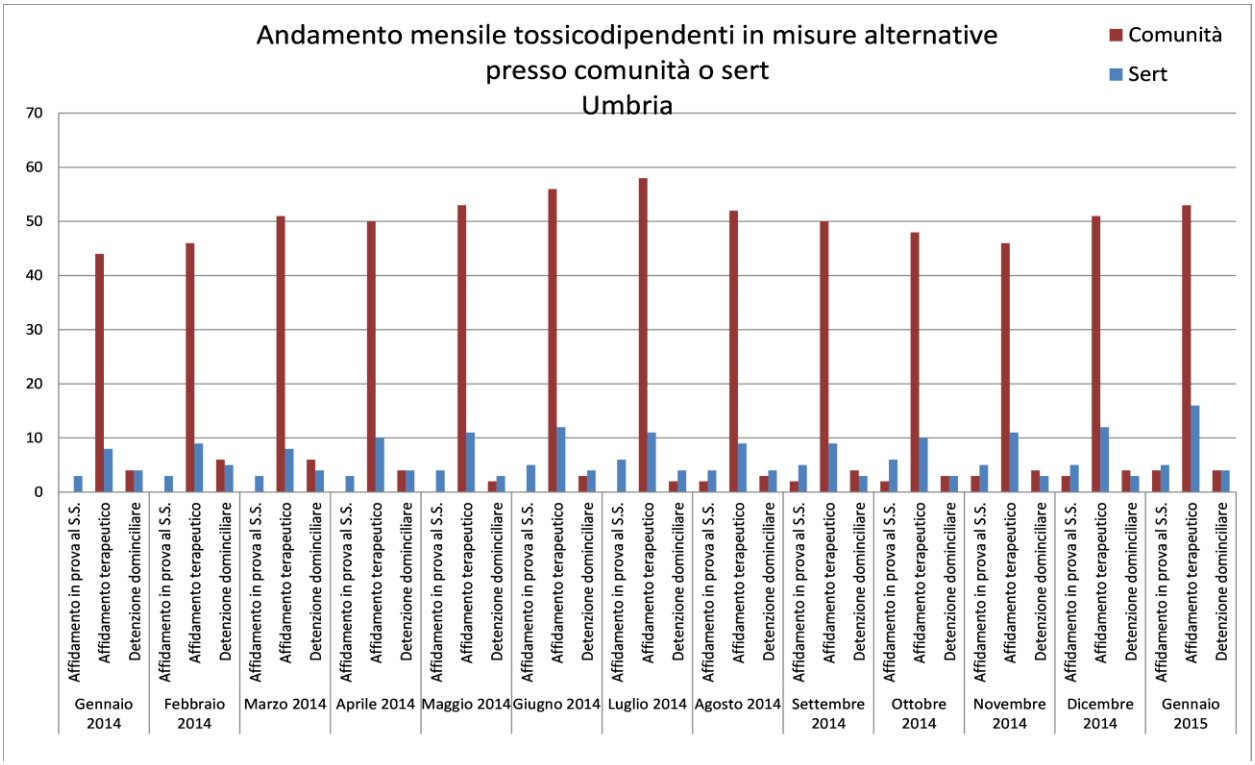
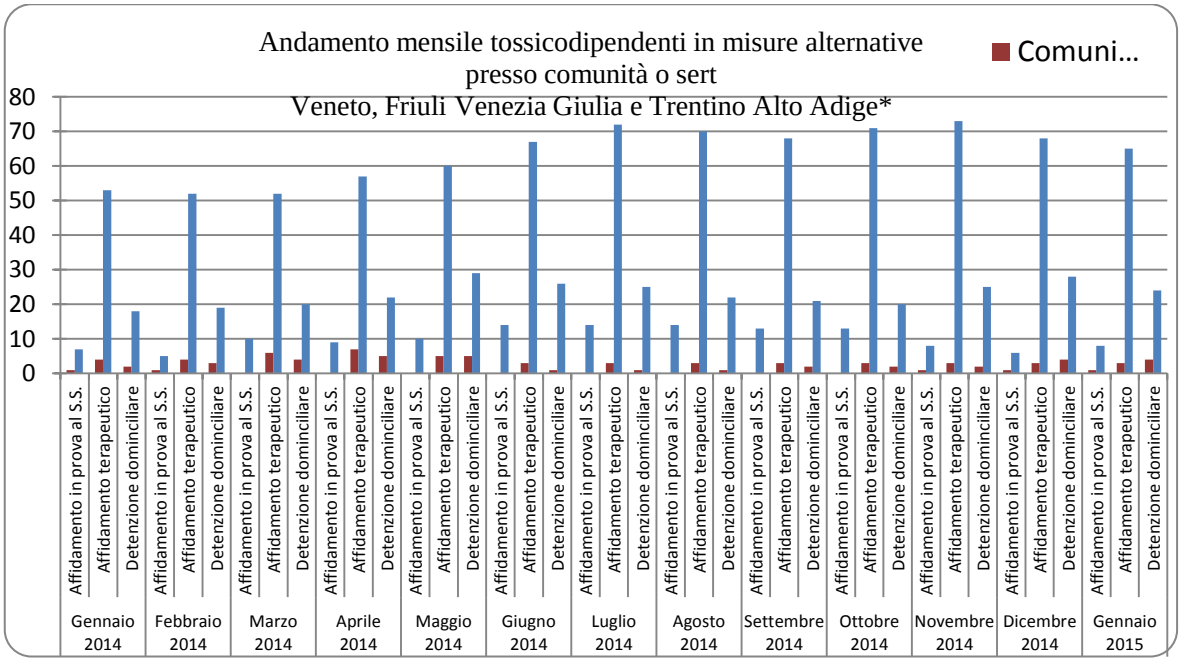


Figura 32.



*Si precisa che i dati rappresentati sono parziali in quanto pervenuti soltanto agli Uffici Locali di Esecuzione penale esterna di Bolzano,Trieste e Udine.

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 facilità 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 tossicomaniche 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 l 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 alterativa

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 - tiolo 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 procedure improprie.

Alcuni vincoli che impone 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 istaurata 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 i 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 della 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 esser 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 forme 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.

Le Comunità Terapeutiche (di seguito CT) hanno rappresentato, a cavallo degli anni '60 e '70, la prima risposta articolata, diffusa ed efficace nei confronti dell'uso problematico, di abuso e dipendenza, soprattutto da eroina, in Italia. Le prime comunità sono nate da movimenti anche molto diversi, spesso di ispirazione cattolica, che però portavano in sé ampie componenti laiche, di impegno civile, motivazione sociale di accoglienza e aiuto concreto per contrastare un fenomeno che andava sempre più coinvolgendo decine di migliaia di giovani del nostro Paese.

Tale impegno di accoglienza, ascolto e cura diffuso sui territori (dal Ceis di Don Picchi, ai Centri della Fict, a Don Ciotti e le realtà del Cnca, Emmaus, Samman, le Comunità Incontro ed a moltissimi altri negli anni successivi) è riuscito, nel tempo, a costruire una particolare "sensibilità" sull'argomento tossicodipendenze ed un movimento di pressione culminato con l'approvazione della Legge 22 dicembre 1975, n. 675, primo atto normativo che, colmando un vuoto legislativo, ha previsto strutture ad hoc per tossicodipendenti, differenziandole dall'area esclusivamente psichiatrica nella quale fino ad allora era stata confinata istituzionalmente l'area della tossicodipendenza. Il riconoscimento normativo, unito al grande bisogno di dare risposte ad un fenomeno in enorme crescita, ha portato ad un'ampia diffusione del sistema delle Comunità (nel 1996 sono state censite ben 1.372 strutture tra diurne e residenziali, con 22.706 ospiti - dati Ufficio Documentazione Ministero degli Interni) con approcci e metodologie molto diverse: dalla Comunità di vita alle sempre più varie comunità terapeutiche (di seguito CT) che vedevano impegnate diverse figure di operatori, volontari, ex tossicodipendenti e professionalità sempre più articolate e diverse. In seguito il DPR 309 del 1990 aveva dato un primo indirizzo per la costruzione di un sistema nazionale complementare tra servizi pubblici ambulatoriali e comunità residenziali e diurne.

Un input cui ha dato indirizzo definitivo l'accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema d'assistenza ai tossicodipendenti", approvato il 21 gennaio 1999, con modalità e tempi di sviluppo ad oggi ancora moto diversificati nelle Regioni e PA italiane.

Le Comunità, i LEA ed il sistema di accreditamento

Come già descritto all'inizio del III° capitolo nel 2001 si giunge alla definizione dei diritti generali di assistenza con l'introduzione dei LEA, livelli essenziali di assistenza. Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini che le Regioni e PA debbono assicurare. Ciò evidentemente non esclude che, utilizzando risorse proprie, le stesse Regioni e PA possano garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste, così come tra l'altro accade in alcune realtà.

L'inserimento del sistema di cura per latossicodipendenza all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza è, di fatto, sfociato anche per il privato sociale che gestisce strutture residenziali e semiresidenziali per il recupero e la riabilitazione di persone con problemi di tossicodipendenza influenzando anche il processo di autorizzazione e di accreditamento, processo avviato ormai in tutte le Regioni e PA d'Italia.

La riqualificazione delle strutture, conseguenza del processo di di cui sopra, ha introdotto nuove tipologie di intervento (fino a 13/14 tipologie diverse in alcune realtà), influenzando in modo significativo l'investimento economico per quanto riguarda l'adeguamento ai nuovi standard organizzativo-strutturali.

Questo complesso processo è tutt'ora contraddistinto da differenti livelli di sviluppo tra nord, centro e sud del Paese. Una delle conseguenze di questa differenziazione è quella che ha portato a modelli di CT difficilmente raffrontabili tra loro (ad esempio CT ispirate rigidamente a tipologie di strutture sanitarie tipo ospedali, RSA, strutture psichiatriche, ecc.) che poco rispecchiano il principale lavoro svolto nelle CT medesime, ma soprattutto appaiono poco adeguati ai diversi bisogni e stili di consumo, abuso e dipendenza.

In proposito va precisato che l'art. 1 del DLgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come sostituito dall'art. 1, DLgs 19 giugno 1999, n. 229, aggiunge all'espressione "livelli essenziali" l'aggettivo uniformi, a testimonianza della volontà di eliminare diseguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese.

Da diversi atti e documenti prodotti dalle Regioni e PA, così come dai tavoli di confronto attivati dalle stesse con le organizzazioni maggiormente rappresentative (I NTERCEAR, FICT e CNCA), al pari di altri ambiti sanitari o sociali, il settore delle dipendenze presenta notevoli differenze tra le varie realtà del nostro Paese in termini di organizzazione dei servizi, di modelli di accreditamento, di sistema tariffario esistente, di risorse umane ed economiche dedicate così come dell'istituzione di Tavoli di lavoro finalizzati all'integrazione/confronto tra i vari attori pubblici e privati coinvolti.

Occorre pertanto una forte sinergia tra istituzioni centrali e amministrazioni regionali al fine di garantire alle persone con problemi di dipendenza l'esigibilità della cura in tutto il territorio nazionale, così come sancito dalla Carta Costituzionale.

Le differenze di cui sopra sono state una delle cause che hanno portato a crisi significative, a volte irreversibili, costringendo diverse CT alla definitiva chiusura.

Purtuttavia, nonostante la crisi di questo periodo storico, molte CT all'interno del sistema di intervento territoriale si sono fatte spesso carico di avviare percorsi sperimentali di risposta a bisogni "nuovi", non sempre adeguatamente supportati da risorse aggiuntive dedicate o da un quadro normativo specifico (esempio Gioco d'azzardo patologico, cronicità, policonsumo, ecc.).

La confluenza del Fondo Nazionale per le Tossicodipendenze (ex legge 45/99) nel fondo indistinto per le Politiche Sociali ha privato il settore di un finanziamento specifico indispensabile, con il conseguente e progressivo abbandono delle politiche territoriali di prevenzione e dell'inserimento lavorativo, ambiti considerati di primaria importanza per il contrasto alle forme di dipendenza.

L'incidenza sempre più alta della cronicità e la recente previsione dell'inserimento nei LEA del gioco d'azzardo patologico, così come le questioni legate alle tematiche carcerarie e la gestione delle "nuove" domande (internet, social network, sesso, disturbi alimentari, ecc.), sono tutti aspetti che rendono ancora più complessa e cogente la gestione della problematica delle dipendenze e ribadisce la necessità di intervenire con forza e con risorse certe e appropriate per rispondere in modo efficace all'ampiezza e gravosità dei bisogni.

Il percorso di specializzazione delle strutture, conseguente ai processi di autorizzazione e accreditamento non è sempre coinciso con un adeguamento del target di utenza inviato dai servizi pubblici nelle CT. In molti territori le stesse sembrano utilizzate, seppure con alcune importanti eccezioni, come luogo di accoglienza e contenimento sociale più che luogo di cura. In questi ultimi anni abbiamo infatti rilevato che l'utenza accolta nelle strutture residenziali appartenga a un target di soggetti sempre più compromesso e complesso, sia nelle funzioni organiche che psichiche, in età avanzata e con gravi disturbi o patologie psichiatriche, con annesse ulteriori problematicità di tipo sociale e lavorativo che poco hanno a che fare con la dipendenza patologica originaria ma da questa traggono origine per innescare quei rischi di emarginazione ed esclusione sociale connesse ad un

poliabuso (alcool, psicofarmaci, eroina, cocaina ecc) ormai strutturato. Tali criticità ci sembrano spesso determinate da uno stato di carenza di investimenti di risorse professionali ed economiche sul territorio, probabilmente determinati dalla carenza di "Politiche" sanitarie e sociali territoriali. Questo deficit potrebbe essere una delle cause dell'aumento della complessità dei delle situazioni di cui sopra.

Le prese in carico, complesse e talvolta compromesse, ci interrogano fortemente soprattutto nel confronto col dato nazionale che indica un abbassamento statistico dell'età di primo approccio con le sostanze e dell'aumento dei fenomeni di abuso, policonsumo e dipendenza e forse della necessità di ripensare insieme al senso dei nostri percorsi terapeutici, sia in termini di priorità, di investimenti, di finalità, di obiettivi e utilità sociosanitaria.

Il sistema delle Comunità Terapeutiche

Le CT attualmente convenzionate e/o accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale e presenti su tutto il territorio nazionale assicurano interventi di accoglienza, di cura e riabilitazione, di service e di reinserimento ed inclusione sociale, al fine di rispondere ai bisogni sempre più diversificati espressi dalle persone con disturbo da dipendenza patologica.

Le dipendenze pertanto si evolvono e cambiano con il cambiare della società, la quale presenta costantemente bisogni emergenti, costringendo il Sistema integrato Privato e Pubblico a nuove modalità di intervento. Le CT, grazie anche alla loro prossimità alle persone ed ai territori, si sono interrogate evolvendo le proprie metodologie di intervento.

Per adattarsi sempre più ai bisogni dell'utenza e di personalizzazione del setting, il Sistema integrato di cui sopra, ha intrapreso percorsi di specializzazione e di riqualificazione, relativamente alla metodologia e agli strumenti di intervento, alla formazione delle équipe sempre più fondata su un approccio multi professionale.

In particolare l'evoluzione del sistema ha portato a:

- percorsi brevi e sempre più adeguati ai bisogni diversificati;
- una sempre maggiore personalizzazione delle risposte cliniche e terapeutiche;
- interventi strutturati per minori e giovani adulti ;
- interventi strutturati per persone a bassa evolutività ed a forte rischio di cronicizzazione dei loro percorsi di dipendenza;
- strutture specialistiche per coppie, mamme e bambini;
- percorsi per il GAP;
- strutture a bassa soglia di accesso e di prima accoglienza;
- interventi strutturati per il reinserimento lavorativo ed il tutoring sociale;
- strutture specialistiche per la doppia diagnosi, l'alcoldipendenza, per policonsumatori e cocainomani ecc.

Il rapporto pubblico/privato sociale

La responsabilità dei servizi per le dipendenze dipende senza dubbio dal Servizio Sanitario Nazionale, ed in tal senso si può dire che il sistema per la cura delle dipendenze patologiche rispetta il principio della responsabilità pubblica. Occorre però considerare che per quanto

formalmente tale principio possa essere enunciato, i diritti per l'utente che ne conseguono non appaiono ad oggi pienamente esigibili.

Come è noto la responsabilità pubblica della tutela della salute è un principio che risponde ad una ratio ben precisa: il Servizio sanitario nazionale è sorto per dare attuazione a questo insieme di diritti – quello inerente l'accesso alle prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione – attraverso l'interazione fra pubblici poteri e, in determinati casi, anche fra istituzioni pubbliche e private.

Appare indubbio che nel campo della cura delle dipendenze le Regioni e PA siano di fatto sempre più chiamate a rispondere a bisogni diversificati, complessi e profondamente radicati nei nostri stili di vita, mettendo a dura prova un sistema di offerte chiamato ad erogare prestazioni sanitarie appropriate, nel rispetto di limiti di Bilancio invalicabili.

Tali contraddizioni sono ancor più palesi in alcune zone del paese, malgrado il forte investimento e sforzo delle realtà territoriali e degli stessi operatori.

A tutto ciò occorre altresì aggiungere che, nel rispetto del diritto di libera scelta del cittadino utente, i servizi di cura possono e debbono essere selezionati dai soggetti che ne hanno bisogno, ma non può avvenire il contrario. I servizi, pubblici e privati, non possono adottare politiche di "selezione dei rischi" (c.d. cream skimming), "scegliendo" l'utenza sulla base del costo minore, in termini di difficoltà terapeutiche e complessità di intervento.

Dalle considerazioni svolte appare chiaro che se il SSN è nato per assicurare un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse; nel campo delle dipendenze patologiche tale sistema è messo in crisi da elementi strutturali di carattere economico e di politica sanitaria.

Nel rapporto tra servizi pubblici e privati si avvertono però evoluzioni importanti in questi ultimi anni, grazie al lavoro svolto insieme con le Regioni e PA, dalle varie rappresentanze regionali delle CT (coordinamenti regionali) e degli operatori pubblici, con la costruzione di percorsi di integrazione pubblico/privato relativamente alla governance e al confronto clinico/metodologico.

Metodologie, identità e modelli di comunità anche molto diverse che hanno accettato di lavorare al fianco del servizio pubblico per fornire risposte più adeguate ai bisogni sempre più complessi dell'utenza. Sicuramente sarà ancor più necessario cercare di garantire la pari dignità ai servizi pubblici e privati dando a questi ultimo maggiore responsabilità partecipativa all'interno degli organismi di programmazione pubblica. Storicamente è proprio da tali confronti che sono nati innovativi modelli integrati di cura, che rappresentano oggi altrettante eccellenze nel panorama nazionale.

Le Comunità e le azioni territoriali di prevenzione e reinserimento socio-lavorativo

La risposta ai nuovi bisogni e la lettura del fenomeno ha portato a modificare il modello di intervento anche rispetto alle azioni svolte sul territorio dalle CT per quanto riguarda i modelli e gli approcci negli ambiti della prevenzione e del reinserimento lavorativo, ambiti concordati e promossi in sinergia con gli enti territoriali competenti.

Tali azioni però sono state ultimamente realizzate in carenza di adeguati investimenti (supporto normativo, di programmazione politica e di budget dedicati). La prevenzione è l'area tra le più penalizzate a causa delle trasformazioni normative (l'entrata in vigore della legge 328/00 ha di fatto decretato la "scomparsa" del fondo specifico per le tossicodipendenze, confluendo in quello più

ampio delle Politiche sociali, così come la conseguente revisione del Titolo V° della Costituzione del 2001) avvenute dall'anno 2000 in avanti. Nonostante queste significative carenze strutturali attualmente si trovano consolidate esperienze e buone prassi di prevenzione che auguriamo possano essere valorizzate e diffuse sempre più.

Stesso discorso per quanto riguarda il reinserimento socio-lavorativo, tema molto difficile in questa fase generale di crisi del sistema economico e sociale, in cui in assenza di risorse certe e definite, molte Agenzie del privato sociale, degli enti pubblici e delle Comunità Terapeutiche si sono attrezzate elaborando in maniera innovativa modelli di inserimento lavorativo e sociale tendenti a integrare le problematiche del lavoro e dell'autonomia individuale.

Le CT, il sistema carcerario e le misure alternative alla detenzione

Le CT sono state in questi anni anche il luogo privilegiato di accoglienza delle persone tossicodipendenti con misure alternative alla detenzione. Relativamente a questo aspetto è fondamentale porre attenzione al sistema nel suo complesso, migliorandolo soprattutto relativamente ai tempi ed ai modi necessari per poterne usufruire. Le misure alternative riducono i costi della spesa pubblica e rispondono in maniera appropriata al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tutto ciò anche in virtù dei dati che ci indicano in non più del 40 % (circa 4.000 detenuti all'anno) le persone tossicodipendenti incarcerate aventi titolo (circa 10.000 detenuti) rispetto a quelle che poi riescono realmente ad usufruirne ed a essere accolte in misura alternativa nelle CT attrezzate e disponibili alla presa in carico.

Conclusioni

Il panorama delle CT in Italia, nonostante significative differenziazione intra ed extra Regioni e PA, è un sistema di cura che si è evoluto con una certa capacità di rinnovamento e di attenzione alla riqualificazione sulla base della lettura scientifica del fenomeno. Allo stesso tempo si registra l'attenzione ad intercettare nuovi bisogni così come la necessità di intervenire attraverso la costruzione di nuovi modelli di intervento tendenti ad aggiornare il settore.

La riorganizzazione e razionalizzazione della spesa pubblica sanitaria influenza ovviamente anche i budget assegnati per le politiche di contrasto alle dipendenze, penalizzando innanzitutto le attività integrative come, ad esempio, il lavoro con il nucleo familiare dei pazienti, i percorsi di reinserimento socio-lavorativo e gli ulteriori investimenti nelle strutture, indispensabili sia per offrire standard adeguati che per la corretta diversificazione dell'offerta poc'anzi menzionata.

Pertanto, qualsiasi intervento finalizzato all'accreditamento e la conseguentemente definizione del sistema tariffario, finalizzato a garantire quella uniformità nell'applicazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, non può essere disgiunto da un'adeguata previsione economica, indispensabile per la definizione delle strategie generali, l'individuazione dei macro-obiettivi e della programmazione che ogni Regione e PA deve effettuare per garantire al sistema delle dipendenza di essere competitivo, efficace ed efficiente.

Un sistema "Comunità" infine che, nonostante le difficoltà, mantiene una propria identità legata inscindibilmente a tradizioni storiche e culture proprie e che, al contempo, ha superato quella "concezione dogmatica" di leggere e interpretare i fenomeni delle dipendenze, bensì di essere aderente ai molteplici cambiamenti che la società odierna impone e che obbliga tutti a dare delle risposte adeguate e al passo coi tempi.

1.8 Interventi di riduzione del danno

La riduzione del danno è una strategia di intervento nata nella seconda metà degli anni '80 prioritariamente sulla necessità di arginare il possibile propagarsi di *malattite infettive* (soprattutto il virus Hiv che aveva raggiunto in alcuni contesti/piazze di tossicodipendenza percentuali di diffusione del 40/50 %) tra i consumatori di sostanze illecite (eroina soprattutto) per via endovenosa ed i sempre più numerosi casi di morte per over dose (l'Italia aveva ormai raggiunto in quegli anni la spaventosa cifra di più di mille morti all'anno per overdose da eroina), e in seguito, data la sua efficacia, allargatasi anche ad ambiti diversi da quello delle sostanze *stupefacenti* per via iniettiva e della tossicodipendenza per pratiche di intervento su usi, abusi e consumi problematici di vario tipo (rave, contesti del loisir, grandi eventi del divertimento notturno ecc.).

La riduzione del danno si basava quindi , fondamentalmente, su due pratiche prioritarie:

- in primo luogo, la distribuzione di materiale sterile gratuito (siringhe, tamponi, acqua distillata e Narcan) ai tossicodipendenti, incentivando la restituzione, da parte di questi, delle siringhe usate per evitarne con il loro abbandono il riuso o il contatto inconsapevole da parte di altri frequentatori degli stessi luoghi. Negli *anni ottanta* la principale causa di infezione da *HIV* o *epatiti* nella popolazione tossicodipendente era costituita dallo scambio di siringhe infette;

- in secondo luogo, sulla promozione della tutela della salute delle persone consumatrici/abusatrici, della prevenzione secondaria e terziaria alle varie tipologie associate mediante il passaggio di informazioni e counseling attraverso i diretti interessati coinvolti (educazione tra pari o *peer education*) ed operatori di strada preparati. Tali pratiche si svolgono solitamente in strutture preposte fisse a libero accesso (dette "*drop-in*") o unità mobili (camper o autobus che raggiungono i luoghi di consumo). La particolare modalità attraverso cui questi servizi accolgono l'utenza è definita come di "*bassa soglia*" per la facilità dell'accesso e del contatto.

Le prime esperienze di riduzione del danno nascono nel nord Europa (Regno Unito, Olanda) e poi nei primi anni 90 in Italia, per fronteggiare l'emergenza della diffusione di infezioni da HIV e overdose tra i tossicodipendenti. Queste prime esperienze (pur all'interno di un acceso dibattito etico, valoriale e scientifico tra le varie parti del sistema di intervento), tuttavia, sono state estremamente rilevanti, sia da un punto di vista epidemiologico che epistemologico, ossia, se da un lato si sono rivelate efficaci per contrastare le overdose e la diffusione di HIV e delle epatiti (si vedano ad esempio i programmi di riduzione del danno realizzati a Milano, Roma, Torino, Napoli, Parma, Bologna, Firenze, Venezia ecc)[1], esse hanno anche notevolmente contribuito a consolidare un approccio pragmatico verso la dipendenza da sostanze, in cui la valenza di non giudizio a priori e di accompagnamento socio relazionale e sanitario, anche nelle situazioni di estrema gravità, ha permesso l'emersione e l'aggancio di un sommerso di tossicodipendenti che non si rivolgevano ai servizi preposti. Nei primi anni '90 si stimava fosse il 70% la popolazione nascosta di tossicodipendenti non agganciate ai servizi e non immediatamente disponibile a intraprendere un percorso di cura e cambiamento.

Ripercorrendo sommariamente la storia della riduzione del danno nel nostro paese, si vede come, oltre ad attività specifiche sopra esposte, ci fu un graduale "abbassamento" delle soglie di accesso ai servizi di trattamento (equipe di strada prima e poi Ser.T., modalità di somministrazione di farmaci sostitutivi anche territoriali, comunità terapeutiche etc.) e in numerose regioni furono attivate specifiche iniziative progettuali quali Unità di Strada, Drop in, macchine scambia-siringhe etc.

Le azioni svolte da questi "nuovi" servizi avevano la finalità di "andare incontro" (outreach) alla popolazione target nei loro luoghi di incontro ed aggregazione al fine di realizzare il contatto precocemente, senza attendere il manifestarsi della domanda diretta. Le iniziative erano costituite da programmi di distribuzione/scambio di materiali di profilassi e di farmaci salvavita, di interventi volti alla modificazione dei comportamenti a rischio attraverso l'informazione e il miglioramento della consapevolezza, altri volti a facilitare il contatto con il sistema socio sanitario territoriale (Centri screening, ambulatori, Ser.T. etc.). Erano (e sono) stati inoltre attivati alcuni progetti sperimentali di peer support. In questo percorso di avvicinamento e aggancio ai servizi divenne poi decisiva una diversa politica sanitaria di offerta di farmaci sostitutivi e/o antagonisti nei servizi territoriali.

L'impatto con i consumatori attivi evidenziava inoltre come il consumo di sostanze si associasse sovente a condizioni di marginalità sociale e legale (premessa o derivazione del consumo stesso). Da tale concreta esperienza derivava l'estensione degli interventi ai temi del sociale: l'orientamento e l'accompagnamento alle reti sociali di supporto diventava un altro elemento tipico delle azioni di riduzione del danno e, in particolare nell'ambito dei drop in, venivano attivati sempre più direttamente interventi sociali di base (docce, buoni pasto, lavatrici, guardaroba, orientamento alla rete dei dormitori, interventi di comunità e di salute pubblica, mense popolari, inserimento lavorativo etc.).

Tale apertura al sociale portava inoltre al contatto diretto con altre popolazioni marginali (alcool dipendenze, senza fissa dimora, immigrati, mondo della prostituzione, etc.) ponendo l'accento sulla necessità di coniugare, in maniera innovativa, i temi dell'intervento sulle droghe con quelli dell'integrazione sociale, dell'abuso di alcool in strada, del diffuso spaccio di psicofarmaci senza ricetta, delle attività di prostituzione, ecc.

Ripercorrendo le principali tappe dell'evoluzione della riduzione del danno e dei rischi in Italia, non possiamo non includere l'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 relativo alla *"Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"*, dove, per la prima volta, compaiono a livello nazionale, le premesse per inserire i servizi di riduzione del danno nel sistema dei servizi per le tossicodipendenze.

Tra "i principi ispiratori delle attività assistenziali" si legge: *" Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la persona quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di intervento terapeutico – ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento drug free - e dalla disponibilità a recarsi presso la sede del servizio".*

Il documento che tuttavia pone le basi concrete, a livello nazionale, per orientare l'attivazione di servizi di RdD sono le Linee Guida sulla Riduzione del Danno, stilato dopo la Conferenza di Napoli del 1997 (ove ci fu una sessione ad hoc sulla riduzione del danno) e presentato alla Conferenza di Genova, dal Ministero della Sanità, nel Novembre 2000. Tali Linee Guida si pongono come obiettivo "*non ... le motivazioni che inducono le persone al consumo di sostanze stupefacenti, ma ... delineare gli interventi possibili, e, in particolare, quelli che si sono dimostrati maggiormente efficaci, al fine di limitare i gravi rischi ed i danni che il consumo [di sostanze stupefacenti] comporta per la persona e per la società….Un recentissimo studio del Consiglio d'Europa ha proposto una definizione che distingue il concetto di "riduzione dei rischi", che comprende la minimizzazione delle conseguenze sfavorevoli - a livello medico, psicologico e sociale - dell'uso di droghe, dalla "riduzione del danno" quale attuazione di un "programma o strategia volta a limitare gli effetti dell'uso di droghe, sul piano sanitario, sociale ed economico, piuttosto che l'uso medesimo*".

Nel medesimo documento vengono definiti gli interventi di strada (outreach work), e individuate quattro aree principali in riferimento alle caratteristiche metodologiche più specifiche per l'Italia:

- "interventi di comunità" (community based), caratterizzati da una operatività che si colloca in ambito diverso da quello terapeutico e, in generale, istituzionale (pubblico e privato che sia, comunque relativo a "tecnostrutture" del settore sociosanitario). Tale ambito può essere definito "della quotidianità", cioè delle relazioni sociali ed interpersonali connesse al consumo e alla vita sociale dei consumatori e alle mappe relazionali, culturali e di scambio che i consumatori stessi tracciano. Vi possono essere interventi di outreach propriamente "di strada", come nella gran parte delle iniziative italiane, che raggiungono i consumatori nei luoghi stessi del consumo o dell'acquisto o dell'aggregazione (detachedoutreach), interventi che raggiungono i propri clienti in ambienti particolari della quotidianità, come i centri di somministrazione dei farmaci sostitutivi, in luoghi ricreativi e ludici, o altri luoghi di vita quali dormitori, carcere ecc. (peripatheticoutreach), o ancora (ma nella realtà italiana sono quasi inesistenti) interventi mirati a singoli o a gruppi a livello domiciliare (domiciliaryoutreach);
- "interventi a bassa soglia" (lowthreshold), caratterizzati cioè dalla rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi, ecc.) quanto dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obbligo di intervista diagnostica, motivazione al contatto, ecc.);
- "Interventi con attenzione specifica alla dimensione gruppale", secondo una accezione del lavoro di prevenzione ed educazione alla salute che privilegia - come del resto ogni intervento "community based" - l'innesco di meccanismi autoregolativi messi in atto dagli attori stessi attraverso movimenti di cambiamento nelle subculture di gruppo. In questo senso, il lavoro di strada può utilizzare, laddove se ne diano le premesse, "operatori grezzi" scelti all'interno della stessa popolazione target (peer outreach o indigenous outreach) e modalità quali il supporto tra pari (peer support) e l'educazione tra pari (peer education);
- relazioni a "legame debole, non giudicanti, non normative, flessibili nella scelta degli obiettivi pragmaticamente raggiungibili, rispettose di diritti fondamentali quali l'anonimato e segretezza rispetto alle informazioni raccolte sulle singole persone. Un "legame debole" privilegia la negoziazione degli obiettivi, l'instaurazione di una "alleanza comunicativa" che si pone l'obiettivo di restare valida anche in presenza di mutamenti degli obiettivi parziali, di non raggiungimento degli obiettivi o, ancora di assenza di obiettivi specifici in una data fase della relazione operatore-utente.

Il documento, inoltre, definisce un quadro di orientamento piuttosto approfondito individuando un insieme di condizioni di base che rendono possibile l'attivazione e lo sviluppo degli interventi in modo efficace. Tale quadro si organizza su tre livelli : a) in riferimento alla popolazione target; b) in riferimento al sistema dei servizi; c) in riferimento al territorio e alla popolazione generale.

Contemporaneamente a livello europeo, si andava definendo la riduzione del danno come uno dei quattro pilastri (Riduzione dell'offerta/repressione del traffico; Riduzione della domanda/prevenzione; Trattamento e riabilitazione/integrazione; Riduzione del danno/riduzione dei rischi) su cui fondare l'azione di contrasto alla droga della strategia dell'Unione Europea. Nel piano di azione europeo sulle droghe (UE Action Plan 2003-2012) si continua a ribadire la necessità di azioni specifiche all'interno della più globale strategia per la riduzione della domanda di droghe: "g*li Stati membri, al fine di ridurre considerevolmente i danni causati alla salute*

dall'uso di stupefacenti (quali HIV, epatite B e C e tubercolosi) e il numero di decessi per droga, dovrebbero prevedere, come parte integrante delle loro politiche globali in materia di prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze, una serie di servizi e strutture differenziati, finalizzati in particolare alla riduzione del rischio; pertanto gli Stati membri, tenendo presente l'obiettivo generale primario di prevenire l'abuso di droghe, dovrebbero:

- *fornire informazioni e consulenza ai tossicodipendenti al fine di promuovere la riduzione dei rischi e facilitare il loro accesso ai servizi appropriati;(...)*
- *includere le metodologie del lavoro di prossimità nelle politiche nazionali sanitarie e sociali in materia di droga e sostenere una formazione appropriata al lavoro di prossimità e l'elaborazione di norme e metodi di lavoro; il lavoro di prossimità (outreach) è definito come un'attività orientata alla comunità locale, intrapresa al fine di contattare individui o gruppi appartenenti a specifiche popolazioni bersaglio che non sono contattati o raggiunti in modo efficace dai servizi esistenti o attraverso i canali tradizionali di educazione in materia di salute;*
- *fornire un accesso, ove appropriato, alla distribuzione di preservativi e di materiale per iniezioni, nonché ai programmi e ai punti per il loro scambio; (...)* (Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza (2003/488/CE), Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 3.7.2003).

Nel Dicembre 2012, l'Unione Europea adotta la European Union Drug Strategy 2013-2020, in cui si continua ad indicare la necessità di interventi atti a contrastare le infezioni droga correlate, tra cui l'HCV, evidenziando, tra le priorità, quella di investire in misure di riduzione del danno e del rischio.

Il Piano di azione Europeo 2013-2016, pertanto, riporta tra gli obiettivi quello di Integrare approcci coordinati, basati sulle migliori pratiche e sulla qualità nella riduzione della domanda di droga, dove tra le azioni (oltre alla prevenzione, alla diagnosi e intervento precoce e al trattamento, integrazione sociale e recupero) vengono indicate le misure di riduzione del rischio e del danno. Nel medesimo documento, tra gli indicatori per stimare la messa in atto di tali azioni, è inserito "la valutazione della disponibilità, dell'offerta e della qualità dei servizi e degli interventi nei settori della prevenzione,della riduzione del danno, del reinserimento sociale e del trattamento.

In Italia la discussione sulla Riduzione del Danno viene ripresa e si sviluppa a seguito della Conferenza Nazionale sulle Droghe tenutasi a Trieste nel 2009.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, con l'ausilio di un gruppo di lavoro formato da professionisti dei servizi pubblici e del privato sociale, redige un documento denominato "Misure ed azioni concrete per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti" e lo invia alla Conferenza Stato/Regioni per la sua approvazione.

Il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze, su mandato della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, esamina tale documento anche confrontandosi con le Associazioni maggiormente rappresentative su scala nazionale sia dei servizi pubblici che del privato sociale.

Il Gruppo si esprime favorevolmente sulla necessità, in generale, di pervenire ad un accordo Stato/Regioni sulla definizione di linee guida nazionali sulla riduzione del danno, tenuto conto delle specificità e degli orientamenti programmatici di ogni singola Regione e PA. Rileva altresì che il documento presentato dal DPA sia molto complesso e articolato e investe argomenti non

pertinenti alla riduzione del danno e che non affronta l'insieme delle sostanze stupefacenti. Ritiene che il documento non possa figurarsi come un'applicazione di un LEA in quanto il documento sui LEA non è stato ancora approvato, che prevede oneri (amministrativi, organizzativi e finanziari) solamente in capo alle Regioni e PA; esprime forti perplessità sul metodo adottato dal DPA in quanto le Regioni e PA (ma anche gli Enti locali) non sono state affatto coinvolte preventivamente nella stesura del documento.

Propone pertanto alcune modifiche, approvate dalla Commissione Salute, che vengono inviate in Conferenza Stato/Regioni per la loro discussione e approvazione.

Ad oggi tale confronto e discussione non è avvenuto e l'Italia si trova nella situazione di non avere una propria Linea Guida sulla riduzione del danno formalmente approvata nella sede istituzionale preposta (la Conferenza Stato/Regioni).

Rimane però un documento tecnico, condiviso dal Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute e dalle Associazioni maggiormente rappresentative su scala nazionale sia dei servizi pubblici che del privato sociale, che opportunamente ripreso e discusso, può costituire la base di partenza per pervenire a un documento nazionale formalmente approvato che dia impulso per attivare interventi di riduzione del danno su tutti i territori regionali anche in previsione del loro inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Lo stato dell'arte delle azioni/progetti sulla riduzione del danno nei territori regionali

L'uso di sostanze stupefacenti costituisce un fenomeno sempre più ampiamente diffuso e diversificato, che comprende l'uso di molte sostanze, spesso associate tra loro (con grande rilievo oltre all'eroina, cannabis, cocaina ed alcool), e che investe popolazioni molto differenti: si va dalla marginalità estrema (in cui compare rilevante il fenomeno del consumo e dell'abuso, soprattutto di Alcool, cocaina e oppiacei o psicofarmaci anche in maniera non iniettiva) tra immigrati ed emarginati senza dimora, alla "normalità" costituita sia da giovani consumatori (italiani e ben integrati) sia da adulti ben inseriti nella vita sociale e lavorativa soprattutto in contesti del loisir e del divertimento e con mix e policonsumi tra legali ed illegali molto pericolosi e poco consapevoli.

Questa "normalizzazione" (del consumare e delle popolazioni che consumano) ha determinato numerose conseguenze: sul piano della classificazione dell'uso ha imposto l'adozione di criteri più aggiornati circa i concetti di consumo, abuso e dipendenza, contribuendo a superare lo stereotipo secondo cui le sostanze e le modalità di consumo sono tutte uguali ed egualmente dannose ma, nel contempo, ha alimentato una convinzione molto pericolosa: che si possa consumare sostanze (qualunque esse siano) senza correre alcun rischio. Tutto questo ha posto i servizi e gli operatori dei sistemi di intervento territoriali di fronte a nuove sfide e alla necessità di adeguare i propri interventi e i propri obiettivi a nuovi interlocutori e a nuove richieste, cercando, nel contempo, di non perdere di vista la propria specificità ed il rapporto continuativo con i consumatori "tradizionali". Gli interventi di bassa soglia e prossimità ai consumi/abusi permettono un aggancio ed un importante lavoro di monitoraggio delle sostanze circolanti e delle culture connesse a questi nuovi consumi con una possibilità di aggancio precoce al sistema di intervento se necessario.

La complessità dello scenario sommariamente descritto, in cui sono co-presenti vecchie e nuove droghe, vecchi e nuovi consumi, vecchi e nuovi consumatori, ha obbligato, a questo punto, a una ri-definizione dei concetti di riduzione del danno e di riduzione dei rischi (idealmente parti complementari di un continuum e non ambiti separati) ed un avvicinamento delle esperienze operative in corso.

Per poterlo fare è però necessario compiere un ulteriore passaggio e superare una dicotomia. Nonostante la similarità degli obiettivi (in primo luogo la tutela della salute delle persone che consumano sostanze) si regista però il permanere di una significativa distanza e talvolta confusione tra l'ambito della "riduzione del danno" (i suoi operatori, le sue esperienze, i target, soprattutto tossicodipendenti, di riferimento) e quello della "riduzione dei rischi" (spesso associato all'idea di prevenzione universale mentre indica solo contesti diversi, prioritariamente di divertimento e prestazionalità, ma rischi altrettanto gravi sulla qualità delle sostanze circolanti, sui rischi di incidentalità connessa all'uso ecc). Da un lato vengono enfatizzati gli aspetti della dipendenza, delle patologie correlate (HIV innanzitutto) e dell'esclusione sociale, dall'altro quelli della "normalità", della differenza dei target incontrati, delle sostanze consumate e degli stili di consumo (maggiormente occasionali).

Come sopra esplicitato gli stessi documenti della Strategia Europea utilizzano entrambi i termini per indicare le azioni volte ad evitare/contenere/ridurre le conseguenze derivanti dal consumo (occasionale o continuativo) di sostanze (legali ed illegali) con particolare attenzione ai temi della tutela e promozione della salute, del mantenimento e del miglioramento del livello di inclusione sociale e di soddisfazione dei bisogni di base delle persone che consumano sostanze. Sia gli interventi di rdd che quelli di rdr non sono finalizzati alla cessazione del comportamento di consumo, pur valorizzando l'orientamento alla cura anche per il suo valore protettivo. Sono entrambi finalizzati alla tutela della salute delle persone che consumano sostanze e a limitare la loro esclusione sociale.

Partendo dai presupposti su cui si basa la riduzione del rischio/riduzione del danno, ovvero:

- nonostante gli sforzi del sistema di repressione del traffico e degli interventi di prevenzione, le sostanze (legali ed illegali) sono disponibili ed alcune persone, per molteplici motivi, le usano spesso inconsapevoli degli enormi rischi o degli effettivi consumi agiti;
- nell'usare sostanze (legali ed illegali, occasionalmente o continuativamente), le persone corrono dei rischi e possono riportare dei danni (o causarne ad altri non più solo le infezioni o le over dose ma anche le varie incidentalità connesse o gli atteggiamenti pericolosi inconsapevoli);
- secondo le linee guida nazionali ed internazionali, i danni ed i rischi principali che si intendono ridurre o contenere sono costituiti da:
    - patologie infettive trasmesse per via iniettiva e sessuale
    - mortalità acuta (overdose, colpo di calore etc.) diretta o conseguente (es. incidenti stradali etc.)
    - eventi dannosi per la salute (aggressività etero ed auto diretta, conflittualità, esplosioni d'ira, disturbi fisici etc.)
    - esclusione sociale (dei consumatori)
- non tutte le persone che consumano sostanze stupefacenti (legali o illegali) vogliono o sono in condizione di cessare il proprio consumo
- non tutte le persone che consumano sostanze stupefacenti (legali o illegali) sono in condizione di accedere ad un trattamento (conoscenza, regole, vincoli etc.)
- le persone che consumano sostanze stupefacenti sono titolari di diritti (di tutela, di assistenza, di cittadinanza) e di doveri (di tutela e autotutela). Sono capaci di scelte e cambiamenti anche se persiste l'uso ed in assenza di richiesta di cura.

Si possono declinare le finalità degli interventi, che secondo linee guida internazionali e nazionali, devono essere atti a:

- facilitare il contatto tra consumatori di sostanze e sistema di intervento, "andando incontro" a queste persone nei loro luoghi di incontro aggregazione o divertimento (senza aspettare una eventuale richiesta di cura)
- migliorare conoscenze, competenze e comportamenti dei consumatori di sostanze attraverso azioni informative, formative, di disincentivazione e di orientamento
- aumentare e facilitare l'accesso a materiali di profilassi (siringhe, profilattici etc.) e farmaco salvavita, istruendo i consumatori ad un loro uso corretto
- migliorare la qualità di vita dei consumatori anche attraverso la connessione con i sistemi locali di intervento (sanitari, sociali e socio-assistenziali)
- facilitare l'accesso ai trattamenti.

Nello specifico le tipologie di servizi che attualmente sono presenti in Itala che rientrano prioritariamente nei criteri sopra esposti sono le seguenti:

- Unità mobile per le dipendenze: equipe mobile territoriale, anche con ausilio di veicolo (unità mobile), che in maniera attiva e continuativa contatta consumatori problematici e tossicodipendenti nei luoghi naturali di consumo (la piazza, la scena dello spaccio) svolgendo attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti (prioritariamente eroina, cocaina e alcool), mediante distribuzione di materiale di profilassi (es. siringhe, profilattici, narcan …) e/o attività e materiale di screening informazione e counseling;
- Unità mobile per Giovani: equipe mobile territoriale,anche con ausilio di veicolo (unità mobile) o spazi di prima accoglienza (stanze e spazi Chill out) che contatta in maniera attiva giovani consumatori/ abusatori di sostanze ed interviene in contesti del divertimento e del loisir (concerti, rave, grandi eventi, locali notturni, discoteche etc.), svolgendo attività volte ad aumentare la consapevolezza del rischio dovuto all'uso di varie sostanze spesso combinate tra loro, mediante attività di counseling ed informazioni sulle sostanze e la distribuzione di materiale di screening (etilometri, narcotest) e materiale di riduzione del danno (kit cocaina sniffo sicuro, profilattici, acqua, spazi chill out, distribuzione siringhe se utile).
- Drop incenter: centro Fisso a libero accesso da parte di consumatori problematici che svolge attività di riduzione del danno correlato all'uso di sostanze stupefacenti soprattutto alcool, cocaina ed eroina, mediante distribuzione di materiale di profilassi(es. siringhe, profilattici, narcan …) e/o materiale di screening nonchè materiali di prima necessità e /o orientamento alla rete delle offerte sociosanitarie (dormitori, SERT, pronto soccorso, mense ....).
- Centri di Prima Accoglienza: in alcuni contesti territoriali vengono inseriti nell'area della rdd anche i centri diurni e/o notturni a libero accesso da parte di consumatori problematici in cui è possibile avere un'accoglienza (talvolta anche con la fornitura di strumenti di profilassi e rdd specifica) e primo ristoro sia notturno che diurno (docce, cambio di abiti, pausa, the caldo o freddo, dormire, spazi di pausa dalla vita di strada). In altri territori questa tipologia di prima accoglienza è stata inserita in

maniera stabile nei servizi accreditati di cura e presa in carico per le tossicodipendenze secondo l'Atto di Intesa Stato/Regioni del 1999 sopra citato.

La metodologia e l'approccio di riduzione del danno e dei rischi connessi all'abuso e dipendenza da sostanze

psicoattive in Italia, pur dopo decenni di sperimentazione e validazioni scientifiche importanti, ha comunque provocato discussioni e dibattiti molto accesi di tipo scientifico ma anche puramente ideologici

ed etici. Nel rispetto delle posizioni, anche divergenti, è ormai necessario uno sforzo condiviso di superamento di tali ideologici preconcetti soprattutto alla luce del previsto inserimento di queste

pratiche nei prossimo documento sui Livelli Essenziali di Assistenza socio sanitari e quindi la scelta di andare verso la loro stabilizzazione e garanzia di sviluppo e presenza su tutto il territorio nazionale.

Servizi censiti

Mediante la tecnica snowball, il CNCA, assieme ad altri organismi del privato sociale attivi su questi temi (Forum Droghe, Itardd, Lila, Antigone e altre reti) ha lanciato una breve indagine on line. In sintesi, partendo dall'indirizzario di ciascuna rete, ciascun organismo contattato poteva rispondere ad un breve questionario on line (si veda allegato) e a sua volta invitare altri organismi da questo conosciuti a rispondere.

I risultati raccolti sono stati presentati e confrontati con il Gruppo Tecnico Interregionale Tossicodipendenze della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, che hanno effettuato una verifica dei dati raccolti e agito le opportune integrazioni e/o correzioni.

Alla data del 31 dicembre 2014, risultano attivi 185 servizi oggetto di indagine. Come riportato nella tabella seguente 2 regioni non hanno fornito alcun dato - quindi non è possibile rilevare se non esiste alcun servizio oppure se il dato non è rilevato - mentre altre 2 regioni, pur avendo fornito i dati, questi non riguardano strettamente i servizi oggetto di indagine. I servizi/progetti sono classificati secondo le 4 tipologie sopra definite (unità mobile per le dipendenze UTOX, unità mobile per i Giovani nei contesti del loisir UG, Drop in DI, Centri di Prima Accoglienza PA)

*1*Il Progetto Integrato di Riduzione del Danno,realizzato a Roma, è stato stimato evitare in 2 anni (1/8/1994-31/7/1996) non meno di 134 nuove infezioni da HIV, di cui il 34% tra eterosessuali non tossicodipendenti. Gli stessi ricercatori, che avevano valutato l'efficacia del programma, riportavano che l'effetto previsto di 10 anni di programma sarebbe stato l'evitamento di 1073 nuove infezioni, di cui il 50% tra eterosessuali non tossicodipendenti. Nel medesimo articolo i ricercatori sostenevano che da un rapporto costo/benefici i programmi di riduzione del danno rappresentano una modalità di impiego delle risorse efficiente. Si veda a questo proposito: Davoli et al, 1997, *Programma Integrato di Riduzione del danno nei tossicodipendenti a Roma*, Progetto Salute (13), 36.

Tabella 22: Servizi/progetti censiti per regione e P.A.

Regione	UTOX	UG	DI	PA	ALTRO	TOTALE	%
Abruzzo	0	0	0	0	1	**1**	**0,5**
Basilicata	0	0	0	0	0	**0**	**0,0**
Calabria	0	0	0	0	1	**1**	**0,5**
Campania	9	24	2	2	1	**38**	**20,5**
Emilia Romagna	2	10	3	0	2	**17**	**9,2**
Friuli Venezia Giulia	0	2	0	0	1	**3**	**1,6**
Lazio	12	5	6	3	3	**29**	**15,7**
Liguria	1	0	1	2	1	**5**	**2,7**
Lombardia	5	10	5	0	2	**22**	**11,9**
Marche	3	2	0	0	4	**9**	**4,9**
Molise	-	-	-	-	-	**0**	-
P.A. Bolzano	0	0	2	0	1	**3**	**1,6**
P.A. Trento	0	0	0	0	1	**1**	**0,5**
Piemonte	2	8	5	1	6	**22**	**11,9**
Puglia	0	0	1	0	1	**2**	**1,1**
Sardegna *	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia *	-	-	-	-	-	-	-
Toscana	5	5	2	1	6	**19**	**10,3**
Umbria	2	1	1	1	1	**6**	**3,2**
Val d'Aosta *	-	-	-	-	-	**0**	-
Veneto	2	2	1	1	1	**7**	**3,8**
TOTALE	**43**	**69**	**29**	**11**	**33**	**186**	**100,0**
%	**23,2**	**37,3**	**15,7**	**5,9**	**17,8**	**100,0**	

* dati non pervenuti

Figura 33: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di servizi/progetti censiti. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

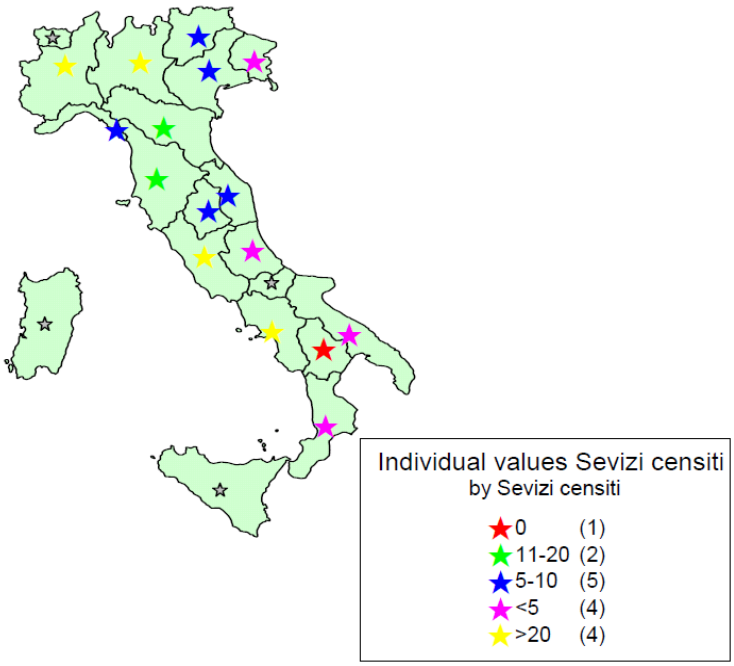


Figura 34: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Unità mobili per le tossicodipendenze. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

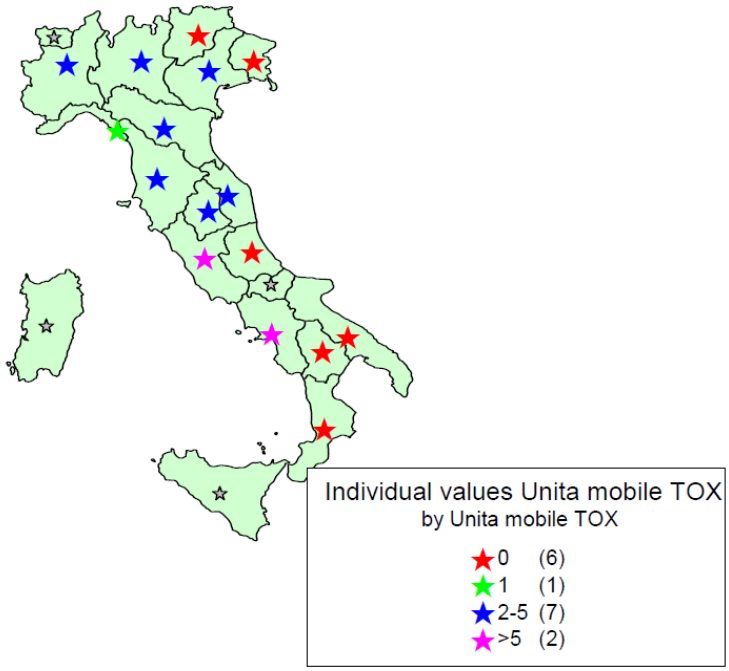


Figura 35: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Unità mobili per i Giovani nei contesti del loisir. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

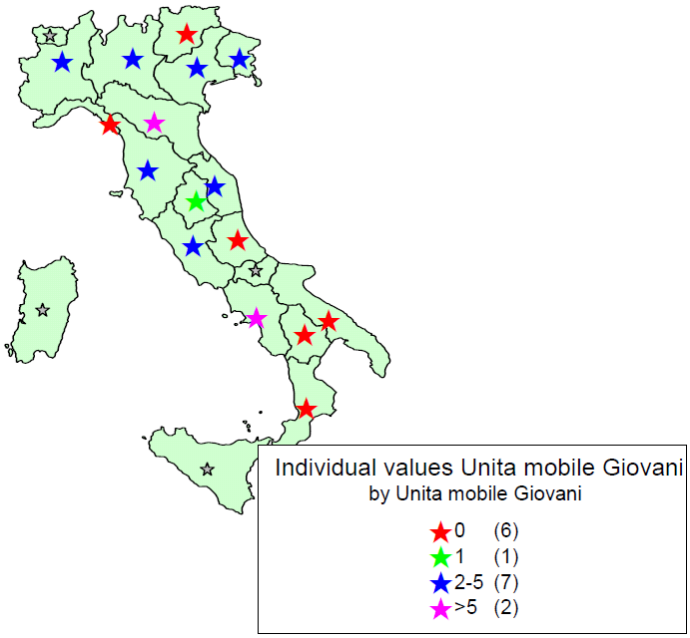


Figura 36: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di Drop in. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati

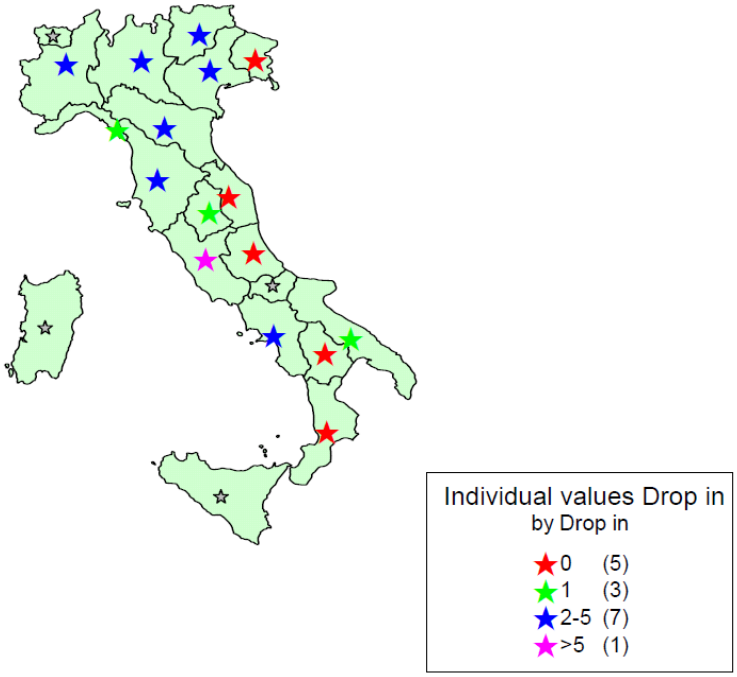
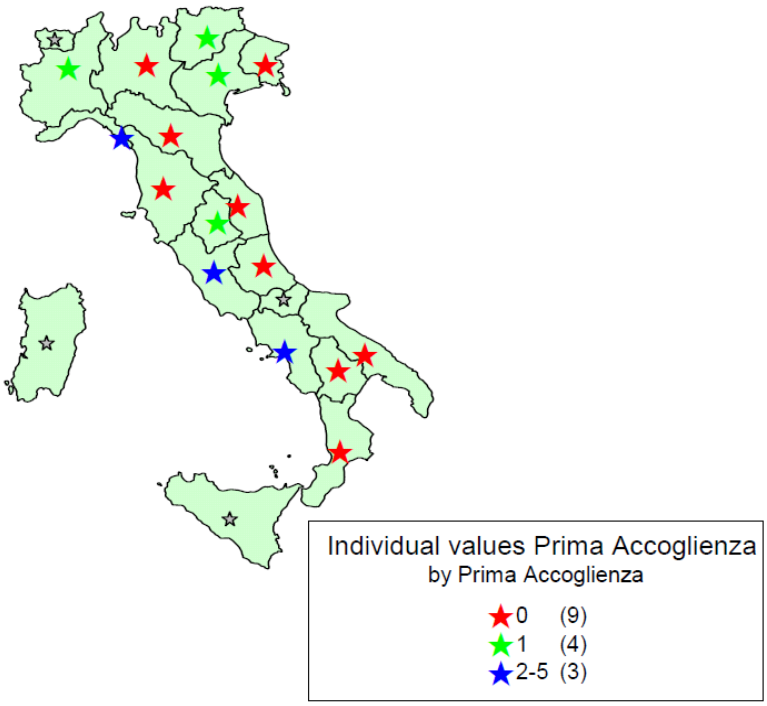


Figura 37: Distribuzione per regione per classi (individual values) di numerosità di servizi di Prima Accoglienza. In grigio le regioni per cui non si dispone dei dati



Per ciò che riguarda le fonti di finanziamento i progetti servizi risultano avere come principale fonte di finanziamento dei fondi regionali, seguiti dalle aziende sanitarie locali.

Tabella 23.

	Finanziamento			
Unità mobile TOX	ASL	Ente Locale	Regione	**Totale**
Campania	1		8	**9**
Emilia Romagna	1	1		**2**
Friuli Venezia Giulia				**0**
Lazio			12	**12**
Liguria			1	**1**
Lombardia			5	**5**
Marche			3	**3**

P.A. Bolzano				**0**
P.A. Trento				**0**
Piemonte	2			**2**
Puglia				**0**
Toscana	1		4	**5**
Umbria	2			**2**
Veneto		2		**2**
Totale	**7**	**3**	**33**	**43**
%	**16,3**	**7,0**	**76,7**	**100,0**

Tabella 24.

	Finanziamento					
UMG	autofinanz	ASL	Ente Locale	Regione	Stato	**TOT**
Campania		2		22		**24**
Emilia Romagna		8		2		**10**
Friuli Venezia Giulia				2		**2**
Lazio				5		**5**
Liguria						**0**
Lombardia		1		9		**10**
Marche				2		**2**
P.A. Bolzano						**0**
P.A. Trento						**0**
Piemonte	1	4	1	1	1	**8**
Puglia						**0**
Toscana		3		2		**5**
Umbria			1			**1**
Veneto	1		1			**2**
TOT	**2**	**18**	**3**	**45**	**1**	**69**
	2,9	**26,1**	**4,3**	**65,2**	**1,4**	**100,0**

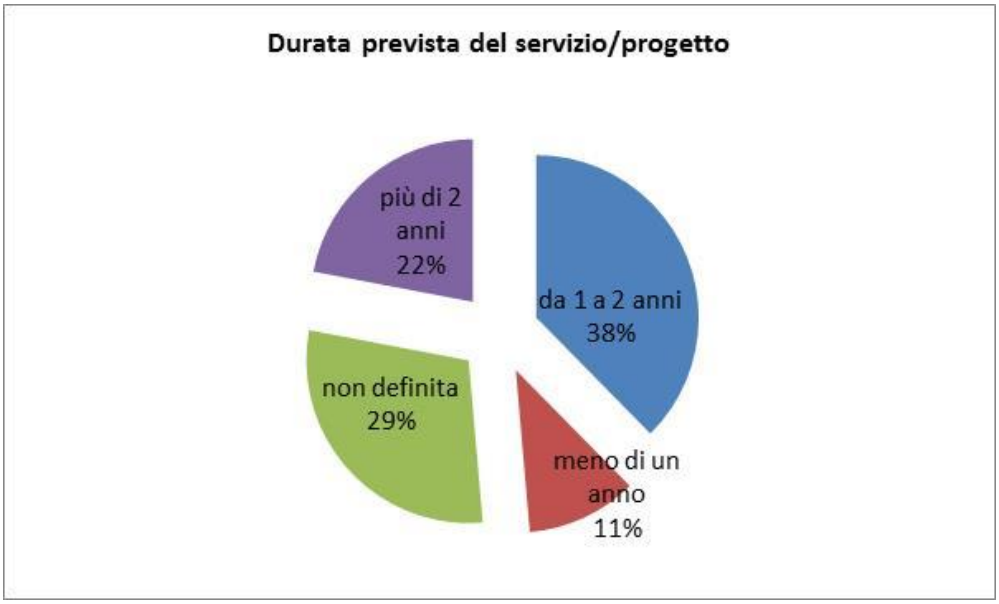
Tabella 25.

	Finanziamento				
DROP IN	autofinanz	ASL	Ente Locale	Regione	**TOT**
Campania				2	**2**
Emilia Romagna		3			**3**
Friuli Venezia Giulia					**0**
Lazio				6	**6**
Liguria				1	**1**
Lombardia				5	**5**
Marche					**0**
P.A. Bolzano			2		**2**
P.A. Trento					**0**
Piemonte	1	3		1	**5**
Puglia		1			**1**
Toscana		1		1	**2**
Umbria		1			**1**
Veneto			1		**1**
TOT	**1**	**9**	**3**	**16**	**29**
%	**3,4**	**31,0**	**10,3**	**55,2**	**100,0**

Su un campione di 115 servizi dei 189 che hanno risposto, sono state fornite ulteriori informazioni che ci permettono di comprendere meglio la riduzione del danno e la riduzione dei rischi in Italia.

Innanzitutto si tratta prevalentemente di progetti a carattere sperimentale e/o con finanziamenti di durata definita per il 59.1% dei casi. I restanti si definiscono servizi. Nel grafico vengono riportate le durate previste per fasce.

Figura 38: Distribuzione percentuale della durata prevista degli interventi (n=115)



Le prestazioni che risultano avere una frequenza maggiore al 75° percentile, e quindi trasversali a tutti i gli interventi, sono le seguenti:

- Ascolto, filtro e orientamento ad altre strutture
- Distribuzione materiale informativo ed Informazione su danni legati ad alcool, sostanze ed educazione sanitaria
- Counselling su alcool, sostanze ed MTS
- Distribuzione profilattici
- Invio servizi sanitari
- Invio servizi sociali

Per contro le prestazioni inferiori al 25° percentile sono

- Distribuzione kit per riduzione rischi sanitari nell'assunzione di cocaina
- Corsi di peersupport
- Test rapidi per HIV
- Mediazione linguistica
- Somministrazione narcotest

Rispetto alle tipologie di servizi sono state rilevate le prestazioni erogate più significative. Le unità mobili rivolte ai giovani, si distinguono per il volume di attività relativo alle informazioni sulle malattie a trasmissione sessuale, per la distribuzione di etilometri, atti a far conoscere i rischi di un eccessivo consumo di alcol, nonché per gli invii a servizi sanitari. Le unità mobili rivolte a persone tossicodipendenti sono invece caratterizzate dalla distribuzione di materiale di profilassi (siringhe, narcan, acqua distillata, profilattici).

I drop in, essendo anche numericamente meno consistenti, tuttavia svolgono prevalentemente attività simili alle unità mobili per tossicodipendenti, con un maggior impiego di prestazioni di counselling e supporto psicologico.

Figura 39: Distribuzione percentuale di informazione su MST per le 4 tipologie di servizi (n=115)

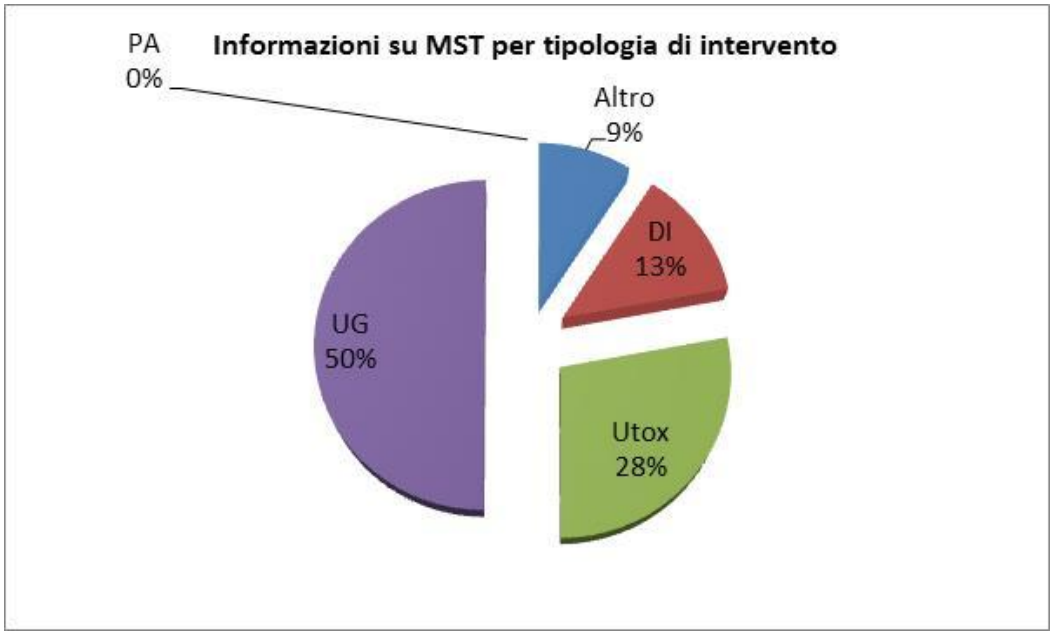


Figura 40: Distribuzione percentuale di fornitura di siringhe sterili per le 4 tipologie di servizi (n=115)

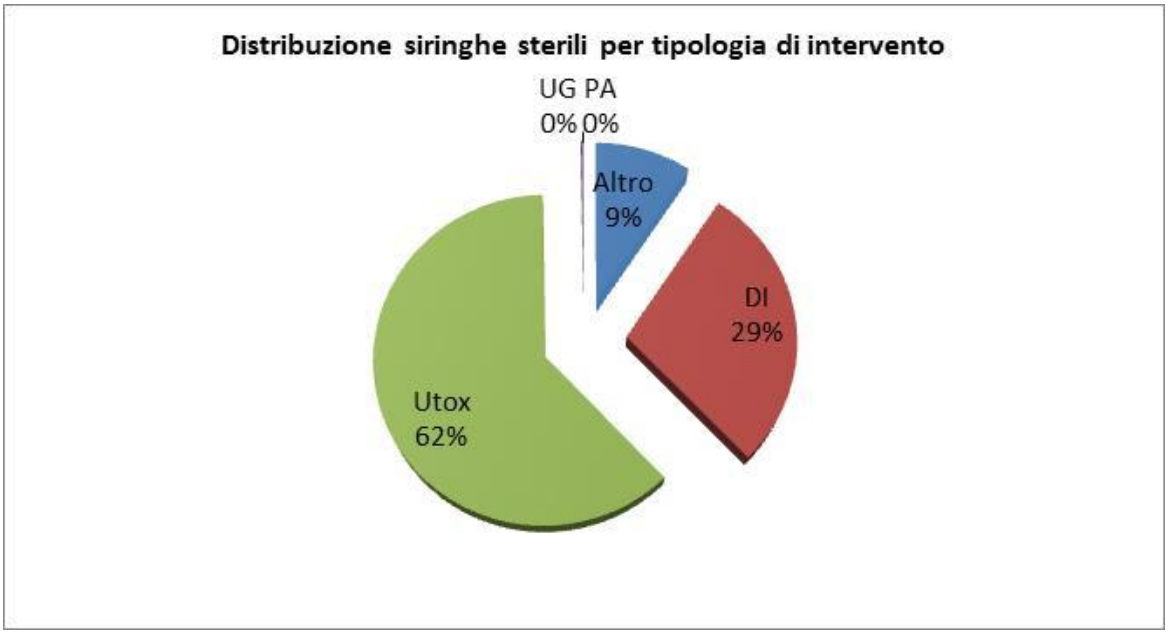


Figura 41: Distribuzione percentuale di fornitura di condom per le 4 tipologie di servizi (n=115)

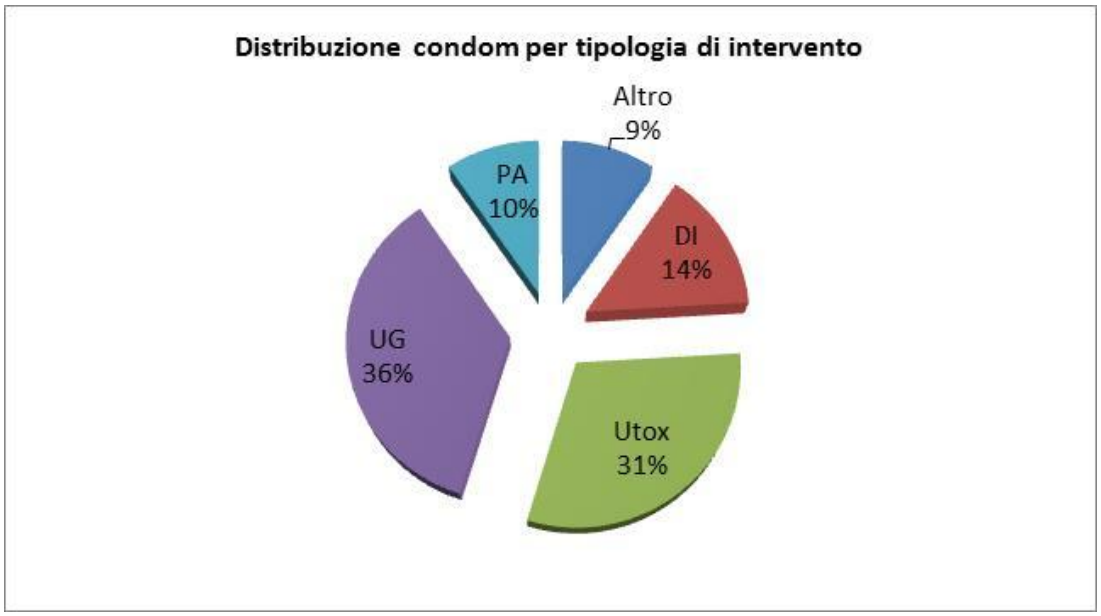


Figura 42: Distribuzione percentuale di fornitura di etilometri per le 4 tipologie di servizi (n=115)

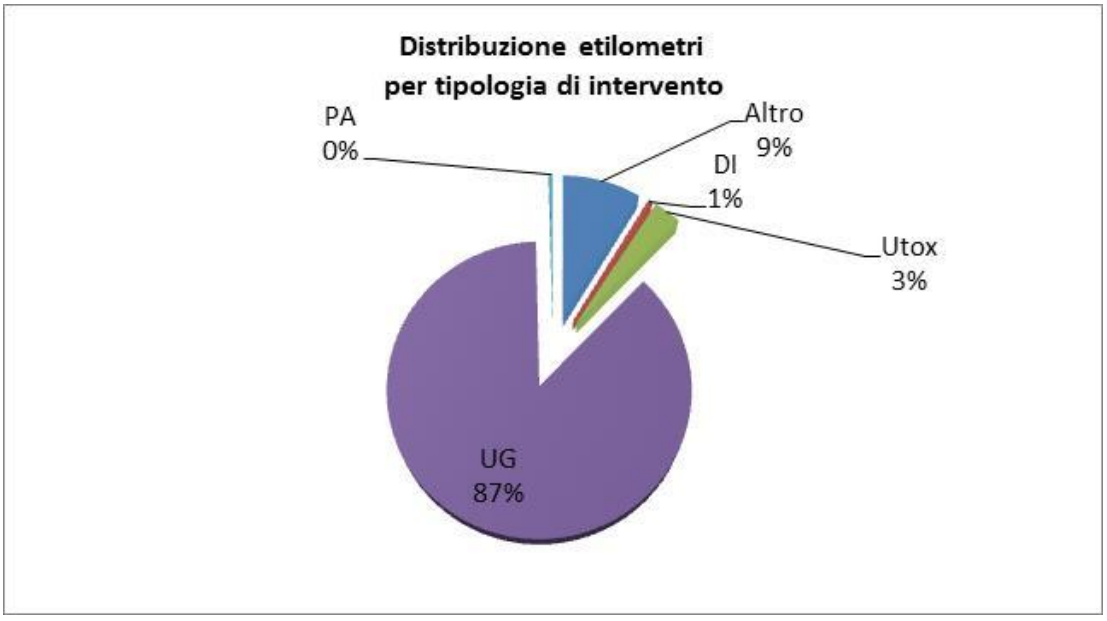
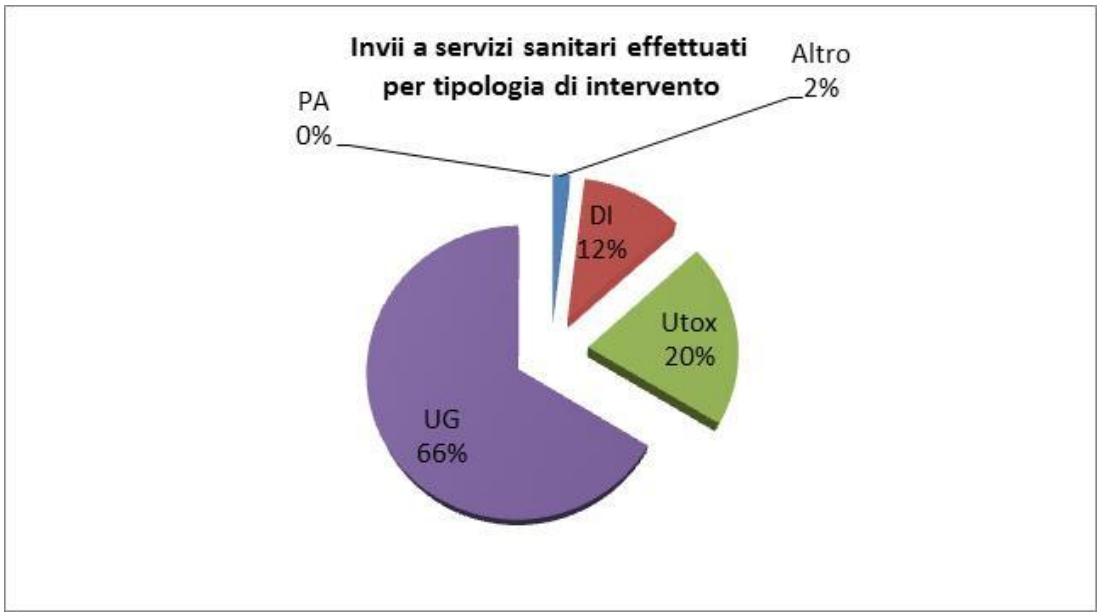


Figura 43: Distribuzione percentuale di invio a servizi sanitari per le 4 tipologie di servizi (n=115)



Il questionario ha previsto, oltre ai dati sulle prestazioni erogate, una raccolta di dati sull'utenza. Tutti i rispondenti dispongono dei dati relativi ai "Contatti", ovvero le presenze, intendendo l'insieme globale degli accessi al servizi, a prescindere se fossero sempre le stesse persone o meno. Il 70% dei rispondenti ha fornito anche il dato relativo alle singole persone. Il nostro campione ha registrato oltre 600.000 contatti in un anno e circa 58000 le singole persone contattate, con un rapporto di circa 1:10. Selezionando il 70% del campione che ha fornito sia i dati sulle presenze che quelle su singoli individui, il rapporto scende a 1: 8,5.

1.9 Percorsi trattamentali ed esiti

Progetto NET OUTCOME: costruzione di una rete italiana permanente per il monitoraggio dei trattamenti e valutazione dell'outcome in relazione alle prestazioni ricevute – Risultati 2015 su base dati 2014.

Unità operative partecipanti

Le unità operative partecipanti sono i seguenti Dipartimenti delle Dipendenze: *Brescia, Bergamo, Como, Lodi, Vallecamonica-Sebino, Varese, Pordenone, Genova, Savona, Macerata, Foligno, Perugia, Terni, Enna, Messina, Palermo, Ragusa, Chioggia, Dolo/Mirano, Este, Legnago-Zevio, Rovigo, Treviso, Verona.*

Introduzione

Negli ultimi anni l'attenzione alla qualità e all'efficacia dei trattamenti farmacologici adottati dai professionisti che si occupano di soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti è aumentata considerevolmente, in particolar modo tra le organizzazioni cliniche e le strutture amministrative. Il

Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) ha pertanto avviato nel tempo due progetti denominati "Outcome 2010-2012" e "NET OUTCOME 2012-2014", al fine di creare un network di unità operative per favorire lo sviluppo, il monitoraggio e la diffusione della valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici erogati dalle strutture socio-sanitarie ad utenti che fanno uso di sostanza stupefacenti.

Al fine di agevolare la rilevazione di tali dati presso le unità operative che utilizzano la piattaforma MFP, è stato realizzato ed implementato un applicativo informatico, denominato "Outcome Extractor", integrato nella reportistica web standard, per l'estrazione automatica dei dati anagrafici e clinici di ogni singolo utente, garantendo necessariamente l'anonimato. Mediante tale estrattore è possibile ottenere informazioni per singolo soggetto (analogamente al flusso informativo SIND) relative al trattamento, alle prestazioni e alle caratteristiche socio anagrafiche, permettendo un controllo di qualità del dato maggiore rispetto all'estrattore di dati aggregati usato in passato.

Al fine di poter valutare al meglio l'efficacia dei trattamenti farmacologici erogati, gli utenti sono stati suddivisi in tre categorie, secondo l'indicatore "giorni liberi da sostanze", inteso come numero totale di giorni con morfinurie negative rapportato ai giorni totali di trattamento. In particolare, i giorni di terapia con morfinurie negative vengono calcolati considerando negativi tutti i giorni compresi tra due controlli negativi, e conteggiando la metà dei giorni quando uno di due controlli adiacenti è positivo.

Il criterio utilizzato permette di stratificare gli utenti in tre classi: "soggetti responder", ossia quelli con una percentuale di giorni liberi da droghe superiore al 60%, "soggetti low responder" con una percentuale compresa tra il 30% ed il 60%, ed infine i "soggetti no responder" con meno del 30% di giorni liberi dall'uso di droghe (Tabella 26).

Tabella 26: Stratificazione dell'utenza secondo il grado di risposta al trattamento farmacologico

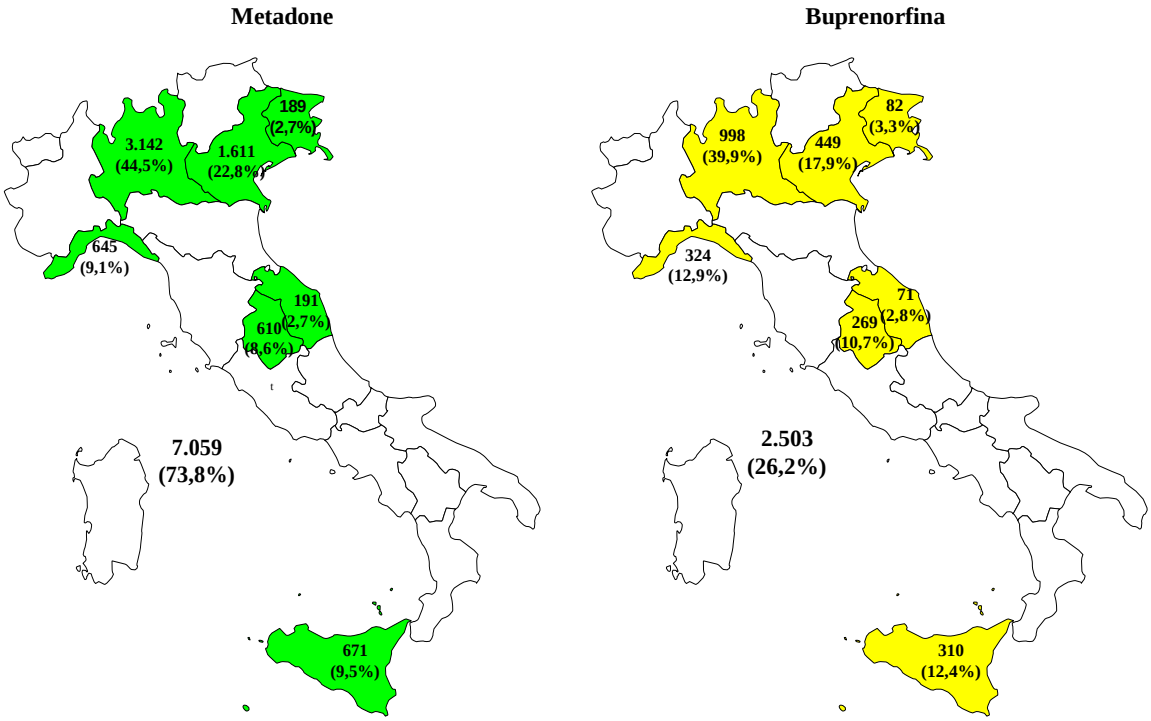
	No Responder	**Low Responder**	**Responder**
Percentuale di giorni liberi dall'uso di droghe	< 30%	30-60%	> 60%

Fonte: Progetto Net Outcome

Risultati Anno 2014

Nel complesso sono stati campionati 9.562 utenti in carico presso le strutture sanitarie per almeno trenta giorni, di cui 7.059 in trattamento con metadone e 2.503 in terapia con buprenorfina (Figura 44).

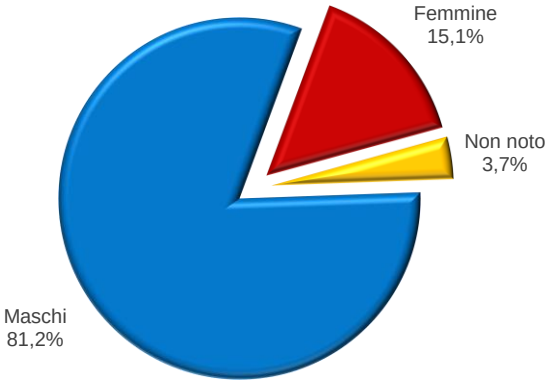
Figura 44: Percentuale e numero di utenti per tipo di trattamento farmacologico e per Regione. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

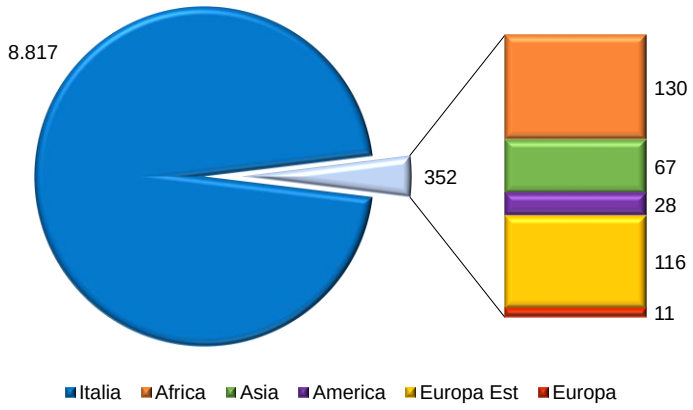
L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche degli utenti mostrano in maggioranza soggetti di sesso maschile (7.761, 81,2%) e di nazionalità italiana (8.817, 92,2%), con una certa differenza per il genere se si considera il tipo di trattamento farmacologico (Tabella 27). Riguardo gli stranieri, il gruppo più cospicuo è rappresentato da cittadini africani, seguito dagli utenti provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est (Figura 46).

Figura 45: Percentuale di utenti in trattamento farmacologico secondo il genere. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 46: Utenti in trattamento farmacologico secondo la provenienza geografica. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 27: Soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per sesso e cittadinanza. Anno 2014

	Buprenorfina		**Metadone**		**Totale**	
Sesso	**N**	**%$_C$**	**N**	**%$_C$**	**N**	**%$_C$**
Maschi	2.105	84,1	5.656	80,1	7.761	81,2
Femmine	296	11,8	1.149	16,3	1.445	15,1
Non noto	102	4,1	254	3,6	356	3,7
Totale (%$_R$)	2.503	26,2	7.059	73,8	9.562	100,0
Cittadinanza						
Italiani	2.320	92,7	6.497	92,0	8.817	92,2
Stranieri	68	2,7	284	4,0	352	3,7
Non noto	-	-	2	0,1	2	0,0
Non Applicabile*	115	4,6	276	3,9	391	4,1
Totale (%$_R$)	2.503	26,2	7.059	73,8	9.562	100,0

** Informazione non rilevata in quanto gli utenti hanno richiesto l'anonimato.*

Fonte: Progetto Net Outcome

La distribuzione percentuale dell'utenza per stato d'occupazione evidenzia una prevalenza di utenti in trattamento farmacologico professionalmente attiva (60,1%), mentre il 36,2% dichiara di essere disoccupato o economicamente non attivo (Tabella 28). Dall'analisi del livello di istruzione si nota, invece, come la maggior parte degli utenti possiede un grado di istruzione basso con una percentuale pari al 74,1% di soggetti in possesso di un diploma di licenza media inferiore e solo l'1,5% della laurea. Sia rispetto al titolo di studio sia rispetto all'occupazione si osservano alcune differenze, i soggetti in trattamento con buprenorfina hanno un livello d'istruzione più alto e tendenzialmente più occupati. Infine, per quanto riguarda la condizione abitativa degli utenti considerati, la maggior parte di questi vive con i genitori (45,0%) o con il partner e gli eventuali figli (30,6%). Rispetti agli indicatori scelti nelle tabelle sono stati osservati i soggetti per i quali il dato era disponibile.

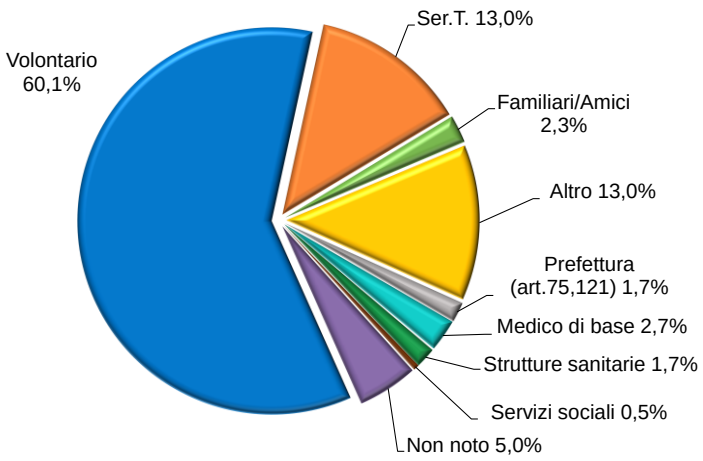
Tabella 28: Distribuzione dei soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per titolo di studio, occupazione e convivenza. Anno 2014

	Buprenorfina		Metadone		Totale	
Titolo di studio	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Livello basso (1)	1.566	69,9	4.762	75,5	6.328	74,1
Livello medio (2)	625	27,9	1.461	23,2	2.086	24,4
Livello alto (3)	50	2,2	81	1,3	131	1,5
Totale (%R)	2.241	26,2	6.304	73,8	8.545	100,0
Occupazione						
Occupato	1.417	64,1	3.723	58,7	5.140	60,1
Disoccupato	703	31,8	2.398	37,8	3.101	36,2
Altro (studente, casalingo/a, altro)	92	4,2	222	3,5	314	3,7
Totale (%R)	2.212	25,9	6.343	74,1	8.555	100,0
Convivenza						
Da solo/da solo con figli	274	14,5	889	16,6	1.163	16,0
Con i genitori	906	48,1	2.358	43,9	3.264	45,0
Con partner/con partner e figli	582	30,9	1.635	30,4	2.217	30,6
Con amici/altro	122	6,5	489	9,1	611	8,4
Totale (%R)	1.884	26,0	5.371	74,0	7.255	100,0

(1) livello di istruzione nullo, licenza elementare, licenza media inferiore
(2) diploma di qualifica professionale e diploma di media superiore
(3) laurea e laurea magistrale
Fonte: Progetto Net Outcome

Per quanto riguarda l'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze (Figura 47), essa avviene con diverse modalità, sebbene la percentuale più elevata si riscontri in corrispondenza dell'accesso volontario (60,1%), seguito, con valori nettamente inferiori, da invio da altri Ser.T. (13,0%), dal medico di base (2,7%) e dalla famiglia o dagli amici (2,3%).

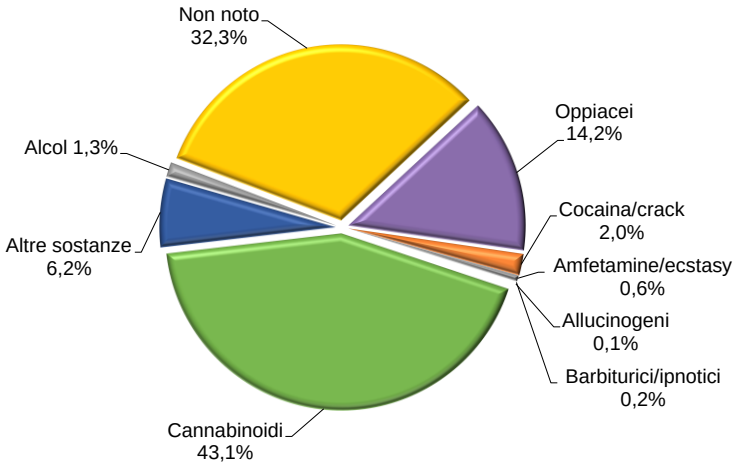
Figura 47: Percentuale di soggetti in trattamento secondo il canale di invio. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

L'analisi secondo la sostanza psicotropa utilizzata per la prima volta (Figura 48) mostra una percentuale molto elevata di consumatori di cannabis (43,1%), seguita da altre sostanze (6,2%) e, purtroppo, anche da una percentuale piuttosto elevata in corrispondenza della modalità "non noto" (32,3%). Coloro che, invece, hanno indicato gli oppiacei come sostanza d'abuso iniziale rappresentano il 14,2% del campione analizzato.

Figura 48: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza di primo uso. Anno 2014

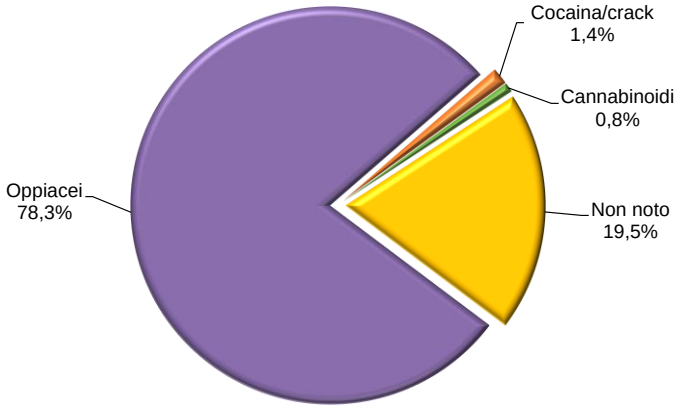


Fonte: Progetto Net Outcome

Riguardo invece l'osservazione della sostanza d'abuso primaria, ossia quella per la quale gli utenti sono in carico ai Ser.T. ed in trattamento farmacologico, emerge che il 78,3% dei soggetti ha dichiarato di consumare oppiacei. Nel 19,5% dei casi l'informazione sulla sostanza d'abuso primaria non è nota (

Figura **49**).

Figura 49: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza primaria. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

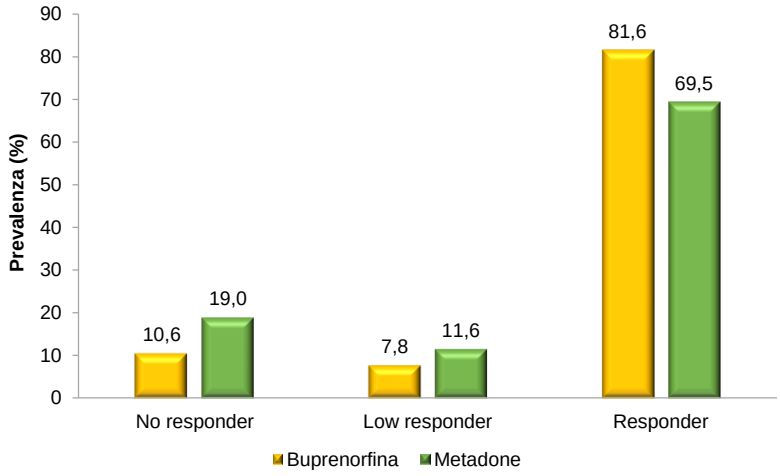
Concentrando l'analisi sui trattamenti farmacologici la maggior parte dei soggetti sembra rispondere alla terapia, rispettivamente il 69,5% per il metadone e l'81,6% per la buprenorfina (Tabella 29 e Figura 50). In generale, non si rilevano grosse differenze tra maschi e femmine nei due tipi di trattamento farmacologico, mostrando una netta maggioranza di utenti di genere maschile per entrambe le terapie erogate. Al fine di condurre analisi approfondite sull'esito dei trattamenti farmacologici, sia dal punto di vista della qualità delle informazioni ricavate sia dal punto di vista delle analisi statistiche, è stato definito un tracciato record per singolo utente da implementare nei sistemi informativi delle unità operative.

Tabella 29: Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso e tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder		**Low Responder**		**Responder**		**Totale**	
Metadone	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Maschi	1.079	80,6	663	81,3	3.914	79,8	5.656	80,1
Femmine	216	16,1	125	15,3	808	16,5	1.149	16,3
Non noto	43	3,2	28	3,4	183	3,7	254	3,6
Totale ($\%_R$)	**1.338**	**19,0**	**816**	**11,6**	**4.905**	**69,5**	**7.059**	**100,0**
Buprenorfina								
Maschi	212	80,0	163	83,6	1.730	84,7	2.105	84,1
Femmine	35	13,2	19	9,7	242	11,8	296	11,8
Non noto	18	6,8	13	6,7	71	3,5	102	4,1
Totale ($\%_R$)	**265**	**10,6**	**195**	**7,8**	**2.043**	**81,6**	**2.503**	**100,0**
Totale								
Maschi	1.291	80,5	826	81,7	5.644	81,2	7.761	81,2
Femmine	251	15,7	144	14,2	1.050	15,1	1.445	15,1
Non noto	61	3,8	41	4,1	254	3,7	356	3,7
Totale ($\%_R$)	**1.603**	**16,8**	**1.011**	**10,6**	**6.948**	**72,7**	**9.562**	**100,0**

Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 50: Percentuale di soggetti per tipo di trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento. Anno 2014



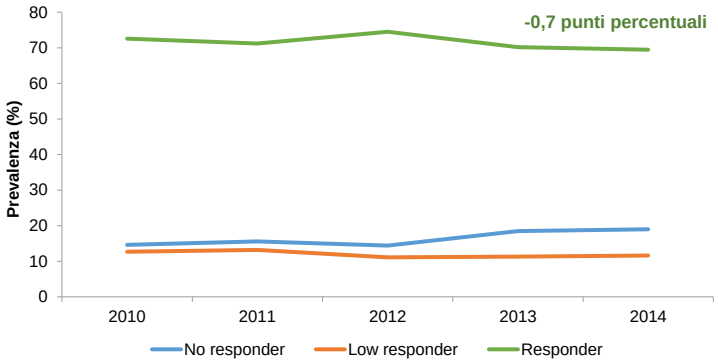
Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 30: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Diff. delle % 2013/2014
No Responder	14,6	15,6	14,4	18,5	19,0	0,5
Low Responder	12,7	13,2	11,1	11,3	11,6	0,3
Responder	72,6	71,2	74,5	70,2	69,5	-0,7

Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 51: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014



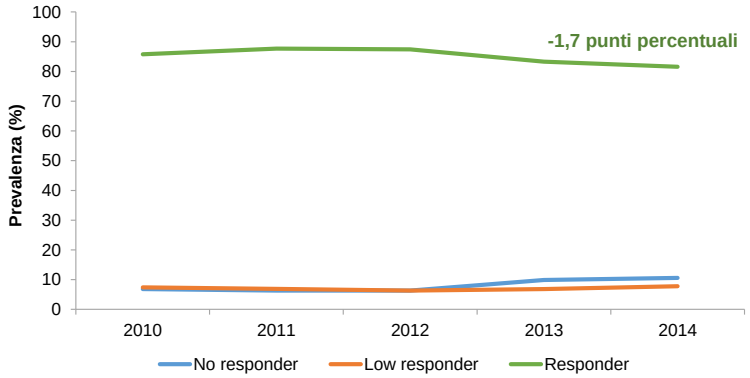
Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 31: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Diff. delle % 2013/2014
No Responder	6,8	6,3	6,3	9,9	10,6	0,7
Low Responder	7,4	6,9	6,3	6,8	7,8	1,0
Responder	85,8	87,7	87,4	83,3	81,6	-1,7

Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 52: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014



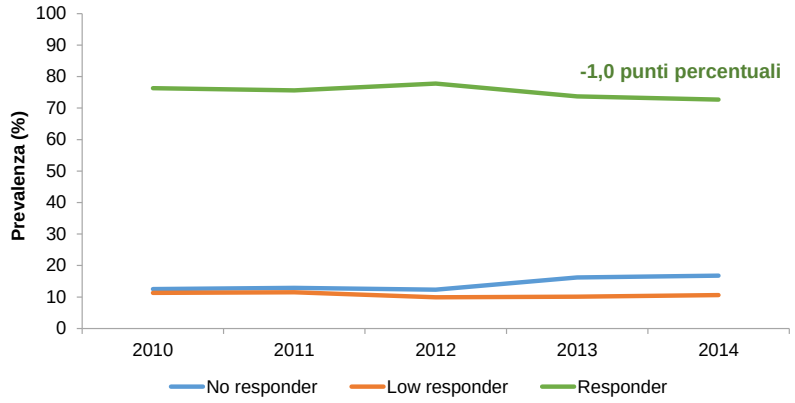
Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 32: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anni 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014	Diff. delle % 2013/2014
No Responder	12,5	12,9	12,3	16,2	16,8	0,6
Low Responder	11,3	11,5	9,9	10,1	10,6	0,5
Responder	76,3	75,6	77,8	73,7	72,7	-1,0

Fonte: Progetto Net Outcome

Figura 53: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** e **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

L'età media per tipologia di trattamento farmacologico risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti con buprenorfina, anche se non in modo considerevole (Tabella 33). I soggetti con età media più "elevata" (41,3 anni per il metadone e 39,6 anni per la buprenorfina) sono coloro che rispondono positivamente alla terapia con entrambi i trattamenti farmacologici.

Per tutti i gruppi di soggetti analizzati, l'età media tende ad aumentare rispetto alla rilevazione degli anni precedenti.

Tabella 33: Età media dei soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder	Low Responder	Responder
Metadone			
Età media	38,5	38,4	41,3
Min	17,0	18,0	16,0
Max	67,0	65,0	71,0
Dev. STD	9,5	9,8	9,3
Buprenorfina			
Età media	34,5	36,2	39,6
Min	19,0	18,0	18,0
Max	59,0	55,0	74,0
Dev. STD	8,9	9,2	9,5

Fonte: Progetto Net Outcome

Riguardo gli esami effettuati per la ricerca di oppiacei nelle urine, dalla Tabella 9 si nota che, complessivamente, le unità operative nel 2014 hanno effettuato più di un esame ogni due settimane. Le Aziende Sanitarie più attive in tal senso sono quelle della regione Friuli Venezia Giulia,

Umbria, Veneto e Lombardia. Effettuando un confronto rispetto al tipo di trattamento farmacologico non emergono differenze significative.

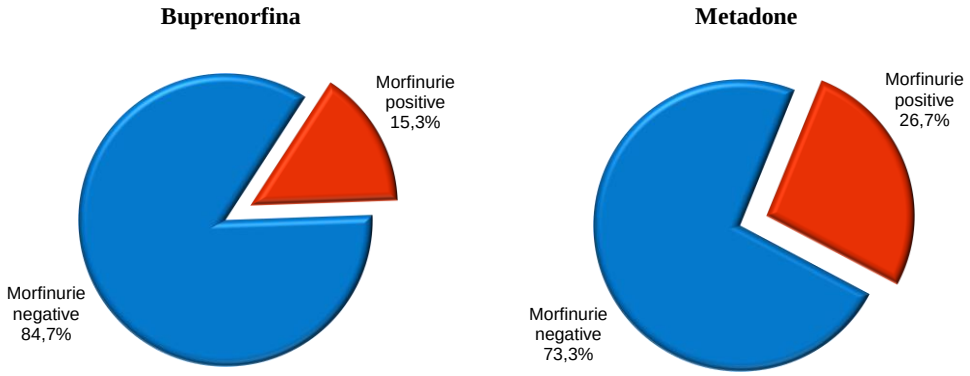
Tabella 34: Media dei controlli urinari per Regione e terapia farmacologica. Anno 2014

Regione	Metadone	Buprenorfina	Totale
Friuli Venezia Giulia	0,93	0,83	0,86
Liguria	0,43	0,37	0,39
Lombardia	0,64	0,66	0,65
Marche	0,56	0,56	0,56
Sicilia	0,48	0,45	0,46
Umbria	1,07	0,74	0,86
Veneto	0,77	0,79	0,79
Totale	**0,68**	**0,66**	**0,66**

Fonte: Progetto Net Outcome

Confrontando le percentuali di giorni con morfinurie negative per tipologia di trattamento farmacologico nell'intero campione, sembra che gli utenti in terapia con buprenorfina rispondano più positivamente rispetto ai soggetti in terapia con metadone, infatti l'84,7% dei giorni di trattamento con buprenorfina risulta libero da droghe, contro il 73,3% degli utenti in terapia con metadone (Figura 54).

Figura 54: Percentuale di giorni con morfinurie negative e positive, per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 35: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2014

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*[2]	Adh Tratt %*[3]
	N	gg	gg	mg	gg	%*[1]	gg	%	%	%
Buprenorfina	2.503	605.643	242	7,4	512.771	**84,7**	92.872	15,3	83,5	69,9
Metadone	7.059	1.830.500	259	50,3	1.342.444	**73,3**	488.056	26,7	83,6	73,3
Totale	9.562	2.436.143	255	-	1.855.215	**76,2**	580.928	23,8	83,5	72,4

*[1] percentuale sul totale dei giorni di terapia

*[2] valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*[3] valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Net Outcome

Nel complesso, gli utenti che sembrano non rispondere alla terapia farmacologica sono 1.603, pari al 16,8% del campione, con una durata media del trattamento compreso tra 197 giorni per la buprenorfina e 244 giorni per il metadone (Tabella 36). La dose media giornaliera di metadone utilizzata da questi individui è di 52,8 mg, mentre per la buprenorfina è di 8,0 mg. Per gli utenti "no responder", la percentuale di giorni liberi da droghe è complessivamente pari al 8,3%, rispettivamente il 9,4% per la buprenorfina e l'8,2% per il metadone. I soggetti "no responder" mantengono un'aderenza ai controlli elevata, e un altrettanto buona aderenza al trattamento (rispettivamente il 76,9% e il 71,2%).

Tabella 36: Soggetti No Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2014

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*[2]	Adh Tratt %*[3]
	N	gg	gg	mg	gg	%*[1]	gg	%	%	%
Buprenorfina	265	52.127	197	8,0	4.889	**9,4**	47.238	90,6	76,1	66,4
Metadone	1.338	326.307	244	52,8	26.708	**8,2**	299.599	91,8	77,1	72,1
Totale	1.603	378.434	236	-	31.597	**8,3**	346.837	91,7	76,9	71,2

*[1] percentuale sul totale dei giorni di terapia

*[2] valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*[3] valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Net Outcome

Gli utenti classificati come "low responder" sono 1.011, pari al 10,6% del campione analizzato, con una durata media del trattamento variabile tra 215 giorni per la buprenorfina e 237 giorni per il metadone (Tabella 37). La dose media giornaliera di metadone erogata è pari a 48,1 mg, mentre per

la buprenorfina è di 8,2 mg, il dosaggio del metadone risulta inferiore rispetto ai valori riscontrati per gli utenti "no responder". La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 46,0%, rispettivamente il 46,3% per la buprenorfina e il 45,9% per il metadone. In linea con quanto osservato per gli utenti "no responder" i livelli di aderenza ai controlli sono elevati, così come l'aderenza al trattamento (rispettivamente il 79,9% e il 71,3%).

Tabella 37: Soggetti Low Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2014

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*[2]	Adh Tratt %*[3]
	N	gg	gg	mg	gg	%*[1]	gg	%	%	%
Buprenorfina	195	41.987	215	8,2	19.459	**46,3**	22.528	53,7	79,7	70,2
Metadone	816	193.206	237	48,1	88.740	**45,9**	104.467	54,1	79,6	71,6
Totale	1.011	235.193	233	-	108.199	**46,0**	126.995	54,0	79,6	71,3

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia

*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Net Outcome

Infine, il gruppo degli utenti che rispondono alla terapia farmacologica sono in totale 6.948, il 72,7% del campione indagato, 2.043 in trattamento con buprenorfina e 4.905 soggetti con metadone (Tabella 38). La durata media del trattamento varia tra 250 giorni per la buprenorfina e 267 giorni per il metadone. La dose media giornaliera utilizzata dai soggetti "responder" è di 7,3 mg per la buprenorfina e di 50,1 mg per il metadone. La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 94,1%, con una percentuale più elevata in corrispondenza degli utenti in terapia farmacologica con buprenorfina (95,5%). I valori medi percentuali dell'aderenza ai controlli e dell'aderenza al trattamento tendono ad aumentare ulteriormente per i soggetti "responder" (rispettivamente l'85,6% e il 72,9%).

Tabella 38: Soggetti Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2014

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*[2]	Adh Tratt %*[3]
	N	gg	gg	mg	gg	%*[1]	gg	%	%	%
Buprenorfina	2.043	511.529	250	7,3	488.423	**95,5**	23.106	4,5	84,8	70,4
Metadone	4.905	1.310.987	267	50,1	1.226.997	**93,6**	83.991	6,4	86,0	73,9
Totale	6.948	1.822.516	262	-	1.715.420	**94,1**	107.097	5,9	85,6	72,9

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia

*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati

*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

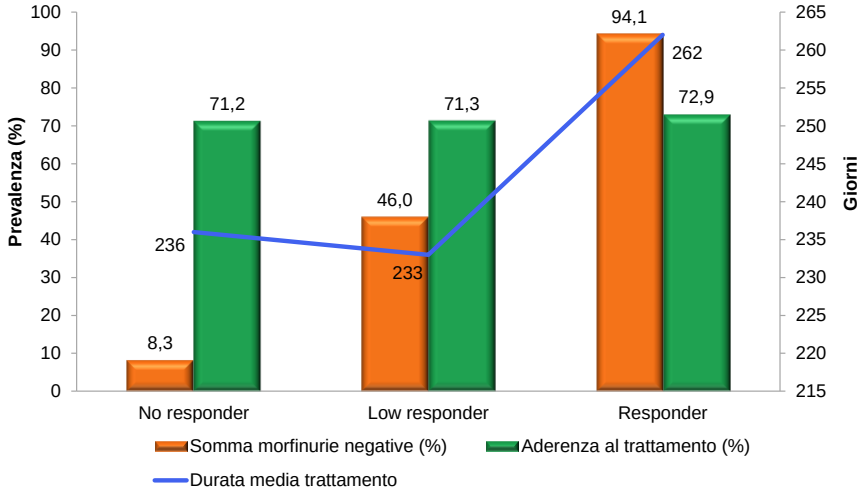
Fonte: Progetto Net Outcome

Confrontando i risultati ottenuti per tipologia di risposta al trattamento (

Figura 55), è possibile osservare che il valore medio percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolata come rapporto tra le somministrazioni di farmaco erogato e quelle prescritte, aumenta lievemente passando dal 71,2% dei soggetti "no responder" al 72,9% dei "responder". Praticamente nulla la differenza tra "no responder" e "low responder".

Considerando, la durata media di trattamento farmacologico, non sembra esserci una sostanziale differenza tra coloro che non rispondono alla terapia e i soggetti "low responder" (rispettivamente 236 e 233 giorni). Lo stesso discorso non vale per gli utenti che rispondono positivamente al trattamento, per i quali è stata riscontrata una durata media pari a 262 giorni.

Figura 55: Durata media del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Di particolare interesse risulta l'analisi del campione nel suo complesso, senza tener conto, quindi, della stratificazione per tipo di risposta al trattamento.

Nel complesso, sono stati coinvolti 24 Dipartimenti per le Dipendenze appartenenti a sette regioni d'Italia (Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Sicilia).

Osservando i risultati ottenuti, sembra non esserci differenza tra le durate medie di trattamento nelle due tipologie di oppiacei erogati (circa 8 mesi ciascuno). Inoltre, in accordo con quanto descritto in precedenza, la dose media giornaliera di buprenorfina utilizzata è pari a 7,4 mg, mentre per il metadone è 50,3 mg (Tabella 39).

Tabella 39: Durata media dei trattamenti e dose media giornaliera erogata per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2014

	Unità operative	Sogg.	Media	SD	Mediana	Range
Durata media Trattamenti giorni						
Buprenorfina	24	2.503	242,0	110,4	283,0	29 - 365
Metadone	24	7.059	259,3	105,9	310,0	29 - 365
Dose media Giornaliera mg						
Buprenorfina	24	2.503	7,4	5,4	6,0	0,5 - 32,0
Metadone	24	7.059	50,3	30,2	45,5	1,0 - 150,0

Fonte: Progetto Net Outcome

Al fine di comprendere quali altre sostanze psicotrope vengono consumate dagli utenti in trattamento farmacologico, per i pazienti che presentano morfinurie negative per eroina, è stata esaminata la positività per uso di altre sostanze (Tabella 40). In particolare, la cannabis è la sostanza stupefacente più comunemente utilizzata in astinenza da eroina per entrambi i tipi di trattamento farmacologico, con una percentuale complessiva di urine positive del 26,1%. Anche la cocaina e l'alcol sembrano essere abbastanza utilizzate tra gli utenti in terapia farmacologica per dipendenza da eroina (rispettivamente 15,3% e 9,4%).

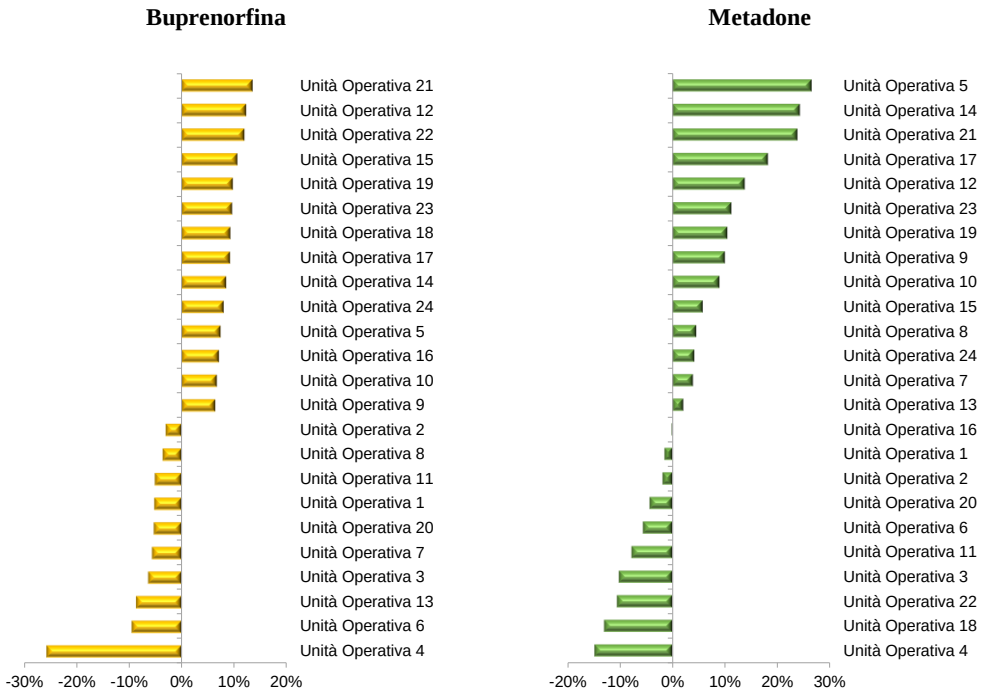
Tabella 40: Percentuale di morfinurie positive per altre sostanze psicotrope tra i soggetti con morfinurie negative per uso di eroina, per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2014

Terapia	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcol
Buprenorfina	12,60	25,85	1,24	1,28	7,42
Metadone	16,35	26,20	1,56	0,81	9,93
Totale	15,38	26,11	1,49	0,96	9,40

Fonte: Progetto Net Outcome

Dato l'ampio numero di unità operative coinvolte nello studio, l'entità dello scostamento percentuale dei giorni di astensione dall'uso di eroina dal valore medio complessivo, per tipologia di trattamento farmacologico, è stato valutato raggruppando gli utenti secondo le 24 Aziende Sanitarie Locali (ASL) di pertinenza (Figura 56). Confrontando le due tipologie di terapia si osserva che la percentuale di giorni con morfinurie negative dei soggetti in terapia con buprenorfina si discosta meno dal dato medio dell'intero campione (84,7%) rispetto agli utenti in terapia farmacologica con metadone (73,3%), a conferma di quanto emerso negli studi precedenti.

Figura 56: Scostamento percentuale delle morfinurie negative dal valore medio del campione per ASL e per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2014



Fonte: Progetto Net Outcome

Rispetto alla dose media giornaliera di terapia farmacologica somministrata i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (Tabella 41), il cui confronto non evidenzia differenze sensibili per l'esito della terapia (% giorni di astensione) in relazione alla quantità di farmaco somministrato.

Tabella 41: Dose media di farmaco e percentuale di giorni di astensione dall'uso di eroina, per tipologia di trattamento. Anno 2014

	Sogg.	Dose media Giornaliera	Giorni di astensione
Metadone	**N**	**mg**	**%**
Dose < 50 mg/die	3.710	28,12	74,81
Dose ≥ 50 mg/die	3.349	76,36	71,84
Totale	7.059	50,34	73,34
Buprenorfina			
Dose < 8 mg/die	1.523	4,08	86,14
Dose ≥ 8 mg/die	980	12,62	82,32
Totale	2.503	7,42	84,67

Fonte: Progetto Net Outcome

Di particolare interesse ai fini dello studio risulta l'analisi della densità prestazionale media ricevuta dal singolo paziente in relazione al tipo di risposta al trattamento. La densità prestazionale media/giornaliera per soggetto si ottiene rapportando le prestazioni erogate nell'anno di riferimento agli anni persona riferiti all'utenza assistita dell'unità operativa nell'anno di riferimento (sommatoria dei tempi di assistenza erogata per singolo utente).

Complessivamente non si osservano sensibili differenze tra il numero medio di prestazioni giornaliere dei soggetti in terapia con metadone o buprenorfina (Tabella 42). Tuttavia, fatta eccezione degli utenti "Low-responder", la densità media prestazionale propende lievemente per gli utenti in trattamento con metadone

Tabella 42: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di terapia e per risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Buprenorfina	1,22	1,32	1,17	**1,23**
Metadone	1,24	1,25	1,32	**1,31**

Fonte: Progetto Net Outcome

Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alle prestazioni erogate secondo il trattamento farmacologico e la risposta al trattamento, sia in termini assoluti sia come densità prestazionale media.

Tabella 43: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	**No Responder**		**Low Responder**		**Responder**		**Totale**	
Metadone	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Attività telefonica	2.771	1,1	2.473	1,7	13.353	1,5	18.597	1,4
Relazioni, prescrizioni	43.328	17,9	28.510	19,3	183.330	20,1	255.168	19,6
Attività di accompagnamento	94	0,0	133	0,1	1.199	0,1	1.426	0,1
Visite	3.288	1,4	2.767	1,9	14.732	1,6	20.787	1,6
Colloqui	8.142	3,4	6.298	4,3	42.441	4,6	56.881	4,4
Esami e procedure cliniche	26.136	10,8	16.237	11,0	115.640	12,6	158.013	12,1
Somministrazione farmaci	144.028	59,6	81.529	55,1	472.336	51,7	697.893	53,5
Psicoterapia individuale	328	0,1	306	0,2	2.687	0,3	3.321	0,3
Psicoterapia coppia-famiglia	63	0,0	23	0,0	287	0,0	373	0,0
Interventi educativi	202	0,1	26	0,0	1.255	0,1	1.483	0,1
Test psicologici	4.173	1,7	2.050	1,4	19.593	2,1	25.816	2,0
Attività supporto generale	1.942	0,8	1.768	1,2	15.018	1,6	18.728	1,4
Revisione programma	5.383	2,2	4.473	3,0	22.149	2,4	32.005	2,5
Prestazioni alberghiere	1.812	0,7	1.374	0,9	10.263	1,1	13.449	1,0
Prestazioni straordinarie	0	0,0	1	0,0	7	0,0	8	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	22	0,0	22	0,0
Totale	241.690	100,0	147.968	100,0	914.312	100,0	1.303.970	100,0
Totale soggetti ($\%_R$)	1.338	19,0	816	11,6	4.905	69,5	7.059	100,0
Totale giorni di trattamento	326.307	243,9	193.206	236,8	1.310.987	267,3	1.830.500	259,3
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,24		1,25		1,32		1,31	

Fonte: Progetto Net Outcome

Per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, gli utenti ricevono in percentuale maggiore le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci”. Inoltre, è interessante osservare come i soggetti che rispondono ad entrambi i trattamenti sono sottoposti a terapia farmacologica per un periodo di tempo più lungo rispetto alle altre due categorie di utenti.

Tabella 44: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2014

Terapia	**No Responder**		**Low Responder**		**Responder**		**Totale**	
Buprenorfina	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Attività telefonica	560	1,3	468	1,5	3.689	1,2	4.717	1,2
Relazioni, prescrizioni	9.546	22,7	6.817	21,4	66.980	21,3	83.343	21,5
Attività di accompagnamento	9	0,0	16	0,1	147	0,0	172	0,0
Visite	836	2,0	723	2,3	5.638	1,8	7.197	1,9
Colloqui	2.249	5,4	1.591	5,0	16.568	5,3	20.408	5,3
Esami e procedure cliniche	5.047	12,0	3.956	12,4	46.010	14,6	55.013	14,2
Somministrazione farmaci	20.565	49,0	15.235	47,9	149.931	47,6	185.731	47,8
Psicoterapia individuale	144	0,3	134	0,4	1.227	0,4	1.505	0,4
Psicoterapia coppia-famiglia	16	0,0	5	0,0	59	0,0	80	0,0
Interventi educativi	5	0,0	9	0,0	1.330	0,4	1.344	0,3
Test psicologici	920	2,2	1.020	3,2	7.101	2,3	9.041	2,3
Attività supporto generale	204	0,5	331	1,0	5.790	1,8	6.325	1,6
Revisione programma	1.381	3,3	953	3,0	6.884	2,2	9.218	2,4
Prestazioni alberghiere	513	1,2	566	1,8	3.285	1,0	4.364	1,1
Prestazioni straordinarie	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	15	0,0	15	0,0
Totale	41.995	100,0	31.824	100,0	314.656	100,0	388.475	100,0
Totale soggetti (%R)	265	10,6	195	7,8	2.043	81,6	2.503	100,0
Totale giorni di trattamento	52.127	196,7	41.987	215,3	511.529	250,4	605.643	242,0
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,22		1,32		1,17		1,23	

Fonte: Progetto Net Outcome

Osservando, inoltre, la densità prestazionale media giornaliera per soggetto, per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, sembra che i pazienti ricevano maggiormente le prestazioni “relazioni, prescrizioni” e “somministrazione di farmaci”, come già osservato nelle precedenti tabelle relative alla percentuale di prestazioni eseguite.

Tabella 45: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,03	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,13	0,15	0,14	0,14
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,02	0,02
Visite	0,02	0,02	0,02	0,02
Colloqui	0,03	0,04	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,08	0,09	0,09	0,09
Somministrazione farmaci	0,45	0,43	0,37	0,39
Psicoterapia individuale	0,02	0,02	0,03	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,02	0,02	0,02	0,02
Interventi educativi	0,06	0,02	0,07	0,06
Test psicologici	0,11	0,09	0,14	0,13
Attività supporto generale	0,05	0,06	0,06	0,06
Revisione programma	0,05	0,05	0,05	0,05
Prestazioni alberghiere	0,19	0,21	0,23	0,22
Prestazioni straordinarie	0,00	0,01	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,01	0,01
Totale	**1,24**	**1,25**	**1,32**	**1,31**

Fonte: Progetto Net Outcome

Tabella 46: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2014

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,18	0,16	0,13	0,14
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,01	0,01
Visite	0,02	0,02	0,02	0,02
Colloqui	0,05	0,05	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,10	0,10	0,09	0,10
Somministrazione farmaci	0,41	0,37	0,30	0,31
Psicoterapia individuale	0,03	0,02	0,02	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,02	0,01	0,01	0,02
Interventi educativi	0,02	0,10	0,12	0,12
Test psicologici	0,08	0,14	0,12	0,12
Attività supporto generale	0,04	0,05	0,05	0,05
Revisione programma	0,06	0,05	0,04	0,04

Prestazioni alberghiere	0,18	0,22	0,19	0,20
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,01	0,01
Totale	**1,22**	**1,32**	**1,17**	**1,23**

Fonte: Progetto Net Outcome

L’analisi qui presentata costituisce uno stato di avanzamento rispetto alle precedenti analisi (Relazioni Parlamento dal 2009 al 2014). Le esperienze precedenti ci hanno permesso di sviluppare un software che, seppur ancora perfettibile, aumenta notevolmente la qualità delle informazioni per la valutazione degli esiti nei pazienti in terapia farmacologica. Si può affermare che l’obiettivo di creare un network di unità operative in grado di rilevare nel tempo e, in modo non particolarmente oneroso, un monitoraggio degli esiti dei trattamenti è stato raggiunto. Un punto di forza della presente indagine è che i risultati sono basati sugli esami dei controlli urinari e non sul “riferito” o riportato dagli utenti, riducendo di molto quindi distorsioni legate all’affidabilità del dato. Il sistema, tuttavia, presenta ancora margini di miglioramento, in particolar modo nell'ambito della qualità delle informazioni raccolte, processo quest'ultimo lungo e costante nel tempo. A tal fine di fondamentale importanza risulta il coinvolgimento degli operatori dei servizi non solo nell'ambito della raccolta delle informazioni, ma anche nella restituzione di questi importanti ed oggettivi risultati che contestualizzano l'attività degli operatori e soprattutto evidenziano la qualità e l'impegno quotidiano degli stessi che si traducono nei risultati molto positivi evidenziati nel tempo da questo studio multicentrico.

Bibliografia

Ministero della Sanità (2009) Linee Guida sulla riduzione del danno, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, anno XXIII, n.3

Camposeragna A, De Facci R, (2009)"Servizi di bassa soglia Progetto di ricerca azione e implementazione di modelli innovativi su: tossicodipendenze,servizi di bassa soglia e accesso al sistema dei servizi" Report della ricerca svolta in collaborazione con la Provincia di Milano, su finanziamento del Ministero della solidarietà sociale

EMCDDA (2010) Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Emcdda monograph, disponibile su: http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction

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

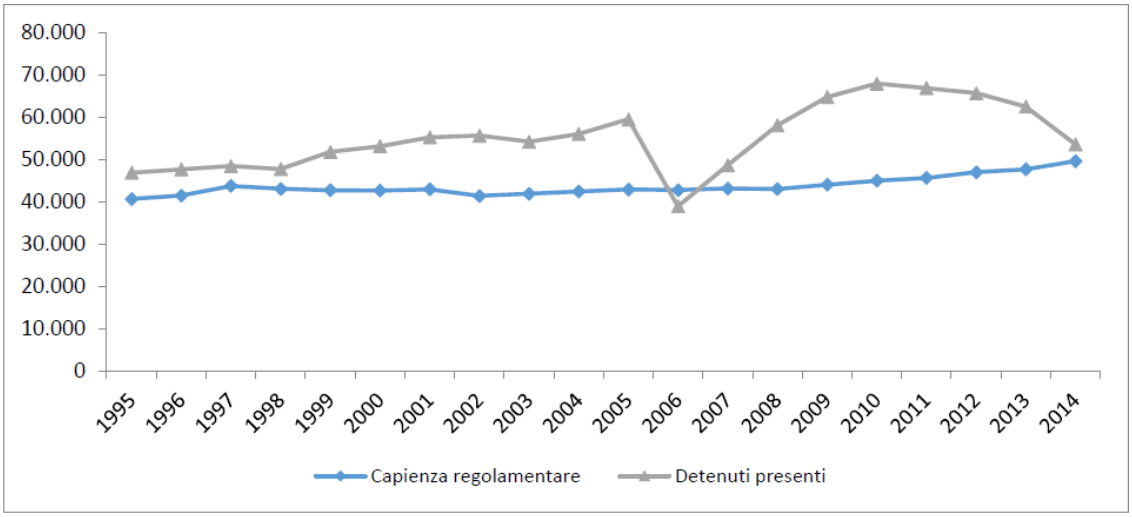
Nella Figura 57 vengono riportati i dati sui detenuti presenti alla fine di ciascun anno e sugli ingressi dalla libertà nel periodo. Dall'esame dei dati risultano evidenti gli effetti del provvedimento di indulto, approvato nel 2006 a causa dell'accrescimento del tasso di sovraffollamento (pari a 139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

Il grafico seguente (Figura 58) mostra come il calo del numero di detenuti avvenuto nel 2006 abbia riportato il tasso di sovraffollamento al di sotto del valore 100, ma successivamente la popolazione detenuta è di nuovo aumentata, e il tasso ha raggiunto nel 2010 il valore di 151 detenuti ogni 100 posti regolamentari.

Figura 58: Capienza istituti e detenuti presenti a fine anno - Anni 1995-2014.



Dal 2010 sono stati approvati diversi provvedimenti cosiddetti "svuotacarcere" e alla fine del 2014 il numero di detenuti presenti è diminuito del 21% rispetto al valore assunto in tale anno. Le misure hanno riguardato il contenimento delle detenzioni brevi, l'introduzione dell'esecuzione della pena presso il domicilio e della liberazione anticipata speciale, la possibilità di ottenere un risarcimento per condizioni di detenzione degradanti e modiche alla procedura di applicazione della custodia cautelare in carcere.

Inoltre è in atto un processo di trasformazione degli Ospedali psichiatrici giudiziari (strutture giudiziarie) in Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (strutture sanitarie), che ha determinato un calo del 39% nel numero di sottoposti a misure di sicurezza dal 2010 al 2014.

I detenuti stranieri, attualmente pari al 33% della popolazione detenuta, sono diminuiti del 30% dal 2010 al 2014, a causa delle modifiche della normativa sulle espulsioni e delle politiche attuate di concerto con gli altri Paesi europei ed extraeuropei per l'esecuzione della pena nel paese di origine.

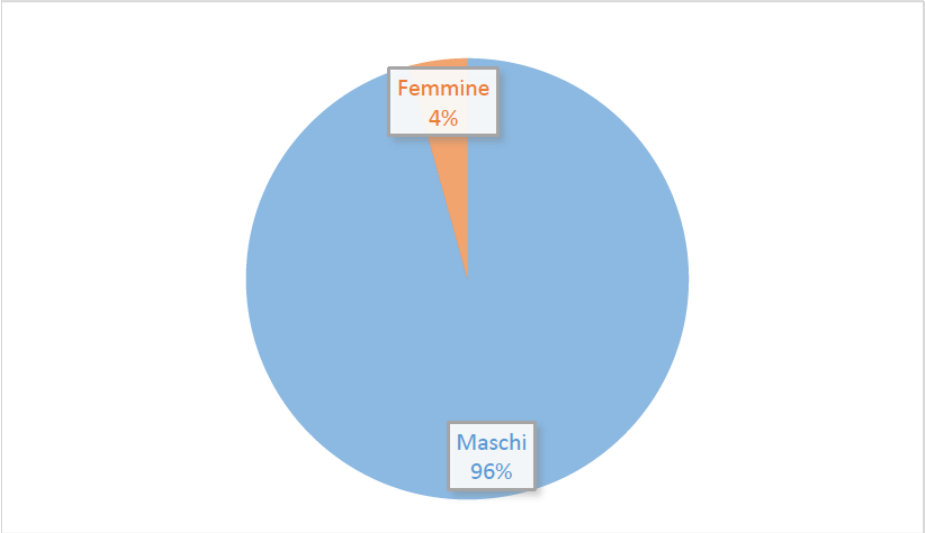
2.1.2 Composizione della popolazione detenuta

Il 63% dei detenuti presenti negli Istituti penitenziari italiani ha subito una condanna definitiva, mentre i condannati in primo e secondo grado rappresentano il 17% del totale dei detenuti e i soggetti in attesa di primo giudizio il 18%; i sottoposti a misura di sicurezza costituiscono solo il 2%. Al 31 dicembre 2014 il 22% dei condannati presenti negli Istituti penitenziari deve scontare complessivamente una pena inferiore a tre anni, il 21% da tre a cinque anni, il 29% da cinque a dieci anni; solo il 28% ha una pena superiore a dieci anni. La pena residua è nel 23% dei casi inferiore ad

un anno, nel 50% tra due e cinque anni, nel 27% superiore a cinque anni.

L'età mediana della popolazione detenuta è compresa nella classe da 35 a 39 anni: per gli stranieri si colloca nella fascia da 30 a 34 anni, mentre per gli italiani è compresa tra 40 e 44 anni. La popolazione detenuta al 31 dicembre 2014 è per lo più composta da uomini (96%) e le donne costituiscono solo il 4% (Figura 59).

Figura 59: Detenuti presenti al 31/12/2014, distinti per sesso.



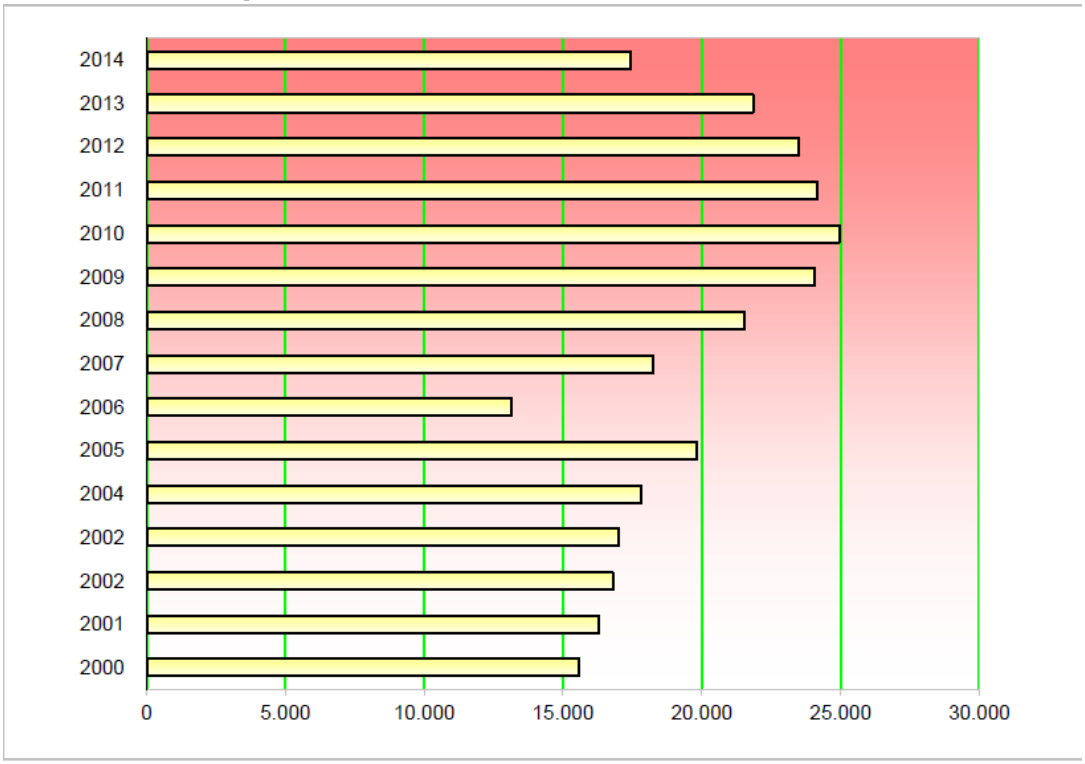
2.1.3 I detenuti stranieri

Il 33% dei detenuti presenti al 31 dicembre 2014 è di nazionalità straniera: si tratta di detenuti provenienti dai Paesi del Nord Africa e dell'Europa dell'Est. Provengono dall'Africa il 45% dei detenuti stranieri, dall'Europa il 42%. I principali Paesi per numero di detenuti presenti sono il Marocco, la Romania, l'Albania e la Tunisia, ai quali corrisponde complessivamente il 58% del totale.

I detenuti stranieri fin dai primi anni del 2000 sono in costante aumento, ad eccezione del periodo post indulto (Figura 60): si registra una diminuzione a partire dal 2011, ma solo nel 2014 risulta più marcata (con un calo del 20% rispetto all'anno precedente). Gli ingressi dalla libertà di detenuti stranieri hanno subito nell'arco di pochi anni una riduzione del 48%, passando dal massimo valore della serie (43.860), osservato nel 2007, al valore relativo al 2014 (22.747). Nel 2014 gli ingressi di detenuti stranieri sono diminuiti del 12% rispetto all'anno precedente.

L'aumento dei detenuti stranieri negli anni successivi al 2000 potrebbe essere imputato in parte alla introduzione delle norme sulla violazione dell'ordine di espulsione (in particolare l'articolo 14 del TU n. 286/98, introdotto dalla Legge n. 189 del 2002) per la quale era prevista la reclusione. L'articolo citato è stato modificato nel 2011, sostituendo la reclusione con la multa.

Figura 60: Detenuti stranieri presenti a fine anno – Anni 2000 - 2014



2.1.4 Il fenomeno della tossicodipendenza in carcere

Per rilevare i dati sulla salute dei detenuti è necessario innanzitutto stabilire di chi sia la titolarità dell'indagine. Occorre trovare un equilibrio tra le esigenze di tutela della salute e della riservatezza delle informazioni ad essa relative e le disposizioni sulla esecuzione della pena. Inoltre nessuno dei due ambiti relativi alla salute dei detenuti può prescindere da informazioni derivanti dall'altro: ad esempio è limitativo rilevare esclusivamente dati sanitari, senza acquisire informazioni di tipo giuridico.

Il problema della titolarità dell'indagine sul fenomeno della tossicodipendenza è sorto successivamente al passaggio della sanità penitenziaria al Sistema sanitario regionale e non è stato ancora risolto. Attualmente, in attesa dell'adeguamento previsto dalla normativa e dalla Conferenza Stato-Regioni, la rilevazione dei dati in forma aggregata presso i singoli Istituti penitenziari continua ad essere condotta dal Dap. E' previsto che venga sostituita dal monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati di pertinenza del Sis, Sistema informativo sanitario, indagine non ancora a regime.

La rilevazione del Dap è stata istituita allo scopo di monitorare gli effetti del DPR n. 309/90, ed ha subito una profonda trasformazione dopo il 2008 (anno in cui è avvenuto il transito della sanità penitenziaria). Fino al 2008 venivano rilevate, oltre al numero di tossicodipendenti, informazioni sulle sostanze assunte, sull'eventuale trattamento metadonico, sull'infezione da HIV, sugli screening e le misure adottate, sull'alcooldipendenza. Successivamente, in previsione di una sostituzione con il monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati, la richiesta di informazioni è stata ridimensionata, limitando l'indagine al numero di detenuti tossicodipendenti, distinti per sesso e nazionalità (presenza a fine periodo e nuovi giunti nel periodo). In questo modo, pur non rilevando

dati di tipo strettamente sanitario, è stato possibile per l'Amministrazione penitenziaria, incaricata della custodia e del trattamento dei detenuti, conoscere l'ammontare del fenomeno, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

In origine la rilevazione curata dal Dap consentiva di stabilire la relazione esistente tra stato di tossicodipendenza e violazione della normativa sugli stupefacenti. Con il transito della sanità penitenziaria al Sistema sanitario regionale di fatto non è stato più possibile analizzare il fenomeno nella sua interezza. Basterebbe in realtà acquisire nel Sistema informatico Siap-Afis lo stato di tossicodipendenza: in tal modo si potrebbero estrarre, per ogni singolo detenuto con problemi droga-correlati, le informazioni demografiche, giudiziarie e trattamentali che il sistema contiene. Prima del 2008 ci sono state numerose iniziative del Dap per la gestione informatica dei dati sanitari, che prevedevano la compilazione di cartelle cliniche informatizzate e di schede tossicologiche, con informazioni molto dettagliate sul singolo individuo. Successivamente tali progetti sono stati abbandonati, essendo la competenza sui dati sanitari in ambito penitenziario di fatto transitata al SSR. La percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti in carcere è pari al 22% (al 31 dicembre 2014):

per la precisione si tratta dei detenuti con problemi droga-correlati, da non confondere con i detenuti con una diagnosi di dipendenza, il cui ammontare risulta inferiore. Gli ingressi di tossicodipendenti rappresentano il 23% del totale degli ingressi nell'anno 2014. Il numero di detenuti con problemi droga-correlati presenti è attualmente pari a 13.205, mentre gli ingressi nell'anno sono pari a 13.810. Il numero di tossicodipendenti presenti è in calo dall'anno 2010, rispetto al quale è diminuito del 19%; ancora più cospicua risulta la diminuzione, per gli stessi anni considerati, del numero di entrati dalla libertà tossicodipendenti (-42%). In Appendice vengono riportati i risultati dell'ultima indagine svolta, relativa al secondo semestre 2014. La rilevazione presenta una buona copertura, in quanto solo due Istituti penitenziari, rispetto ai 202 complessivi, non ha partecipato all'indagine.

2.1.5 Effetti delle nuove norme sugli stupefacenti sul numero dei detenuti

Nella Figura 61 viene riportato l'andamento dei detenuti presenti con ascritti reati di cui agli articoli 73 e 74 del DPR n. 309/90, rispettivamente produzione, spaccio e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti e associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti. Dalla serie riportata si evince che il totale dei detenuti con ascritti i reati suddetti, comprensivo anche dei casi di contestazione contemporanea delle due fattispecie, risulta in aumento a partire dall'anno iniziale (il 2006) fino al 2010, per poi diminuire fino a raggiungere l'attuale quota (18.844). Nel 2014 si assiste al calo più evidente: il numero complessivo di detenuti con ascritti i reati di cui agli articoli 73 e 74 risulta inferiore del 22% rispetto al valore relativo all'anno precedente: per quanto riguarda

invece i soli condannati definitivi la diminuzione è di poco inferiore, pari al 19%. In aumento, a partire dall'anno 2008 risulta invece la quota di condannati sul totale, attualmente pari al 68%.

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, sopratutto 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 carcerepuò evitare il crearsi di quelle condizioni favorenti la disomogeneità dei percorsi clinici, la mancata integrazione delle cure ei 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'equipe 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 caricoche 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 condiczione 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 famigliare, 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 ch 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 imputs 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 ella 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 tossicomaniche 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

attori	***provvedimenti***
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.

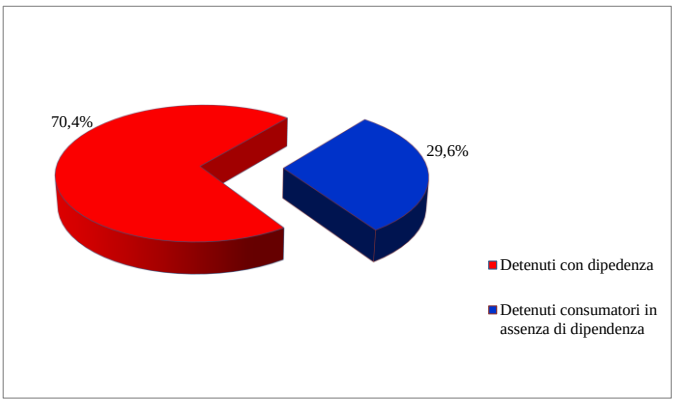
Nel 2014 la percentuale delle Regioni e PP. AA. rispondenti è pari al 95% (20 su 21), vengono rilevati i soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere per i quali vi è una dipendenza da sostanze definita su base clinica diagnostica (ICD-IX CM) e quelli per i quali la dipendenza è solo anamnestica o 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.

Tabella 47: Detenuti con problemi droga correlati, dati trasmessi dalle Regioni. 31 Dicembre 2014

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

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

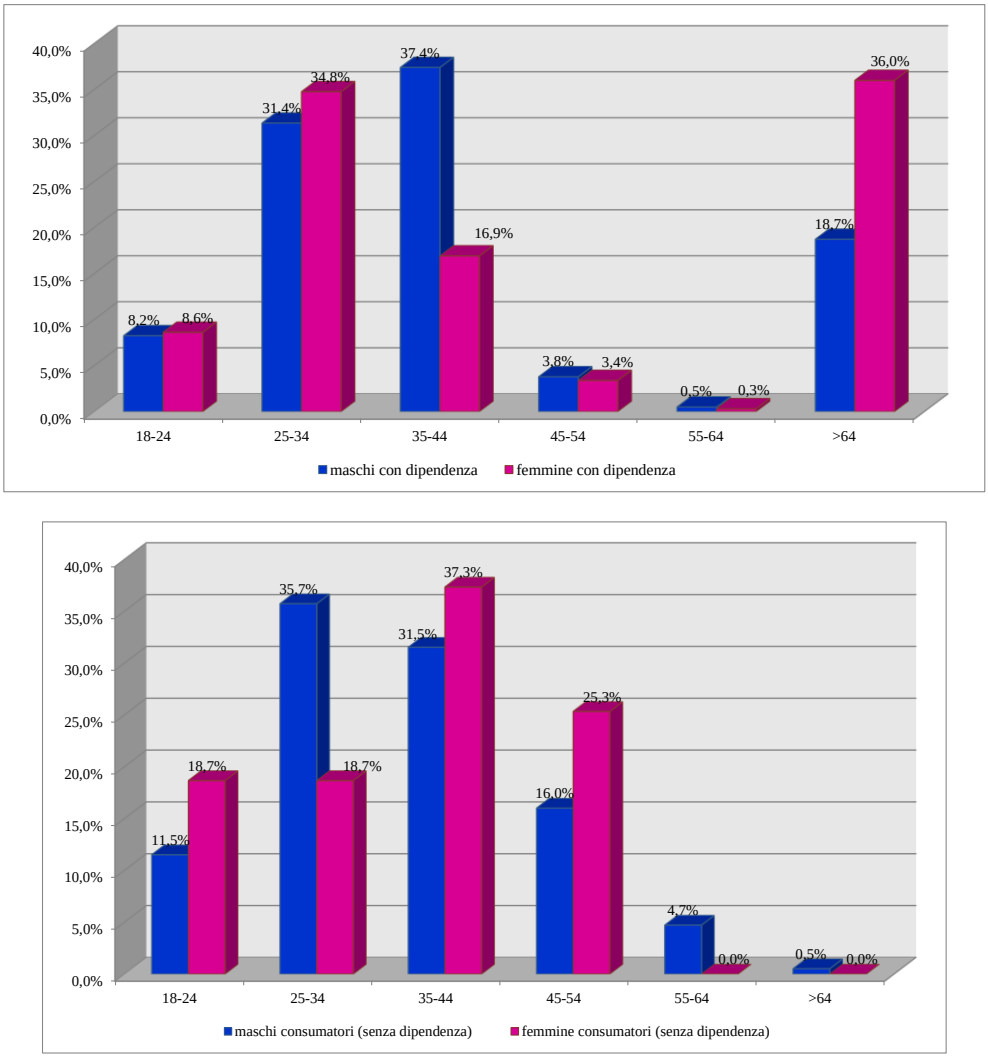
Figura 62: Distribuzione percentuale dei soggetti con dipendenza e in assenza di dipendenza. Dato puntuale al 31 Dicembre 2014



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

Come si evince dalla Figura sopra, la maggior parte dei soggetti detenuti (70% circa) presenta diagnosi di dipendenza; la percentuale di soggetti a cui è stato eseguito il drug test all'ingresso è molto bassa ed è pari al 35% circa (4.774 soggetti sul totale di 13.488). E' da specificare però che questo dato è di difficile reperimento per i Ser.T. competenti, vi è pertanto una "giustificazione" ad una tale percentuale. Inoltre, la maggior parte dei soggetti detenuti con problemi droga-correlati è di genere maschile (87% circa), si riporta di seguito la distribuzione dei soggetti, divisi tra coloro che hanno dipendenza e coloro che risultano essere consumatori, secondo il genere e la fascia di età.

Figura 63: Soggetti con problemi droga correlati per tipologia, genere e classi di età. Anno 2014

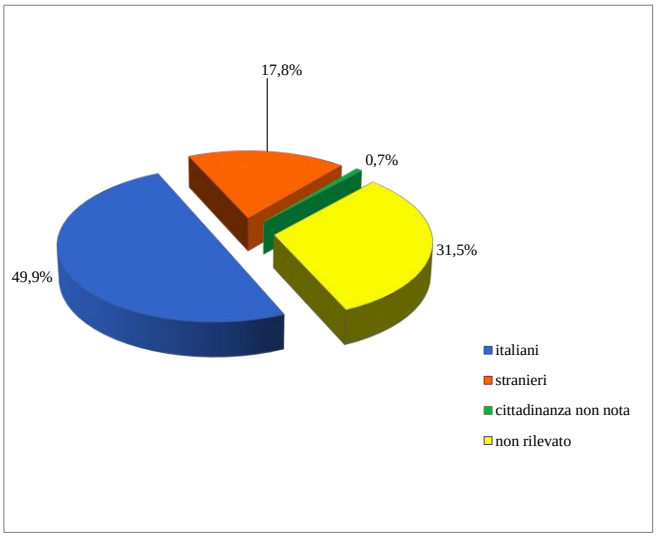


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –31 Dicembre 2014

Dall'analisi delle caratteristiche demografiche, tra coloro che hanno diagnosi di dipendenza, risulta che le classi di età che presentano una più alta percentuale per i maschi sono "35-44" e "25-34", mentre per le femmine sono quelle relative ai "25-34" e ">64" anni. Per quanto riguarda i maschi consumatori (senza dipendenza), anche in questo caso spiccano le fasce "25-34" e "35-44" ,

mentre per le femmine che non hanno dipendenza oltre la fascia “35-44”, le due fasce di età più importanti in termini percentuali sono “45-54” e quelle relative ai giovani adulti (dai 18 ai 35 anni).

Figura 64: Percentuale dei soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza. Anno 2014



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

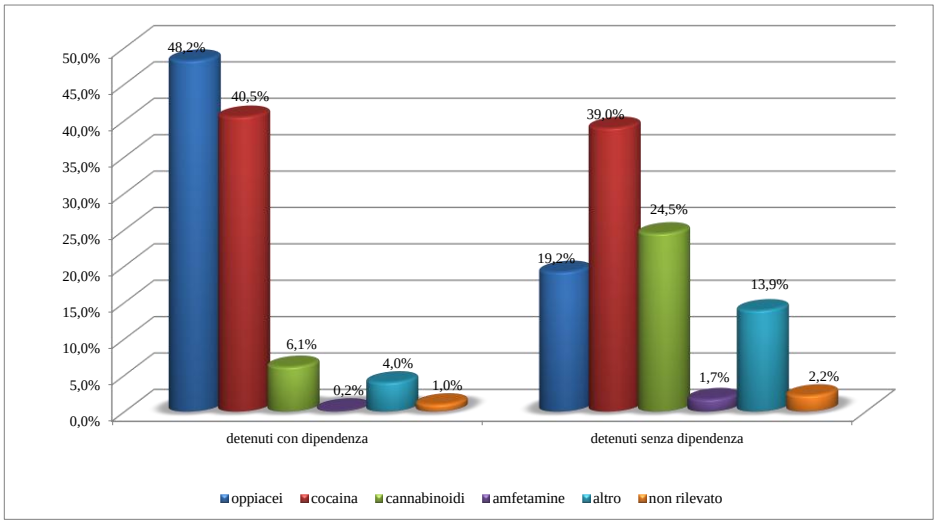
Per quanto concerne la cittadinanza, il dato non è stato rilevato per il 31,5% dei soggetti e non è noto per lo 0,7%, mentre il 49,9% ha cittadinanza italiana e il 17,8% è cittadino straniero.

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

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

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

Figura 65: Soggetti con problemi droga correlati per tipo di dipendenza e sostanza primaria utilizzata. Dati percentuali. Anno 2014



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

I detenuti con problemi droga correlati manifestano una diversa scelta di sostanze a seconda che manifestino dipendenza (diagnosi ICD –IX CM) o consumo. Per i dipendenti con diagnosi, gli oppiacei rappresentano la principale sostanza di uso (48,2%) seguita dalla cocaina (40,5%). Mentre tra i consumatori non dipendenti, risulta essere la cocaina la principale sostanza con una percentuale pari al 39%, la parte restante di distribuisce per il 24,5% tra i cannabinoidi, seguiti in misura minore da oppiacei (19% circa) e altre sostanze (14% circa).

Inoltre, tra i detenuti con dipendenza, il 43% circa (4.103 casi su 9.495) presentava poliabuso di sostanze all'ingresso in carcere.

Tabella 49: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a test per HIV, HCV, HBV. Anno 2014

Test	Soggetti sottoposti a test	Soggetti risultati positivi	% positivi
HIV	3.531	141	3,99
HCV	3.748	1.206	32,18
HBV	3.498	542	15,49
Totale	**10.777**	**1.889**	**17,53**

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

Il numero dei soggetti detenuti sottoposti ai test per le malattie infettive trasmissibili sia sessualmente che con condivisione di aghi sono 10.777 (90% circa del totale), quelli risultati positivi nel complesso sono circa il 18%. La più alta percentuale di positività di rileva in corrispondenza dell'HCV (32,2%), seguita dall'HBV (15,5%) e infine, in misura molto minore, dall'HIV (4% circa).

Tabella 50: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a trattamento. Anno 2014

Detenuti con dipendenza secondo la tipologia di trattamento	N	%
detenuti in trattamento solo farmacologico	902	9,50
di cui con trattamento sostitutivo	322	-
detenuti in trattamento solo psicosociale	2.976	31,34
detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	3.304	34,80
di cui con trattamento sostitutivo	1.325	-
non rilevato	**2.313**	**24,36**
Totale detenuti in trattamento	**7.182**	**75,64**
Totale complessivo	**9.495**	**100,00**

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

Dalla tabella riportata sopra si evince che i dati inerenti la tipologia di trattamento sono disponibili per il 75,6% circa dei detenuti con diagnosi di dipendenza. Il trattamento più utilizzato sembra essere quello psicosociale integrato farmacologicamente che riguarda poco più di oltre 3.300 detenuti (35% circa), mentre per il 31% circa i detenuti vengono sottoposti a trattamento solo psicosociale.

Tabella 51: Detenuti secondo la posizione giuridica. Anno 2014

Detenuti secondo la posizione giuridica	N	%
Almeno una sentenza definitiva	6.235	46,2
In attesa di giudizio	2.697	20,0
Posizione giuridica mista	2.153	16,0
non rilevato	2.403	17,8
Totale	**13.488**	**100,0**

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

Tabella 52: Dati relativi alla richiesta dell'affidamento in prova dei soggetti detenuti. Anno 2014

Art. 94 DPR 309/90	N	%
Totale detenuti tossicodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art.94 DPR 309/90)	1.947	46,2
Totale detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano i requisiti	1.462	34,7
Totale detenuti tossicodipendenti che sono usciti dal carcere in base ad una ordinanza del tribunale di sorveglianza	803	19,1
Totale complessivo	**4.212**	**100,0**

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

Il dato relativo alla situazione giuridica dei detenuti con problemi droga correlati è disponibile solo per in maniera parziale, 11.085 casi della popolazione considerata (82,2% contro il 17,8% non rilevato). Il 46,2% ha avuto una sentenza definitiva (6.235 soggetti), il 20%a è in attesa di giudizio e il 16% ha una posizione giuridica mista.

Per quanto riguarda l'applicazione dell'art. 94 del DPR 309/90, questa è possibile solo per i casi in cui si ha una sentenza definitiva che nel 2014 sono pari a 6.235 detenuti tossicodipendenti. Anche in questo caso si ha un dato parziale corrispondente a 4.212 soggetti (67,6% circa dei 6.235). Di questi ha richiesto l'affidamento in prova il 46%, il 35% circa al momento della richiesta possedeva i requisiti ed infine il 19% è uscito dal carcere in base ad una ordinanza del tribunale di sorveglianza.

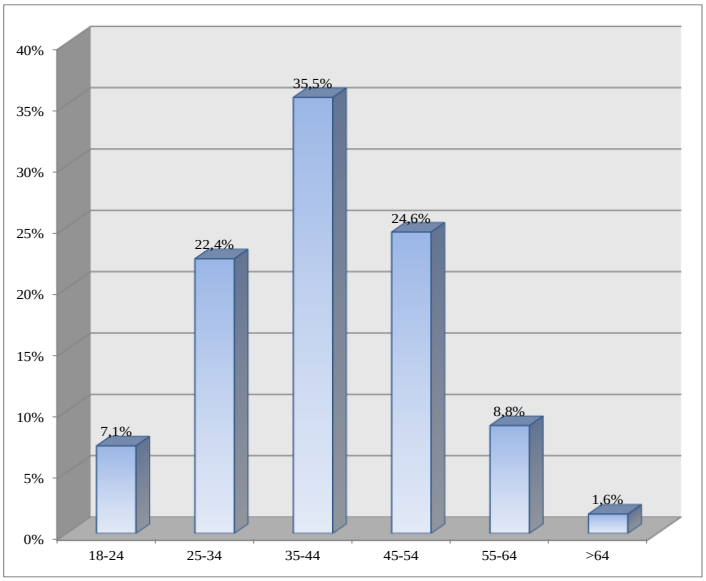
Si analizzano di seguito i dati relativi ai detenuti alcol dipendenti.

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

Detenuti alcol dipendenti	Maschi	Femmine	Totale
18-24	92	3	**95**
25-34	288	10	**298**
35-44	454	19	**473**
45-54	311	16	**327**
55-64	114	3	**117**
>64	21	0	**21**
Totale	**1.280**	**51**	**1.331**
%	**96,2**	**3,8**	**100,0**

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

Figura 66: Distribuzione percentuale dei detenuti alcol dipendenti secondo la fascia di età. Anno 2014



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

I detenuti con problemi di alcol dipendenza ammontano a 1.331 unità, pari al 10% circa della popolazione carceraria oggetto della rilevazione (1.331 su 13.488). Tra gli alcol dipendenti in carcere il 96% è di sesso maschile e i soggetti appaiono per lo più concentrati nella fascia di età 35-44 anni, che da sola ne assorbe il 35,5%, e nella fascia di età 45-54 anni (24,6%). Inoltre, il 22% circa dei soggetti alcoldipendenti presentavano anche dipendenza da sostanze stupefacenti all'ingresso in carcere.

Tabella 54: Detenuti alcol dipendenti secondo la tipologia di trattamento. Anno 2014.

Detenuti alcoldipendenti secondo la tipologia di trattamento	**N**	**%**
trattamento solo psicosociale	466	35,0
trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	516	38,8
trattamento solo farmacologico	127	9,5
non rilevato	222	16,7
Totale	**1.323**	**100,0**

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

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

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

Detenuti alcol dipendenti secondo la posizione giuridica	N	%
Almeno una sentenza definitiva	623	46,8
In attesa di giudizio	268	20,1
Posizione giuridica mista	179	13,4
non rilevato	261	19,6
Totale	**1.323**	**100,0**

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

Infine, dalla tabella riportata sopra si evince che il 46,8% dei soggetti detenuti alcoldipendenti ha ottenuto una sentenza definitiva, il 20,1% è in attesa di giudizio e il 13,4% ha una posizione giuridica mista. Il dato non è stato rilevato per il 19,6% degli individui oggetto di studio.

2.2 Studio sulla salute dei detenuti in carcere

Quadro giuridico di riferimento

La tutela della salute nelle carceri è stata una delle materie più controverse fin dall'istituzione dell'ordinamento penitenziario e spesso oggetto di acceso dibattito. La responsabilità della gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari interni alle strutture detentive, è stata per tanti anni fermamente incardinata nel Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria afferente al Ministero della Giustizia. Solo nel 2008, con l'entrata in vigore del DPCM 1 aprile, le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali, sono state trasferite al Sistema sanitario nazionale (SSN) apportando, così, una profonda modificazione concettuale che riconosce, al cittadino detenuto, gli stessi diritti sanitari presenti nella popolazione libera. Anche se il completo passaggio delle competenze sanitarie è avvenuto in anni molto recenti, già nel corso degli anni '90 cominciarono a svilupparsi numerose teorie sull'opportunità di trasferire le competenze sanitarie penitenziarie al SSN. Questo movimento portò all'emanazione del D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, che vide una prima separazione delle competenze tra le Aziende Sanitarie e l'amministrazione penitenziaria trasferendo, al servizio sanitario nazionale, le funzioni sanitarie riferite ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti (e agli internati) tossicodipendenti.

A indirizzare questa scelta, probabilmente, contribuì anche il crescente numero di detenuti tossicodipendenti, che ormai da molti anni affollano gli istituti penitenziari, con conseguenze sanitarie che coinvolgono non solo tutta la popolazione detenuta ma anche il personale che vi opera.

Il fenomeno della dipendenza in carcere. Indagine epidemiologica promossa dal CCM (Centro di Controllo delle Malattie) del Ministero della Salute

Il fenomeno della tossicodipendenza in carcere non è certo una caratteristica italiana. Secondo quanto pubblicato nel 2012 dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) all'interno dello speciale "Prisons and drugs in Europe: the problem and responses", la percentuale di detenuti che hanno fatto uso nella vita di sostanze illecite, in Europa varia dal 16% registrato in Romania al 79% dell'Inghilterra, Galles e Olanda. Più in generale, dei 17 Paesi Europei che hanno comunicato il dato relativo al consumo di sostanze fra i detenuti, 9 (Portogallo, Italia, Ungheria, Finlandia, Belgio, Lettonia, Inghilterra, Galles e Olanda) registrano un livello di consumo superiore al 50%.

In linea con questi dati appaiono i risultati ottenuti attraverso lo studio multicentrico svolto recentemente in Italia. Il Ministero della salute, nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ha finanziato la prima indagine epidemiologica sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e dell'Azienda sanitaria di Salerno. Questo studio, che ha visto la Regione Toscana come capofila e l'Agenzia regionale di sanità della Toscana come referente scientifico, ha avuto il preciso obiettivo di fornire un quadro dettagliato dei bisogni di salute di 15.751 detenuti (arruolati il 3 febbraio 2014) presenti in 57 strutture (quasi il 30% del totale nazionale degli istituti) e dei trattamenti farmacologici a loro prescritti. Il progetto, inoltre, prevedeva un intervento specifico di prevenzione del rischio suicidario in un campione di detenuti delle 6 regioni coinvolte.

Trattandosi di una popolazione numericamente molto ampia e non avendo a disposizione dati clinici già informatizzati, per lo svolgimento dello studio è stata elaborata una scheda clinica informatizzata utilizzando strumenti *open source* che hanno reso possibile rilevare informazioni di carattere socio-demografico e sanitario rispettando le norme sulla privacy attraverso il processo di cifratura (anonimizzazione) dei dati sensibili. La parte clinica è stata rilevata dal personale sanitario attraverso la consultazione delle cartelle cliniche dei detenuti, codificando le patologie secondo la classificazione ICD-9-CM. La popolazione arruolata nello studio (N=15.751) è composta per il 94,5% da detenuti di genere maschile (N=14.835) e il 5,5% da genere femminile. Si tratta di una popolazione costituita per il 53,7% da detenuti di nazionalità italiana mentre fra gli stranieri i Paesi più rappresentati sono l'Est Europa (20,1%) e l'Africa del Nord (15,5%). L'età media della popolazione detenuta è di 39,6 anni, di gran lunga inferiore a quanto registrato nella popolazione libera over18anne residente in Italia, dove la media supera i 50 anni.

Passando a descrivere lo stato di salute, una prima suddivisione può essere fatta in base alla presenza o assenza di qualsiasi tipo di patologia diagnosticata. Nel campione complessivo dello studio il 32,5% dei detenuti (N=5.120) non presenta alcuna patologia mentre il 67,5% (N=10.631) è affetto da almeno una patologia (anche non grave).

Esaminando la distribuzione delle malattie all'interno della popolazione presa in esame, la nostra indagine conferma quanto più volte affermato dall'OMS, ovvero che i detenuti risultano affetti prevalentemente da disturbi di natura psichica che, infatti, costituiscono ben il 41,3% (N=6.504) delle persone sottoposte a controllo clinico (N=15.751). A questi fanno seguito le malattie dell'apparato digerente, con il 14,5% (N=2.286), e le malattie infettive e parassitarie con l'11,5% dei detenuti che ne risulta affetto (N=1.812). Più bassa la prevalenza di patologie appartenenti al grande gruppo delle malattie del sistema circolatorio (11,4%; N=1.788 detenuti), delle malattie

endocrine e del metabolismo (8,6%; N=1.348 detenuti) e delle malattie dell'apparato respiratorio (5,4%; N=854).

Già da questi primi dati si capisce che le caratteristiche sanitarie della popolazione detenuta sono estremamente differenti da quelle osservabili nel contesto generale. Sicuramente la giovane età e lo stile di vita che accomuna molti detenuti rendono queste persone maggiormente a rischio nei confronti di alcune patologie, fra cui il disturbo mentale da dipendenza da sostanze, e viceversa sono meno rappresentate le malattie croniche dell'apparato cardiocircolatorio o respiratorio, tipiche delle persone più anziane. Entrando nel dettaglio dei disturbi di salute mentale, la distribuzione delle patologie psichiatriche mette in evidenza l'elevata presenza di diagnosi attribuibili al disturbo mentale da dipendenza da sostanze (Tabella 56), un problema che affligge circa il 24% di tutta la popolazione detenuta arruolata nello studio (N=3.713). A questi fanno seguito i disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento, che coinvolgono oltre il 17% di tutti i detenuti partecipanti all'indagine (N=2.724), e i disturbi mentali alcol-correlati che, pur con percentuali minori, ricoprono un ruolo importante all'interno delle strutture detentive costituendo il 9% del totale dei disturbi psichici e affliggendo circa il 6% degli arruolati allo studio (N=882). Dal confronto fra numero di pazienti e numero di diagnosi, si evince che mediamente ogni detenuto, a cui è stato diagnosticato un disturbo da dipendenza da sostanze, è affetto da più di una patologia appartenente a questa categoria diagnostica (1,2 disturbi pro-capite).

Tabella 56: Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane – Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica – Anno 2014

Categorie diagnostiche	**N° diagnosi**	**% sul totale delle diagnosi**	**N° detenuti**	**% sul totale arruolati** *(N= 15.751)*
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	4.902	49,6	3.713	23,6
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	2.733	27,6	2.724	17,3
Disturbi mentali alcol-correlati	885	9,0	882	5,6
Disturbi affettivi psicotici	433	4,4	429	2,7
Disturbi di personalità e del comportamento	262	2,7	259	1,6
Disturbi depressivi non psicotici	139	1,4	139	0,9
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	113	1,1	113	0,7
Disturbi da spettro schizofrenico	94	1,0	93	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	6	0,1	6	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	5	0,1	4	0,0
Altro	314	3,2	314	2,0
Totale	**9.886**	**100,0**	-	-
Detenuti con disturbi psichici	-	-	***6.504***	***41,3***

La caratterizzazione socio-demografica dei detenuti tossicodipendenti li vede più giovani rispetto al resto della popolazione detenuta con un'età media di 37,3 anni rispetto ai 39,6 registrati nell'intera coorte arruolata. In linea con i dati riguardanti la popolazione generale, i disturbi mentali da dipendenza da sostanze diminuiscono notevolmente con il progressivo invecchiamento della popolazione reclusa, passando dal 53% osservato fra i detenuti di età compresa fra i 18 e i 29 anni al 29% registrato fra gli ultra 60enni; andamento che non si verifica per i disturbi mentali alcol-correlati, i cui valori si mantengono costanti in tutte le fasce di età.

Come per l'intera popolazione detenuta, il gruppo etnico più rappresentato è quello italiano che, in questo caso, raggiunge il 58,6% seguito dal 23,4% dei nord africani e il 9,7% di est europei (Tabella 57). Se però andiamo ad analizzare la prevalenza del disturbo da dipendenza da sostanze all'interno di ogni singolo gruppo etnico, il quadro cambia radicalmente con un numero maggiore di pazienti affetti da questa patologia fra i nord africani (37%) rispetto agli italiani (26,8%) e gli est europei (11,9%).

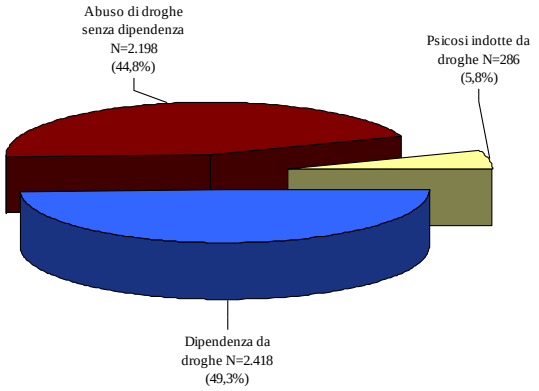
Tabella 57: Caratteristiche socio-demografiche (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane affetta da almeno un disturbo da dipendenza da sostanze – Anno 2014

Caratteristiche socio-demografiche	% sul totale dei detenuti tossicodipendenti (N=3.713)
Genere	
Uomini	96,3
Donne	3,4
Trasgender	0,2
Cittadinanza	
Italia	58,6
Africa del Nord	23,4
Europa dell'Est	9,7
Altri Paesi	8,3
Fascia_d'età	
18-29	22,0
30-39	38,1
40-49	29,3
50-59	8,9
60 e +	1,7
Età media	37,3 anni

Analizzando nel dettaglio la categoria diagnostica dei disturbi mentali da dipendenza da sostanze, possiamo far riferimento a 3 ulteriori stati patologici, ovvero: l'abuso di droghe senza dipendenza, la dipendenza da droghe e le psicosi indotte da droghe. Come possiamo notare (Figura 67), la dipendenza da droghe risulta la diagnosi prevalente all'interno del campione con quasi la metà dei casi riscontrati, seguita a breve distanza (circa il 45% sul totale) dall'abuso di droghe senza

dipendenza, mentre le psicosi indotte da droghe risultano nettamente inferiori, con meno del 6% delle diagnosi.

Figura 67: Distribuzione (N e %) dei 3 stati patologici legati al disturbo mentale da dipendenza da sostanze nei detenuti in alcune regioni italiane – Anno 2014



Per quanto riguarda la tipologia di sostanza utilizzata, considerando congiuntamente i casi di abuso e di dipendenza da droghe, la cocaina rappresenta il fenomeno più frequente con il 23,5% dei casi, seguito dalla dipendenza da oppioidi (16,6% sul totale). Questi dati mostrano come la cocaina costituisca ormai da diversi anni, almeno in Italia, la droga maggiormente ricercata ed utilizzata, avendo soppiantato, anche in una popolazione più problematica come quella detenuta, la sostanza stupefacente che in passato era più frequentemente associata ad un certo disagio sociale, ovvero l'eroina. Inoltre, si può osservare che, mentre per la cocaina si parla più spesso di abuso (la dipendenza si registra nel 15% dei casi), per l'eroina la problematica maggiore è rappresentata dalla dipendenza (l'abuso si verifica nel 10% circa dei casi). La terza sostanza stupefacente maggiormente sperimentata, da parte della popolazione detenuta, è costituita dai cannabinoidi, con un abuso relativamente frequente (12,5% dei casi) soprattutto nelle fasce di età più giovani, mentre meno diffusa è la dipendenza, proprio in virtù delle proprietà farmacodinamiche di questo genere di sostanze che hanno un impatto relativamente minore sullo sviluppo di dpendenza.

Per quanto riguarda la voce "altra dipendenza da droghe", che costituisce circa il 15% del totale, abbiamo racchiuso in questa categoria la dipendenza da farmaci sedativo-ipnotici o ansiolitici (la più frequente), quella da amfetamina e altri psicostimolanti, quella da allucinogeni e da altre droghe non specificate (Tabella 58).

Tabella 58: Distribuzione (N e %) delle diagnosi di abuso e dipendenza da droghe per tipologia di sostanza stupefacente utilizzata dai detenuti in alcune regioni italiane – Anno 2014

Abuso di droghe senza dipendenza e dipendenza da droghe	N	%
Abuso di cocaina	1.086	23,5
Dipendenza da oppioidi	766	16,6
Altra dipendenza da droghe	701	15,2
Dipendenza da cocaina	696	15,1
Abuso di cannabinoidi	577	12,5
Abuso di oppioidi	492	10,7
Dipendenza da cannabinoidi	254	5,5
Altro abuso di sostanze*	44	1,0
Totale	**4.616**	**100,0**

** Abuso di allucinogeni; abuso di barbiturici e di sedativi o ipnotici; abuso di amfetamina o di simpatico-mimetici ad azione simile; abuso di antidepressivi.*

Prendendo in rassegna le psicosi indotte da droghe, nel 57% dei casi il disturbo è l'intossicazione, con un corteo sintomatologico differente a seconda della sostanza utilizzata, mentre nel 19,6% dei casi sono stati segnalati disturbi psichici vari caratterizzati, spesso, da allucinazioni o deliri. Meno frequenti sono i disturbi dell'umore indotti da droghe 10,5%) (stati maniacali, stati depressivi o stati misti) e i disturbi del sonno (9,8%), come insonnia o ipersonnia, legati all'utilizzo di sostanze. In 9 casi è stata registrata una psicosi indotta da astinenza da droghe (3,1%).

Pur trattandosi di una popolazione molto giovane, i detenuti affetti da almeno un disturbo da dipendenza da sostanze, rappresentano una popolazione molto fragile da un punto di vista sanitario.

Come primo aspetto, riteniamo importante segnalare l'alto consumo di tabacco da parte di questi pazienti che risultano forti fumatori nell'86,5% dei casi con un numero medio di 20 sigarette al giorno (rispetto al 65,7% registrato nella popolazione detenuta non tossicodipendente). L'abitudine al fumo, che raffigura una problematica che accomuna l'intero contesto detentivo, nel caso dei pazienti tossicodipendenti può rappresentare un'ulteriore fonte di rischio per l'insorgenza di patologie polmonari.

Introducendo il tema della comorbilità, vale a dire la presenza di altre malattie in presenza della diagnosi di disturbo da sostanze (N=3.713), il 74% (N=2.747) risulta affetto da un'altra condizione morbosa: in particolare, il 45,4% (N=1.685) soffre di un altro disturbo psichico e il 23,5% (N=871) ha una diagnosi di malattia infettiva (Tabella 59).

Tabella 59: Distribuzione (N e %) della comorbilità nei detenuti affetti da disturbo da dipendenza da sostanze in alcune regioni italiane – Anno 2014

Altra condizione morbosa associata al disturbo da dipendenza da sostanze		N	%
Disturbo psichico		**1.685**	**45,4**
	Disturbo nevrotico/reazione di adattamento	991	26,7
	Disturbo mentale alcol-correlato	511	13,8
Malattia infettiva/parassitaria		**871**	**23,5**
	Epatite da virus C (HCV)	688	18,5
	HIV	153	4,1
	Epatite da virus B (HBV)	122	3,3
	Coinfezione (HIV, HCV, HBV)	17	0,5%

La compresenza, in molti di questi pazienti, di più disturbi di natura psichica, non stupisce. Così come la presenza di policonsumatori che possono presentare disturbi mentali legati, ad esempio, all'eccessivo consumo di alcol. A questo proposito, nel dibattito sulla doppia diagnosi, emerge spesso l'immagine del tossicodipendente che pur non avendo una forma psicopatologica riconoscibile, trae vantaggio psichico dalle sostanze nel tentativo, inizialmente riuscito, di ridurre quella condizione psichica di tensione o di ansia. In questo caso il consumo di sostanze di vario genere, può essere anche letto come una sorta di autoterapia che, una volta sospesa (come avviene ad esempio in carcere) può far emergere la vera e propria patologia sottostante.

Le altre patologie legate allo stato di tossicodipendenza appartengono, sicuramente, al grande capitolo delle malattie infettive. Il forte legame della diffusione delle infezioni epatiche da virus C e B fra i tossicodipendenti risulta fortemente legato all'utilizzo della via iniettiva anche se, occorre specificare, che il rischio di contrarre questo tipo di infezioni esiste anche nell'utilizzo per via inalatoria se le droghe vengono inalate attraverso cannucce contaminate con sangue e i soggetti che le inalano presentano ferite sulle mucose nasali.

Fra i detenuti tossicodipendenti il gruppo etnico che risulta maggiormente interessato dall'infezione da HCV è quello italiano con il 25,2% degli infetti seguito dagli est europei (18,7%) e dai nord africani (6,4%). Andamento sovrapponibile lo osserviamo nell'infezione da HIV con il 5,6% dei detenuti italiani tossicodipendenti HIV positivi, il 2,9% degli est europei e l'1,4% dei nord africani.

Diverso, invece, l'andamento per l'infezione da virus B dove gran parte degli italiani, grazie all'entrata in vigore negli anni '90 della vaccinazione anti HBV, risultano immuni a questa patologia (3,7%). Bassa anche la prevalenza fra i nord africani, mentre fra gli est europei la percentuale sale al 5,5% (Tabella 60).

Questi dati risultano oltremodo allarmanti se confrontati con quelli derivanti dall'intera popolazione detenuta ma, ancora di più, se messi in relazione con quanto osservato nella popolazione libera residente in Italia dove la prevalenza raggiunge il 2,6% per l'HCV, il 2,0% per l'HBV e lo 0,006% per l'HIV.

Tabella 60: Distribuzione (N e %) dell'infezione da HCV, HBV e HIV fra i detenuti affetti da disturbo da dipendenza da sostanze in alcune regioni italiane – Anno 2014

Categorie diagnostiche	Italia *(N=2.071)*	Nord Africa *(N=828)*	Est Europa *(N=343)*	Totale tossicodipendenti *(N=3.713)*	Totale popolazione detenuta *(N=15.751)*
Infezione da HCV (N=688)	25,2	6,4	18,6	18,5	7,4
Infezione da HBV (N=122)	3,7	1,4	5,5	3,3	2,0
Infezione da HIV (N=153)	5,6	1,4	2,9	4,1	2,0

La diffusione di queste patologie infettive nei tre principali gruppi etnici sembra essere in controtendenza rispetto a quanto osservato riguardo alla prevalenza di pazienti tossicodipendenti presenti all'interno di ogni singola popolazione. Infatti, la più alta percentuale di detenuti affetti da un disturbo di dipendenza da sostanze è presente nella popolazione nord africana con un valore che supera di gran lunga il dato osservato fra gli italiani e gli est europei (Nord Africa: 37,1%; Italia: 26,8%; Est Europa: 11,9%). Viceversa le percentuali di infezioni da HIV ed epatiti B e C sono molto basse nei detenuti tossicodipendenti del Nord Africa. Questo dato lascia supporre la diversa modalità di assunzione utilizzata nei tre gruppi etnici con italiani ed est europei che prediligono la via iniettiva rispetto ai nord africani che, in base a quanto riportato dai clinici, fanno un maggior uso della via inalatoria Trattandosi di una popolazione affetta da un disturbo psichico, il rischio di mettere in atto gesti auto lesivi e/o autosoppressivi risulta maggiore.

Nell'intera coorte presa in esame dalla ricerca, i gesti auto lesivi hanno interessato il 4,8% dei detenuti con una reiterazione di circa due volte nel corso dell'ultimo anno; mentre per le forme di auto soppressione il valore scende all'1% con una reiterazione media annua di 1,1 volte. Diversi i dati osservati nella sola popolazione detenuta tossicodipendente dove gli atti autolesivi raggiungono la percentuale del 9,0% mentre l'autosoppressione passa all'1,4% (la reiterazione non mostra particolari differenze) (Tabella 61).

Tabella 61: Distribuzione (N e %) dei gesti auto lesivi e autosoppressivi e le modalità di messa in atto* nel corso dell'ultimo anno di detenzione nei pazienti tossicodipendenti – Anno 2014

Modalità messa in atto		N	%
Autolesione		**316**	**9,0**
	Lesioni con taglienti	294	62,6
	Ingestione di corpi estranei	79	16,8
	Sciopero della fame	46	9,8

	Trauma auto-provocato	40	8,5
	Altro	11	2,3
	Non rilevato	*9*	-
Autosoppressione		**48**	**1,4**
	Impiccagione	30	78,9
	Avvelenamento	6	15,8
	Inalazione di gas	1	2,6
	Soffocamento	1	2,6
	Non rilevato	*10*	-

**Ogni detenuto può aver messo in atto più modalità autolesiva o autosoppressiva*

I dati appena presentati confermano il forte disagio psichico da cui risultano affetti i pazienti tossicodipendenti i quali, privati della possibilità di "auto medicarsi", vanno incontro a gesti che in alcuni casi possono mettere a pericolo la propria vita. La messa in atto di stili di vita non corretti, come il consumo di sostanze, l'uso di alcol, il fumo di tabacco, etc.) rendono questo gruppo di popolazione ad alto rischio sanitario.

In particolare, il nostro studio mette nuovamente in risalto l'alta prevalenza, fra i detenuti, di persone affette da disturbi di natura psichica, in particolare legati al consumo di sostanze illegali, che rendono queste strutture una sorta di grande contenitore di problematicità. Trattandosi di una popolazione mediamente giovane, la condizione generale di salute non risulta ancora compromessa, ma se pensiamo all'alto consumo di tabacco e di alcol che in molti casi è associato all'uso di altre sostanze psicotrope, possiamo presumere l'insorgenza, in queste persone, di numerose patologie croniche come le bronco pneumopatie e la cirrosi. Se a questo aggiungiamo che il 23,5% è affetto da almeno una malattia infettiva, fra cui risaltano l'infezione epatica da virus C, da virus B e da HIV, l'immagine che ci appare è quella di una popolazione che andrà incontro a gravi problemi di ordine sanitario.

2.3 Minorenni in carcere

Attività e interventi in favore dei soggetti in carico alla Giustizia Minorile che usano/abusano sostanze stupefacenti: anno 2014

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" secondo cui le rilevazioni sui minori che assumono sostanze stupefacenti rientrano nei compiti delle Regioni e Provincie autonome.

Quanto sopra premesso, si ritiene doveroso offrire un contributo per la stesura della relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze.

Ai minori e ai giovani adulti del circuito penale è garantita l'assistenza da parte dei Ser.T delle Aziende Sanitarie competenti in collaborazione con i Servizi Minorili della Giustizia.

La presa in carico del minorenne sottoposto a procedimento penale può contemplare l'adozione di programmi di intervento suscettibili di trovare applicazione, nel superiore interesse del minore, anche oltre il termine dello stesso procedimento penale. Tali programmi, in particolare, prevedono:

- la formulazione di percorsi trattamentali individualizzati;
- la segnalazione al Ser.T dei nuovi utenti latori di problemi legati all'assunzione di sostanze stupefacenti e di alcool anche in presenza di diagnosi di sospetta tossicodipendenza e di eventuali patologie correlate all'uso di sostanze;
- 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 quelli della Giustizia.

Il modello di intervento attuato dal sistema penale minorile, in favore del minore che usa e abusa di sostanze stupefacenti, è un intervento integrato che coinvolge più istituzioni e tutte le agenzie educative del territorio e favorisce, attraverso un programma di recupero individualizzato, la rapida fuoriuscita dal circuito penale del minorenne e/o giovane adulto e il di lui reinserimento sociale.

I Servizi Minorili della Giustizia attivano il Servizio Sanitario locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici ed interventi di tipo farmacologico, la presa in carico dei soggetti che usano o abusano di sostanze stupefacenti e collaborano nelle attività legate all'esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche del minore bisognoso di cure.

Va segnalato che il collocamento in comunità terapeutica del minore è possibile solo in presenza della certificazione dello stato di tossicodipendenza. Ne consegue che la rigidità dei criteri posti per detta certificazione fa sì che il numero dei minori, per i quali sia configurabile l'elaborazione di un programma terapeutico in strutture specialistiche, sia un numero estremamente contenuto che non contempla i minori c.d. "assuntori occasionali".

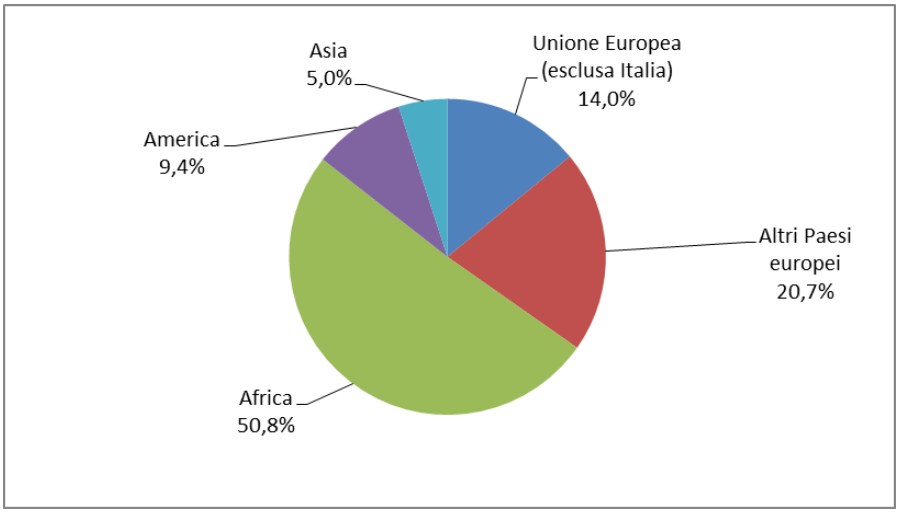
Il Dipartimento per la Giustizia Minorile dispone dei dati statistici relativi ai minori sottoposti a procedimento penale per i reati previsti dall'Art. 73 D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e presi in carico dagli Uffici di servizio sociale nell'anno 2014, così come riportati nella tabella che segue.

Tabella 62: Minori sottoposti a procedimento penale e presi in carico dagli Uffici del Servizio Sociale. Anno 2014

Periodo di presa in carico	Italiani			Stranieri			Totale		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Presi in carico nell'anno 2014	916	59	**975**	141	10	**151**	1.057	69	**1.126**
Già in carico all'inizio dell'anno da periodi precedenti	1.962	99	**2.061**	376	14	**390**	2.338	113	**2.451**
Totale	**2.878**	**158**	**3.036**	**517**	**24**	**541**	**3.395**	**182**	**3.577**

Come si osserva in tabella, i minori e giovani adulti presi in carico per detti reati sono 3.577, di cui 3036 italiani e 541 stranieri dei quali circa il 50% proviene dall'Africa seguiti dai giovani provenienti dai Paesi dell'Est Europa.

Figura 68: Distribuzione percentuale dei minori stranieri secondo la provenienza.



Al fine di fornire il quadro generale sulle politiche di intervento realizzate nei diversi distretti di competenza si riportano di seguito i contributi forniti dai Centri per la Giustizia Minorile del territorio.

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

Il Centro per la Giustizia Minorile Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano ha favorito la definizione di accordi operativi per la valutazione e la presa in carico di utenti tossicodipendenti/alcoldipendenti tra gli Uffici del Servizio Sociale per i Minorenni (U.S.S.M.) di Venezia e di Trieste e i servizi sanitari competenti territorialmente.

Nell'area detentiva di Treviso l'intervento e la collaborazione con gli operatori specializzati del locale SERD si è rivolto in particolare alla prevenzione delle dipendenze attraverso interventi individualizzati.

Nel distretto d'interesse si sono registrati 26 collocamenti in comunità di minorenni con problemi di uso/abuso di sostanze stupefacenti e/ alcool di cui 5 con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

Nel distretto di Corte d'Appello di Milano è operativa un'unità centralizzata che svolge un'azione di presa in carico diretta e/o di invio dei minori sottoposti a procedimento penale ai SERT territorialmente competenti. Detta unità è strutturata come équipe multidisciplinare, psico-socio-educativa e sanitaria specialistica per le prestazioni di diagnosi e cura per minori d'area penale assuntori di sostanze stupefacenti e/o alcoliche.

Le attività del servizio sono erogate sia all'interno dell'Istituto Penale Minorile C. Beccaria sia presso una sede esterna denominata "Spazio Blu" che garantisce la prosecuzione del programma trattamentale avviato presso l'Istituto Penale per i Minorenni così come la presa in carico dei minori, non detenuti, segnalati dall'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni di Milano o dalla Autorità Giudiziaria Minorile.

Dal 2009 è attivo un intervento di diagnosi precoce sui minori in stato di fermo/arresto/accompagnamento, presso il Centro di Prima Accoglienza di Milano. Tale intervento consiste in un colloquio psicologico e/o sanitario che rileva il profilo di rischio di abuso di sostanze e l'opportunità di successivi approfondimenti diagnostici. L'erogazione di detti interventi rientra nelle competenze istituzionali della ASL.

L'attività svolta dall' èquipe multidisciplinare nei singoli Servizi della Giustizia Minorile è regolamentata da appositi protocolli operativi sottoscritti nell'ambito dell'accordo quadro tra il Centro per la Giustizia Minorile e la Regione Lombardia – ASL di Milano.

Nel distretto di Corte D'Appello di Brescia si rileva un'intesa attività di collaborazione tra l'USSM e i Servizi specialistici del territorio nel settore delle dipendenze. Elemento tipicizzante del territorio bresciano è, soprattutto, la positività delle collaborazioni con gli SMI (Servizi Multidisciplinari integrati) ovvero i servizi del privato sociale accreditati con le Asl competenti . Per quanto riguarda gli inserimenti dei minori/giovani adulti con problemi di tossicodipendenza nelle comunità terapeutiche, i dati rilevati del 2014 sono: 28 collocamenti per 19 soggetti, di cui 13 ai sensi dell'art. 22 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448 e 5 ai sensi dell'art. 28 del D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448.

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

Regione Piemonte

E' previsto, per tutti i soggetti che fanno ingresso nel Centro di prima accoglienza (CPA) piemontese e nell'Istituto penitenziario minorile (IPM) di Torino, uno *screening* sulle condizioni di salute del minorenne e sull' uso di sostanze psicoattive. Viene inoltre richiesto al giovane ospite il consenso per la raccolta di un campione urinario per la ricerca dei metaboliti delle sostanze psicoattive. E' poi prevista un'attività di consulenza medica tossicologica e psicologica da parte del

personale del Ser.T per tutti i soggetti che presentano problematiche di uso-abuso-dipendenza da sostanze psicotrope.

A tale riguardo si riportano i dati relativi ai risultati delle predette attività di screening**:**

CPA TORINO: Su 147 ingressi di minori nell'anno 2014 si sono registrati 59 esiti positivi al drug test.

IPM TORINO: Su 108 ingressi, si sono registrati 65 esiti positivi al drug test .

Per i minori del circuito penale in stato di libertà, che siano segnalati dall'USSM al Servizio dipendenze dell'ASL, è prevista, a cura di operatori specializzati, una preliminare fase di conoscenza e valutazione diagnostica sull' uso-abuso-dipendenza da sostanze psicotrope legali e illegali.

Nei confronti dei ragazzi ospiti del CPA, ristretti in IPM o in carico all'USSM, qualora l'ipotesi progettuale preveda l'inserimento in una comunità terapeutica, la ricerca della struttura di collocamento viene effettuata dal Ser.T competente, così come indicato nelle "Linee Guida per l'assistenza sanitaria dei minori e giovani adulti in collaborazione con i Servizi della Giustizia Minorile" della Regione Piemonte.

Nell'anno 2014 risultano collocati in comunità terapeutiche 8 minori di cui 2 in comunità per soggetti con doppia diagnosi.

Si segnala, quale criticità del distretto, la carenza di strutture dedicate al trattamento di minorenni consumatori/poliassuntori di sostanze anche se, al fine di ovviare a tale carenza, è stato istituito un tavolo di lavoro con la Regione Piemonte (Direzione Coesione Sociale e Sanità) per l'attivazione di nuove strutture terapeutiche per l'accoglienza di minori con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti.

Regione Liguria

Nel Centro di Prima Accoglienza di Genova, lo screening sull'uso di sostanze psicoattive dei soggetti che fanno ingresso nel servizio viene effettuato solo in situazioni di rischio. Nel 2014, su 37 ingressi, il drug test non è mai stato effettuato.

Anche per l'anno 2014 è proseguita la collaborazione con il Centro Diurno "My Space" che accoglie minori e giovani con libero accesso o segnalati dai Ser.T.

Relativamente al reperimento delle comunità terapeutiche si precisa che, in accordo con l'ASL Genovese, è il Centro per la Giustizia Minorile a reperire la comunità in cui collocare un minore in misura cautelare ai sensi dell'art. 22 DPR 22 settembre 1988, n. 448.

Nel 2014 sono stati inseriti 7 ragazzi in comunità terapeutiche.

Perdura su tutto il territorio ligure la grave carenza di strutture terapeutiche per minori e per giovani-adulti assuntori/poli-assuntori di sostanze stupefacenti o con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana e l'Umbria

Si registra una collaborazione proficua con i Ser.t nelle Regioni Toscana e Umbria attraverso specifici accordi volti al miglioramento della collaborazione per la presa in carico dei minori con problemi di abuso di sostanze. Si segnala altresì un accordo con l'Ufficio NOT della Prefettura di

Firenze volto alla conoscenza dei minori segnalati amministrativamente e che potrebbero essere in carico ai servizi minorili della Giustizia.

Nell'Istituto penitenziario minorile di Firenze sono stati sottoposti a drug test 85 minori di cui 40 sono risultati positivi. In particolare, 33 soggetti sono risultati positivi alla cannabinoide e 7 alla cocaina.

Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio

Il Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio ha stipulato un accordo con l'Agenzia Capitolina sulle Tossicodipendenze – Istituzione di Roma Capitale. La citata Agenzia garantisce l'accoglienza dei minori/giovani adulti, autori di reato e a rischio di tossicodipendenza, presso strutture residenziali e semiresidenziali, con percorsi "protetti", di orientamento, di formazione ed inserimento lavorativo.

Nell'ambito della collaborazione tra alcune ASL di Roma ed il Centro Giustizia Minorile del Lazio continua il lavoro del gruppo interistituzionale per gli inserimenti in comunità, orientato alla valutazione integrata e all'attivazione di interventi multi-professionali nelle comunità, anche a carattere preventivo.

Sono stati disposti 28 collocamenti nelle due comunità specializzate.

Nel Centro di prima accoglienza di Roma è stato richiesto l'intervento del SERT per 29 soggetti, di cui 17 italiani e 12 stranieri.

Tra i detenuti ristretti presso l'IPM di Roma sono stati accertati 18 soggetti con patologie droghe correlate, di cui 16 maschi e 2 femmine.

Centro per la Giustizia Minorile per l'Abruzzo, Marche e Molise

Nel 2014 i collocamenti in strutture terapeutiche per il trattamento della dipendenza da sostanze stupefacenti sono stati per 13 casi solo di genere maschile. Le strutture sono state individuate dai Servizi specialistici sanitari.

Nel territorio abruzzese e in quello del Molise si riscontra una sostanziale carenza di comunità terapeutiche in grado di accogliere minori tossicodipendenti. Ciò comporta la necessità di ricorrere a strutture operanti in altre Regioni.

Ulteriori difficoltà si riscontrano nei casi di doppia diagnosi che richiedono interventi altamente specializzati.

Un altro elemento di difficoltà è quello relativo alla conciliazione dei tempi di giustizia, specialmente per l'esecuzione della misura cautelare in comunità, con quelli dei Servizi sanitari.

Centro per la Giustizia Minorile per la Campania

Nei diversi Servizi Minorili della Campania sono attivi Protocolli d'Intesa che prevedono l'intervento del SERT per l'effettuazione degli esami tossicologici e per tutti gli interventi necessari.

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".

Nell'IPM di Nisida è attivo un presidio SERT, per circa 7 ore alla settimana che, nel corso dell'anno 2014, ha effettuato in totale 88 interventi. Nel CPA di Napoli è attivo un Protocollo d'intesa con il SERT di Secondigliano anche per gli esami tossicologici.

Si sono registrati 8 collocamenti in comunità terapeutiche.

Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia

In tutti i servizi minorili del distretto pugliese si provvede sistematicamente a segnalare tutti i minori con problematiche connesse all'uso di droghe e di alcool all'Unità Operativa del SERD.

Centro per la Giustizia Minorile per la Calabria e la Basilicata

Nel distretto della Calabria e Basilicata si è constatato un aumento del consumo di cocaina, di cannabis e di uso degli alcolici nei fine settimana così come si è rilevato che l'inizio dell'assunzione di sostanze e soprattutto di alcool sia diventata sempre più precoce.

In merito agli interventi specifici posti in essere si segnala che nel CPA/Comunità di Reggio Calabria, è stato realizzato il progetto "Laboratorio di educazione alla salute" che ha previsto percorsi di sensibilizzazione dei ragazzi relativamente ai rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti ed all'abuso di alcool.

Per quanto riguarda il numero dei soggetti segnalati ai SERT dai servizi minorili della Regione si riportano a seguire i dati per ciascun servizio : il CPA/Comunità di Reggio Calabria ha segnalato un solo soggetto; l'IPM di Catanzaro ha segnalato otto soggetti, di cui due con doppia diagnosi.

Nei Servizi minorili lucani, il numero dei ragazzi assuntori di sostanze è risultato esiguo: la Comunità di Potenza ha ospitato un solo minore assuntore e 2 con doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sardegna

L'USSM di Cagliari è impegnato, ormai da anni, in collaborazione con gli Enti Locali e le scuole del territorio, nelle attività di prevenzione e contrasto del fenomeno di uso/abuso di sostanze stupefacenti e alcool nella popolazione giovanile.

Nell'Istituto penitenziario minorile di Quartucciu, nel 2014, sono risultati assuntori di sostanze stupefacenti 7 minori. I collocamenti in comunità terapeutica sono stati invece 9 di cui due per doppia diagnosi.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sicilia

Negli Istituti penitenziari minorili di Palermo, Catania e Acireale sono stati effettuati 347 drug-test e sono risultati assuntori 72 soggetti, di questi sono stati presi in carico dal Sert 54 ragazzi. Per i

ragazzi arrestati che hanno fatto ingresso nei Centri di prima accoglienza sono risultati assuntori di sostanze stupefacenti 54 soggetti.

I ragazzi inseriti in comunità terapeutica sono stati 6, mentre in comunità specialistiche per doppia diagnosi 3.

Per quanto riguarda la Comunità ministeriale di Caltanissetta, il Servizio ha stipulato con il locale Sert un accordo operativo che garantisce ai giovani ospiti, già nella fase di ingresso, le analisi dei metaboliti urinari e i colloqui di sostegno specialistico per quei ragazzi con problematiche legate all'uso di uso di sostanze stupefacenti. Nell'anno 2014 i giovani assuntori di sostanze stupefacenti sono stati 7 tutti di genere maschile mentre i ragazzi presi in carico dal SERT sono stati 4.

2.3.1 Elaborazione su dati regionali: rilevazione minori tossicodipendenti in carcere

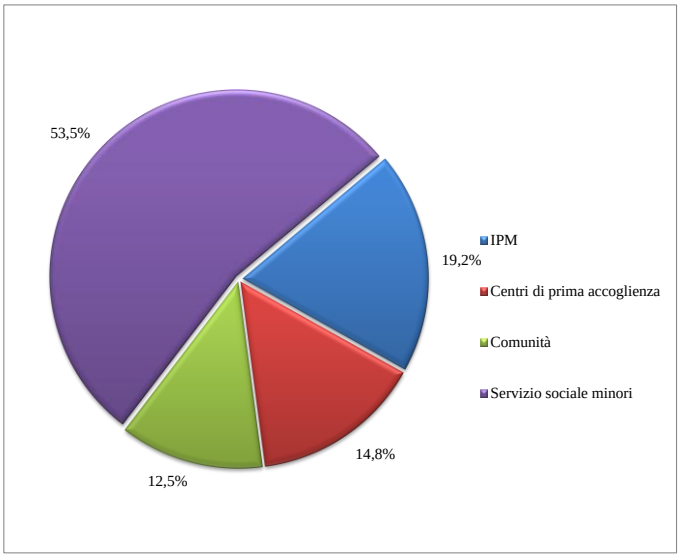
Si prendono in analisi i dati provenienti dalle Regioni relativi ai minori con problemi droga e alcol correlati che si trovano in carcere o in altre strutture di detenzione. Per ciascun soggetto si distingue la dipendenza da alcol e droga, secondo la diagnosi ICD –IX CM, dal mero consumo in assenza di diagnosi.

I dati rilevati sono parziali e di esigua numerosità, si procede a descrivere la situazione dei minori tossicodipendenti ristretti in carcere o nelle altre strutture di detenzione.

Nell'anno 2014 i minori che si trovavano in stato di detenzione e risultavano affetti da problemi droga correlati è pari a 791.

La maggior parte di essi era recluso in Servizi Sociali per Minori (53% circa), seguiti dagli Istituti Penitenziari Minorili (19%), i Centri di Prima Accoglienza (15% circa) e le Comunità (12,5%).

Figura 69: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2014

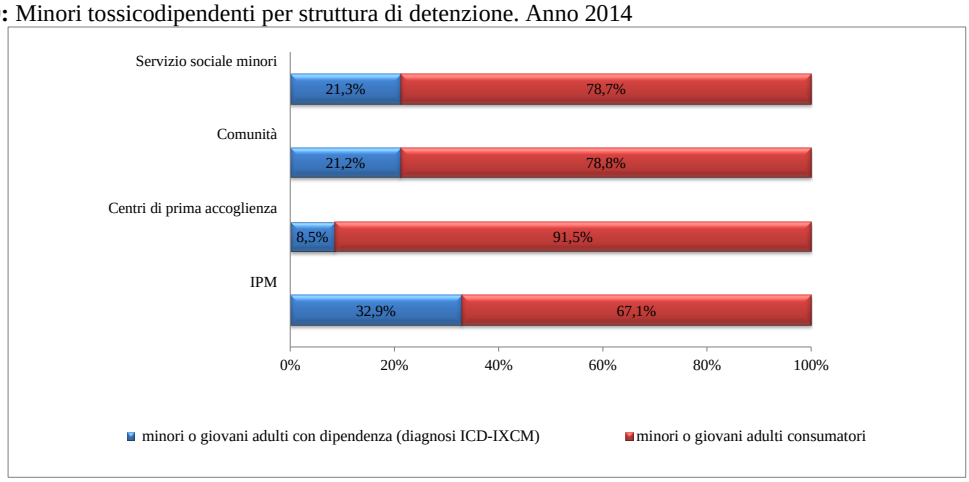


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

La percentuale dei soggetti tossicodipendenti con una diagnosi di dipendenza è pari al 21,6% del totale (171 su 791), mentre quella relativa ai soggetti dediti al mero consumo è del 78,4% (620 su 791).

Classificando i minori rispetto alla tipologia di struttura che li accoglie e allo stato di dipendenza o consumo, si nota che i tossicodipendenti secondo diagnosi ICD IX sono particolarmente presenti negli IPM (33% circa).

Figura 70: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2014

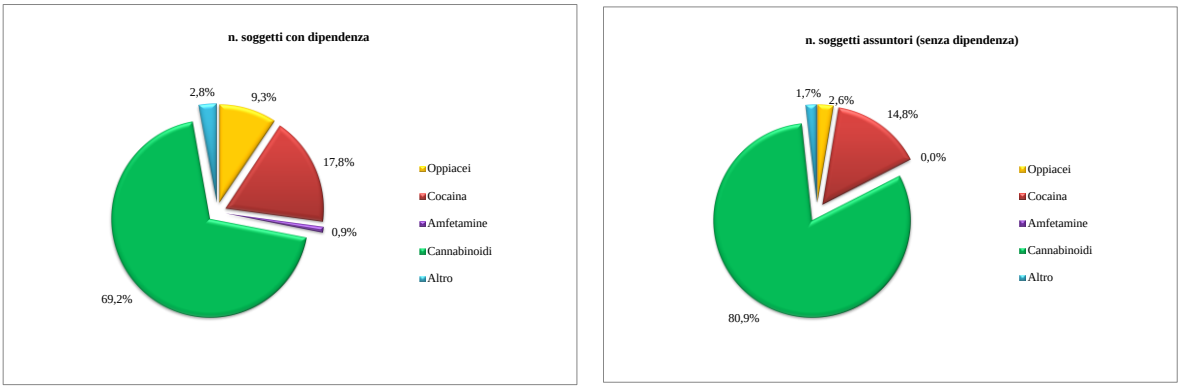


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Quanto al tipo si sostanza consumata, le informazioni a disposizione si hanno solo per 647 soggetti (82% del totale) e da tali informazioni si evince che la maggior parte dei minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi, utilizza principalmente cannabinoidi e cocaina. In particolare tra i dipendenti il 56% abusa di cannabinoidi , il 26% di cocaina e il 14% di oppiacei mentre tra i consumatori non dipendenti il 69% sceglie i cannabinoidi e il 17,8% la cocaina, in misura minore (9,3%) vi è il consumo di oppiacei.

Si aggiunge che il 20,5% dei minori tossicodipendenti detenuti presentava poliabuso (162 su 791).

Figura 71: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi. Anno 2014

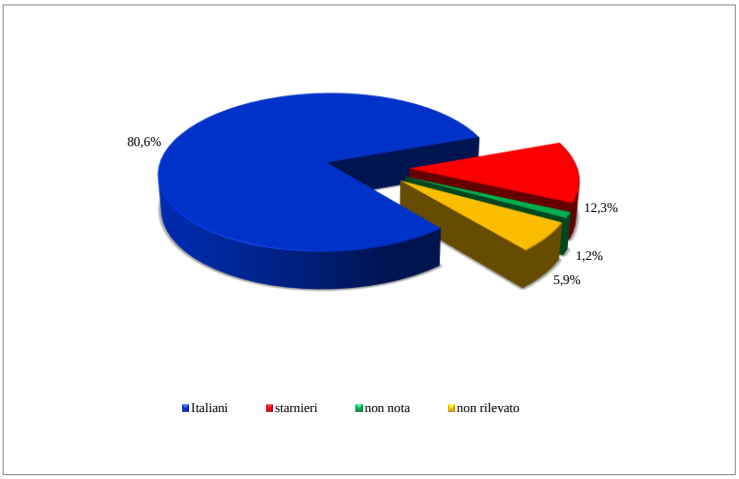


Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Poiché la maggior parte dei dati oggetto di studio sono stati raccolti presso i Servizi Sociali per Minori (SSM), si effettua una analisi più approfondita della tossicodipendenza tra minori in carcere provenienti da tali istituti.

Negli SSM nel 2014 risultano entrati 423 minori tossicodipendenti, per l'81% di cittadinanza italiana e per il 12,3% stranieri.

Figura 72: Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi per cittadinanza. Anno 2014



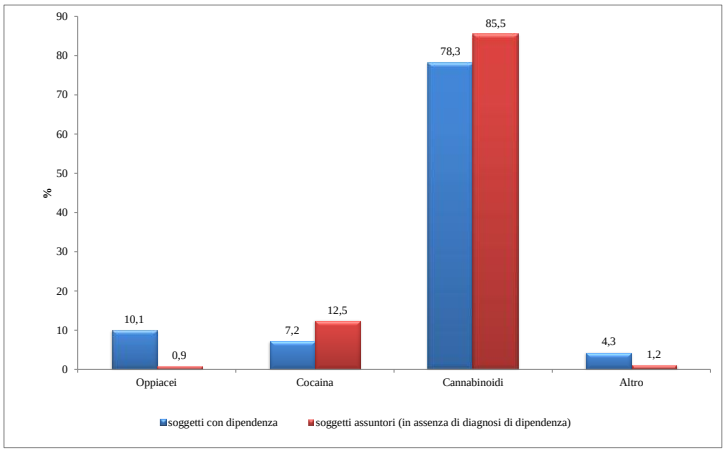
Fonte: Elaborazione su dati provenienti dalle Regioni e dalle PP. AA. – Rilevazione Minori Tossicodipendenti in carcere –Anno 2014

Si tratta di minori di sesso maschile (sono solo 16 le ragazze tossicodipendenti in SSM) e con età intorno ai 17 anni (34% circa).

L'80% dei minori tossicodipendenti carcerato nei Servizi Sociali per Minori è consumatore mentre per il restante 20% vi è una diagnosi di dipendenza.

Le informazioni sul tipo di sostanza consumata si hanno per la gran parte dei soggetti (96% circa). Sia per il gruppo di minori con diagnosi di dipendenza che per quello di assuntori, la sostanza principalmente utilizzata è la cannabis (78,3% e 85,5%, rispettivamente).

Figura 73: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi detenuti in SSM. Anno 2014



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

Si rileva, infine, che l'11% circa dei minori tossicodipendenti detenuto abusa contemporaneamente di più sostanze.

APPENDICE

Prospetti riepilogativi nazionali dell'indagine sui detenuti tossicodipendenti a cura del Dap

Il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 dispone, con il trasferimento delle funzioni sanitarie dal Ministero della Giustizia alle Regioni, il passaggio della titolarità dei dati sanitari, attribuiti con questa norma al SSR. Tuttavia è previsto che l'Amministrazione Penitenziaria possa accedere ai dati sensibili sanitari relativi ai detenuti e agli internati per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali (accordo del 20 Novembre 2008, punto e) della parte relativa agli strumenti di collaborazione interistituzionale, collegamento tra le funzioni riguardanti la salute e le funzioni di sicurezza e trattamento).

Nonostante risulti evidente la necessità per l'Amministrazione Penitenziaria di conoscere il numero di detenuti tossicodipendenti e la loro distribuzione sul territorio, ai fini dell'attività di custodia e trattamento degli stessi, si riscontra tuttora una mancanza di collaborazione da parte di alcuni Sert, che comporta lacune nei dati. Di seguito vengono evidenziate le difficoltà incontrate da questo Ufficio nella rilevazione dei dati relativi al secondo semestre 2014.

Nel semestre suddetto i seguenti istituti non hanno fornito i dati per l'indagine:

- C.R. SPOLETO (dati puntuali e di flusso, scheda 1 e 2)
- C.C. ROMA REBIBBIA N.C (dati di flusso, scheda 2)

RIEPILOGHI NAZIONALI.

scheda 1 - Detenuti presenti di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 2 - Detenuti entrati dalla libertà di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso

scheda 3 - Rilevamento popolazione detenuta ristretta per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

scheda 4 - Rilevamento popolazione detenuta entrata dalla libertà per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

ELENCHI PER ISTITUTO.

scheda 1 - Detenuti presenti di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 2 - Detenuti entrati dalla libertà di cui: tossicodipendenti, stranieri e tossicodipendenti stranieri distinti per sesso.

scheda 3 - Rilevamento popolazione detenuta ristretta per reati di cui all 'Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

scheda 4 - Rilevamento popolazione detenuta entrata dalla libertà per reati di cui all' Art.73 T.U. 309/90 e per altri reati, di cui stranieri.

Fonte: Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - Sezione Statistica.

Situazione al 31 Dicembre 2014 **TOSSICODIPENDENZA Riepilogo Scheda 1**

DETENUTI TOSSICODIPENDENTI

REGIONE	DETENUTI PRESENTI			DETENUTI TOSSICODIPENDENTI				DETENUTI PRESENTI STRANIERI				DETENUTI STRANIERI TOSSICODIPENDENTI			
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU PRES. STRAN.
ABRUZZO	1746	71	1817	302	15	317	17,45%	182	10	192	10,57%	18	0	18	9,38%
BASILICATA	444	11	455	86	3	89	19,56%	64	1	65	14,29%	7	0	7	10,77%
CALABRIA	2346	51	2397	189	0	189	7,88%	320	9	329	13,73%	16	0	16	4,86%
CAMPANIA	6828	360	7188	1538	22	1560	21,70%	814	60	874	12,16%	137	3	140	16,02%
EMILIA ROMAGNA	2767	117	2884	979	37	1016	35,23%	1290	57	1347	46,71%	514	7	521	38,68%
FRIULI VENEZIA GIULIA	594	21	615	66	4	70	11,38%	221	10	231	37,56%	22	0	22	9,52%
LAZIO	5210	390	5600	1652	78	1730	30,89%	2223	194	2417	43,16%	498	17	515	21,31%
LIGURIA	1339	72	1411	426	13	439	31,11%	728	38	766	54,29%	187	0	187	24,41%
LOMBARDIA	7393	431	7824	2413	75	2488	31,80%	3255	204	3459	44,21%	894	25	919	26,57%
MARCHE	840	29	869	185	11	196	22,55%	374	14	388	44,65%	70	1	71	18,30%
MOLISE	322	0	322	91	0	91	28,26%	29	0	29	9,01%	7	0	7	24,14%
PIEMONTE	3463	126	3589	688	9	697	19,42%	1487	64	1551	43,22%	280	2	282	18,18%
PUGLIA	3107	173	3280	648	15	663	20,21%	520	39	559	17,04%	27	0	27	4,83%
SARDEGNA	1804	35	1839	462	12	474	25,77%	432	8	440	23,93%	112	1	113	25,68%
SICILIA	5840	122	5962	1249	27	1276	21,40%	1155	24	1179	19,78%	172	3	175	14,84%
TOSCANA	3156	113	3269	859	24	883	27,01%	1523	50	1573	48,12%	418	6	424	26,95%
TRENTINO ALTO ADIGE	269	20	289	69	4	73	25,26%	199	10	209	72,32%	46	0	46	22,01%
UMBRIA	1362	42	1404	203	7	210	14,96%	391	18	409	29,13%	79	0	79	19,32%
VALLE D'AOSTA	134	0	134	22	0	22	16,42%	84	0	84	62,69%	7	0	7	8,33%
VENETO	2355	120	2475	695	27	722	29,17%	1303	58	1361	54,99%	387	3	390	28,66%
TOTALE	51319	2304	53623	12822	383	13205	24,63%	16594	868	17462	32,56%	3898	68	3966	22,71%

Dati relativi al 2° Semestre 2014 — TOSSICODIPENDENZA Riepilogo Scheda 2

ENTRATI DALLA LIBERTA' TOSSICODIPENDENTI

REGIONE	ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA' TOSSICODIPENDENTI				ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI				ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI TOSSICODIPENDENTI			
	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU ENTRATI	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU PRESENTI	UOMINI	DONNE	TOTALE	%SU ENTRATI STRAN.
ABRUZZO	363	54	417	149	4	153	36,69%	149	12	161	38,61%	31	0	31	19,25%
BASILICATA	75	4	79	22	1	23	29,11%	14	3	17	21,52%	0	0	0	0,00%
CALABRIA	878	56	934	45	0	45	4,82%	156	13	169	18,09%	11	0	11	6,51%
CAMPANIA	2.310	180	2.490	590	22	612	24,58%	405	36	441	17,71%	74	3	77	17,46%
EMILIA ROMAGNA	1.470	116	1.586	563	26	589	37,14%	885	63	948	59,77%	281	9	290	30,59%
FRIULI VENEZIA GIULIA	376	42	418	40	0	40	9,57%	183	24	207	49,52%	10	0	10	4,83%
LAZIO	2.578	258	2.836	584	11	595	20,98%	1.383	148	1.531	53,98%	270	5	275	17,96%
LIGURIA	781	65	846	352	26	378	44,68%	519	34	553	65,37%	206	1	207	37,43%
LOMBARDIA	3.546	264	3.810	1.154	41	1.195	31,36%	2.118	173	2.291	60,13%	572	10	582	25,40%
MARCHE	348	34	382	194	14	208	54,45%	191	16	207	54,19%	76	1	77	37,20%
MOLISE	83	0	83	32	0	32	38,55%	11	0	11	13,25%	7	0	7	63,64%
PIEMONTE	1.619	117	1.736	402	22	424	24,42%	880	48	928	53,46%	178	4	182	19,61%
PUGLIA	1.796	111	1.907	626	15	641	33,61%	422	46	468	24,54%	35	0	35	7,48%
SARDEGNA	386	25	411	114	6	120	29,20%	57	6	63	15,33%	6	0	6	9,52%
SICILIA	2.078	73	2.151	283	5	288	13,39%	651	20	671	31,19%	43	1	44	6,56%
TOSCANA	1.234	98	1.332	459	18	477	35,81%	805	49	854	64,11%	275	5	280	32,79%
TRENTINO ALTO ADIGE	193	15	208	66	5	71	34,13%	137	4	141	67,79%	45	0	45	31,91%
UMBRIA	275	22	297	90	4	94	31,65%	177	11	188	63,30%	46	0	46	24,47%
VALLE D'AOSTA	29	2	31	4	0	4	12,90%	22	1	23	74,19%	2	0	2	8,70%
VENETO	1.061	94	1.155	379	16	395	34,20%	700	55	755	65,37%	243	2	245	32,45%
TOTALE NAZIONALE	21.479	1.630	23.109	6.148	236	6.384	27,63%	9.865	762	10.627	45,99%	2.411	41	2.452	23,07%

Situazione al 31 Dicembre 2014 — TOSSICODIPENDENZA RIEPILOGO Scheda 3

DETENUTI PRESENTI PER REATO, STATO DI TOSSICODIPENDENZA, NAZIONALITA'

ISTITUTO	QUADRO 1			QUADRO 2			QUADRO 3			QUADRO 4		
	DETENUTI PRESENTI			DETENUTI PRESENTI			DETENUTI PRESENTI STRANIERI			DETENUTI PRESENTI STRANIERI		
	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE
ABRUZZO	621	1196	1817	317	1500	1817	75	117	192	18	174	192
BASILICATA	172	283	455	89	366	455	25	40	65	7	58	65
CALABRIA	654	1743	2397	189	2208	2397	45	284	329	16	313	329
CAMPANIA	2428	4760	7188	1560	5628	7188	306	568	874	140	734	874
EMILIA ROMAGNA	908	1976	2884	1016	1868	2884	524	823	1347	521	826	1347
FRIULI VENEZIA GIULIA	162	453	615	70	545	615	66	165	231	22	209	231
LAZIO	1931	3669	5600	1730	3870	5600	828	1589	2417	515	1902	2417
LIGURIA	561	850	1411	439	972	1411	355	411	766	187	579	766
LOMBARDIA	2551	5273	7824	2488	5336	7824	1318	2141	3459	919	2540	3459
MARCHE	375	494	869	196	673	869	201	187	388	71	317	388
MOLISE	133	189	322	91	231	322	17	12	29	7	22	29
PIEMONTE	1127	2462	3589	697	2892	3589	642	909	1551	282	1269	1551
PUGLIA	1109	2171	3280	663	2617	3280	132	427	559	27	532	559
SARDEGNA	755	1084	1839	474	1365	1839	268	172	440	113	327	440
SICILIA	1730	4232	5962	1276	4686	5962	273	906	1179	175	1004	1179
TOSCANA	1102	2167	3269	883	2386	3269	635	938	1573	424	1149	1573
TRENTINO ALTO ADIGE	139	150	289	73	216	289	123	86	209	46	163	209
UMBRIA	572	832	1404	210	1194	1404	217	192	409	79	330	409
VALLE D'AOSTA	49	85	134	22	112	134	34	50	84	7	77	84
VENETO	916	1559	2475	722	1753	2475	631	730	1361	390	971	1361
TOTALE	17995	35628	53623	13205	40418	53623	6715	10747	17462	3966	13496	17462

Dati relativi al 2° Semestre 2014 — TOSSICODIPENDENZA RIEPILOGO Scheda 4

ENTRATI DALLA LIBERTA' PER REATO, STATO DI TOSSICODIPENDENZA, NAZIONALITA'

REGIONE	QUADRO 1			QUADRO 2			QUADRO 3			QUADRO 4		
	ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA'			ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI			ENTRATI DALLA LIBERTA' STRANIERI		
	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE	RISTRETTI PER ART. 73 T.U.309/90	RISTRETTI PER ALTRI REATI	TOTALE	TOSSICODIP.	NON TOSSICODIP.	TOTALE
ABRUZZO	108	309	417	153	264	417	51	110	161	31	130	161
BASILICATA	24	55	79	23	56	79	0	17	17	0	17	17
CALABRIA	161	773	934	45	889	934	9	160	169	11	158	169
CAMPANIA	655	1835	2490	612	1878	2490	114	327	441	77	364	441
EMILIA ROMAGNA	452	1134	1586	589	997	1586	320	628	948	290	658	948
FRIULI VENEZIA GIULIA	74	344	418	40	378	418	29	178	207	10	197	207
LAZIO	667	2169	2836	595	2241	2836	341	1190	1531	275	1256	1531
LIGURIA	248	598	846	378	468	846	169	384	553	207	346	553
LOMBARDIA	1020	2790	3810	1195	2615	3810	650	1641	2291	582	1709	2291
MARCHE	148	234	382	208	174	382	97	110	207	77	130	207
MOLISE	18	65	83	32	51	83	1	10	11	7	4	11
PIEMONTE	414	1322	1736	424	1312	1736	287	641	928	182	746	928
PUGLIA	497	1410	1907	641	1266	1907	79	389	468	35	433	468
SARDEGNA	116	295	411	120	291	411	30	33	63	6	57	63
SICILIA	459	1692	2151	288	1863	2151	89	582	671	44	627	671
TOSCANA	374	958	1332	477	855	1332	280	574	854	280	574	854
TRENTINO ALTO ADIGE	54	154	208	71	137	208	49	92	141	45	96	141
UMBRIA	136	161	297	94	203	297	101	87	188	46	142	188
VALLE D'AOSTA	1	30	31	4	27	31	0	23	23	2	21	23
VENETO	383	772	1155	395	760	1155	268	487	755	245	510	755
TOTALE	6009	17100	23109	6384	16725	23109	2964	7663	10627	2452	8175	10627

Serie storica dei detenuti tossicodipendenti e dei detenuti ristretti per reati di cui all'articolo 73 DPR n. 309/90.

TOSSICODIPENDENZA E VIOLAZIONI ART. 73 TU 309/90

Serie storica detenuti presenti anni 1992 - 2014

DATA DI RILEVAZIONE	DETENUTI PRESENTI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI			DETENUTI RISTRETTI PER REATI DI CUI ALL'ART. 73 TU 309/90		
	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	% tossicodipendenti rispetto ai presenti	Totale	di cui stranieri	% art. 73 rispetto ai presenti
31/12/1992	47.316	7.237	14.818	1.681	31,32	15.680	3.749	33,14
30/06/1993	51.937	7.557	15.531	1.927	29,90	17.414	3.499	33,53
31/12/1993	50.348	7.770	15.135	2.104	30,06	15.820	3.478	31,42
30/06/1994	54.616	8.540	15.957	2.333	29,22	18.293	4.191	33,49
31/12/1994	51.165	8.481	14.742	2.321	28,81	17.629	4.298	34,46
30/06/1995	51.973	8.566	15.336	2.501	29,51	18.121	4.256	34,87
31/12/1995	46.908	8.147	13.488	2.541	28,75	16.378	4.184	34,92
30/06/1996	48.694	8.803	14.216	2.652	29,19	16.467	4.324	33,82
31/12/1996	47.709	9.373	13.859	2.823	29,05	16.595	4.608	34,78
30/06/1997	49.554	10.609	14.728	2.994	29,72	16.627	5.075	33,55
31/12/1997	48.495	10.825	14.074	3.336	29,02	17.120	5.364	35,30
30/06/1998	50.578	11.695	14.081	3.259	27,84	18.047	6.154	35,68
31/12/1998	47.811	11.973	13.567	3.263	28,38	17.216	6.255	36,01
30/06/1999	50.856	13.317	14.264	3.270	28,05	18.913	6.595	37,19
31/12/1999	51.814	14.057	15.097	3.681	29,14	19.314	7.521	37,28
30/06/2000	53.537	14.918	14.602	3.418	27,27	19.370	7.754	36,18
31/12/2000	53.165	15.582	14.440	3.837	27,16	19.347	7.803	36,39
30/06/2001	55.393	16.378	15.173	4.021	27,39	20.000	8.634	36,11
31/12/2001	55.275	16.294	15.442	3.879	27,94	20.295	8.554	36,72
30/06/2002	56.277	17.049	15.698	4.193	27,89	22.054	9.508	39,19
31/12/2002	55.670	16.788	15.429	4.138	27,72	21.922	9.282	39,38
30/06/2003	56.403	16.636	14.507	3.375	25,72	22.052	9.149	39,10
31/12/2003	54.237	17.007	14.332	3.190	26,42	21.107	9.247	38,92
30/06/2004	56.532	17.783	15.329	3.421	27,12	22.202	9.585	39,27
31/12/2004	56.068	17.819	15.558	3.346	27,75	21.730	9.557	38,76
30/06/2005	59.125	19.071	16.179	3.016	27,36	23.012	9.990	38,92
31/12/2005	59.523	19.836	16.135	3.564	27,11	23.156	10.028	38,90
30/06/2006	61.264	20.221	16.145	3.370	26,35	23.749	10.177	38,77
31/12/2006	39.005	13.152	8.363	1.901	21,44	14.640	6.214	37,53
30/06/2007	43.957	15.658	10.275	2.778	23,38	16.452	7.503	37,43
31/12/2007	48.693	18.252	13.424	3.756	27,57	18.222	8.693	37,42
30/06/2008	55.057	20.617	14.743	4.067	26,78	21.037	10.213	38,21
31/12/2008	58.127	21.562	15.772	4.881	27,13	22.727	10.993	39,10
30/06/2009	63.630	23.609	15.835	4.266	24,89	25.252	12.207	39,69
31/12/2009	64.791	24.067	15.887	3.788	24,52	26.052	12.523	40,21
30/06/2010	68.258	24.966	16.635	5.064	24,37	27.252	12.633	39,92
31/12/2010	67.961	24.954	16.245	5.083	23,90	27.294	12.523	40,16
30/06/2011	67.394	24.232	16.063	5.015	23,83	27.947	12.373	41,47
31/12/2011	66.897	24.174	16.364	4.888	24,46	26.559	11.966	39,70
30/06/2012	66.528	23.865	15.654	4.876	23,53	26.061	11.591	39,17
31/12/2012	65.701	23.492	15.663	4.864	23,84	25.269	11.063	38,46
30/06/2013	66.028	23.233	14.767	4.679	22,36	25.096	10.590	38,01
31/12/2013	62.536	21.854	14.879	4.791	23,79	23.346	9.688	37,33
30/06/2014	58.092	19.401	14.612	4.324	25,15	20.385	7.876	35,09
31/12/2014	53.623	17.462	13.205	3.966	24,63	17.995	6.715	33,56

TOSSICODIPENDENZA E VIOLAZIONI ART. 73 TU 309/90

Serie storica detenuti entrati anni 2005 - 2014

SEMESTRE DI RILEVAZIONE	DETENUTI ENTRATI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI ENTRATI			DETENUTI ENTRATI PER REATI DI CUI ALL'ART. 73 TU 309/90		
	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	% tossicodipendenti rispetto agli entrati	Totale	di cui stranieri	% art. 73 rispetto agli entrati
I sem. 2005	44.345	19.284	12.254	3.361	27,63	12.952	5.178	29,21
II sem. 2005	45.542	21.322	13.287	4.245	29,18	12.825	4.929	28,16
I sem. 2006	47.117	21.682	12.978	3.745	27,54	12.763	4.989	27,09
II sem. 2006	43.597	21.606	11.659	3.595	26,74	12.636	5.336	28,98
I sem. 2007	45.810	21.888	10.969	3.156	23,94	13.632	5.746	29,76
II sem. 2007	44.631	21.972	13.402	4.784	30,03	13.353	5.847	29,92
I sem. 2008	47.108	21.936	13.868	4.747	29,44	14.474	6.382	30,73
II sem. 2008	45.692	21.163	13.529	4.876	29,61	14.391	5.919	31,50
I sem. 2009	45.447	20.792	12.523	4.064	27,56	14.657	6.774	32,25
II sem. 2009	42.619	19.281	12.583	4.316	29,52	13.712	5.686	32,17
I sem. 2010	44.140	19.370	12.404	4.215	28,10	13.744	5.517	31,14
II sem. 2010	40.501	17.928	11.604	4.164	28,65	12.397	4.929	30,61
I sem. 2011	40.065	17.406	10.793	3.625	26,94	12.803	5.333	31,96
II sem. 2011	36.917	15.899	11.639	4.112	31,53	11.649	4.893	31,55
I sem. 2012	32.625	13.899	10.065	3.249	30,85	10.796	4.910	33,09
II sem. 2012	30.395	13.107	8.225	2.853	27,06	9.669	4.178	31,81
I sem. 2013	31.786	13.596	8.359	2.856	26,30	9.818	4.361	30,89
II sem 2013	27.604	12.222	8.184	2.819	29,65	8.333	3.748	30,19
I sem 2014	27.108	12.120	7.426	2.606	27,39	7.963	3.783	29,38
II sem 2014	23.109	10.627	6.384	2.452	27,63	6.009	2.964	26,00

Bibliografia

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012.

Istat, 2014 *http://demo.istat.it/pop2014/index.html*.

WHO, Regional Office for Europe, 2014. Prison and health.

Relazione annuale al Parlamento, 2014. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento Politiche antidroga.

http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2014/presentazione.aspx

Sani G, Pompili P, Angelone M, et al., (2008). Il tentativo di suicidio. In Tatarelli L, Pompili M, (a cura di) *Il suicidio e la sua prevenzione*, pp.63-80, Giovanni Fioriti Editore s.r.l., Roma.

Capitolo 3. Le segnalazioni ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90

A cura del Ministero dell'Interno.

3.1 Premessa

L'art. 75 - Condotte integranti illeciti amministrativi, del D.P.R. n. 309/1990 recita come segue: *Chiunque, per farne uso personale, illecitamente importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope e' sottoposto, per un periodo da due mesi a un anno, se si tratta di sostanze stupefacenti o psicotrope comprese nelle tabelle I e III previste dall'articolo 14, e per un periodo da uno a tre mesi, se si tratta di sostanze stupefacenti o psicotrope comprese nelle tabelle II e IV previste dallo stesso articolo, a una o piu' delle seguenti sanzioni amministrative*.

Sin dall'entrata in vigore del D.P.R. n. 309/1990, recante "T.U. delle leggi in materia di droga", il Dipartimento per le Politiche del personale dell'amministrazione civile e per le Risorse strumentali e finanziarie, attualmente attraverso il Centro Studi, Ricerca e Documentazione, cura tramite le Prefetture - UTG le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. suddetto, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale) e sui tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione.

Relativamente alle informazioni sui soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75, viene rilevata l'entità, la distribuzione geografica, il tipo di sostanza usata, il numero di colloqui svolti, le sanzioni irrogate e i casi archiviati per conclusione del programma terapeutico.

Per quanto riguarda invece l'altro flusso informativo, ovvero i tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative, viene effettuato periodicamente il censimento delle strutture esistenti a livello provinciale e regionale (suddivise in: residenziali, semi-residenziali, ambulatoriali) e viene rilevato il numero dei tossicodipendenti in trattamento presso le strutture stesse, disaggregato per sesso.

Il monitoraggio dei flussi informativi, in materia di tossicodipendenza, consente di raccogliere utili elementi conoscitivi su alcuni aspetti di tale complesso fenomeno.

L'attività viene svolta anche al fine di offrire, annualmente, il proprio contributo alla redazione della Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.

Il Centro Studi, Ricerca e Documentazione svolge, inoltre, una costante collaborazione nei confronti degli Enti istituzionali pubblici e del privato sociale che operano nel settore.

3.2 Dati sulle persone segnalate e in trattamento presso le strutture socio-riabilitative

Il Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie, attualmente attraverso il Centro Studi, Ricerca e Documentazione ha svolto nel 2014, una rilevazione con cadenza semestrale sui tossicodipendenti in cura presso le

strutture socio-riabilitative, i cui risultati, considerati globalmente, permettono di valutare il flusso dei tossicodipendenti che si sono accostati ai presidi privati nel corso dell'anno di riferimento.

La media di utenti presso le strutture socio-riabilitative, rilevata nel corso del 2014, risulta in lieve diminuzione rispetto a quella censita nell'anno precedente. Infatti nell'anno 2014 è stata di 15.297 soggetti a fronte dei 16.189 dell'anno 2013 (diminuzione di circa il 5,5%).

La maggior parte dei presidi è situata nel Nord d'Italia.

Il maggior numero di utenti è stato registrato in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Veneto.

Il rapporto tra utenti maschi e femmine evidenzia una preponderante presenza maschile (84% circa).

Tabella 63: Numero di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative.

Data della rilevazione semestrale	Numero di soggetti in trattamento	Data della rilevazione semestrale	Numero di soggetti in trattamento
30/06/2013	16.052	30/06/2014	15.473
31/12/2013	16.326	31/12/2014	15.121
Media 2013	16.189	Media 2014	15.297

Tabella 64: Distribuzione e ripartizione territoriale del numero dei tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative. Data del 31/12/2013 e del 31/12/2014

ZONE	Numero delle strutture censite		Numero dei tossicodipendenti		Carico medio per struttura	
	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2013	31/12/2014
Nord	468	462	8688	8365	18	18
Centro	168	169	4129	3829	24	23
Sud	156	152	2301	2011	15	13
Isole	54	51	1208	916	22	18

Tabella 65: Strutture socio-riabilitative esistenti al 31.12.2014

ZONE	Residenziali	Semi Residenziali	Ambulatoriali	Totale
Nord	370	90	62	522
Centro	120	45	19	184
Sud	106	33	37	176
Isole	37	7	13	57
Totale Italia	633	175	131	939

3.3 Sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt.75 e 121 TU 309/90

Il Centro Studi Ricerca e Documentazione, Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie a seguito del D.L. 24/06/2014 n. 90 (Art. 21) convertito con modificazioni in L. 11/08/2014 e la conseguente soppressione della Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, cura, tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R.309/90, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale), i tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione, nonché le iniziative di contrasto alle tossicodipendenze adottate a livello provinciale dagli enti pubblici e dal privato sociale.

Nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali, nel corso del 2013, questo Ufficio ha curato la seguente pubblicazione: Le Tossicodipendenze in Italia Anno 2013.

Principali prospettive emerse nel 2014 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate.

Dall'esame delle informazioni raccolte tramite le Prefetture in materia di tossicodipendenze è emerso che nell'anno 2014 le persone segnalate ex art. 75 sono state 31.272 di cui 29.069 maschi (pari al 92,96%) e 2.203 femmine (pari al 7,04%).

Il numero delle persone segnalate risulta in diminuzione rispetto all'anno 2013, (32.555) e va evidenziato che i dati relativi all'anno 2014 sono da considerarsi provvisori.

Riguardo alla distribuzione geografica, le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono nell'ordine: la Sicilia (3.659), la Toscana (3.379), il Lazio (2.806). Le regioni che hanno il minor numero di soggetti segnalati sono nell'ordine: la Valle d'Aosta (145), il Friuli (272), il Molise (280).

Sul totale dei segnalati nel 2014, risultano minori di 18 anni 3.604 soggetti (pari all'11,53%) di cui 3.303 maschi e 301 femmine. L'età media dei segnalati è 24 anni, le classi di età con maggiore incidenza sono quelle tra i 18 anni ed i 20 anni (7.200) e quella oltre i 30 anni (8.155).

Tabella 66.

Fasce di età delle persone segnalate ex art 75 (anno 2014) v.%)								
MF	MF	MF	MF	MF	MF	MF	MF	
Fino a 14	15 -17	18 -20	21 -22	23 -25	26 -28	29 -30	Oltre 30	Totale
0,83	10,69	23,02	12,20	13,54	8,75	4,89	26,08	100

La tabella seguente mostra il trend delle diverse fasce di età. Si evidenzia che nel corso degli anni, i segnalati ai sensi dell'art. 75 sono in maggioranza persone che hanno un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni; la percentuale di segnalati oltre i 30 anni di età è in aumento in modo più consistente a partire dall'anno 2002.

Tabella 67.

Percentuale di segnalati per fasce di età (1990-2014) v.%									
Anno	Fino a 14	15 -17	18 -20	21 -22	23 -25	26 -28	29 -30	Oltre 30	
1990	0,4%	5,3%	22%	16%	22%	6%	7%	11%	100%
1991	0,3%	5,6%	23%	16%	20%	16%	7%	12%	100%
1992	0,4%	5,6%	23%	16%	21%	15%	6%	13%	100%
1993	0,4%	5,6%	23%	16%	21%	14%	7%	14%	100%
1994	0,4%	5,6%	25%	15%	20%	13%	7%	14%	100%
1995	0,3%	6%	26%	16%	19%	13%	7%	14%	100%
1996	0,3%	7%	25%	17%	18%	13%	6%	14%	100%
1997	0,4%	7,5%	26%	16%	17%	12%	6%	14%	100%
1998	0,4%	8,6%	27%	16%	17%	11%	6%	14%	100%
1999	0,4%	8,5%	27%	16%	17%	12%	5%	14%	100%
2000	0,4%	8,5%	27%	15%	17%	11%	5%	15%	100%
2001	0,4%	8,3%	28%	16%	17%	11%	5%	14%	100%
2002	0,4%	8%	26%	15%	17%	12%	6%	16%	100%
2003	0,4%	8%	26%	15%	17%	11%	5%	17%	100%
2004	0,5%	8%	25%	15%	17%	11%	6%	18%	100%
2005	0,4%	7,8%	23%	15%	16%	12%	6%	19%	100%
2006	0,4%	7,3%	22%	13%	16%	12%	6%	22%	100%
2007	0,3%	7,7%	22%	13%	15%	12%	6%	24%	100%
2008	0,4%	7,6%	22%	13%	15%	11%	6%	25%	100%
2009	1%	8%	22%	12%	14%	11%	6%	26%	100%

2010	1%	8%	22%	12%	14%	10%	6%	27%	100%
2011	1%	8%	22%	12%	14%	10%	6%	27%	100%
2012	1%	8%	22%	13%	14%	10%	5%	27%	100%
2013	1%	9%	23%	13%	14%	10%	5%	25%	100%
2014	1%	11%	23%	12%	13%	9%	5%	26%	100%

Le fasce più giovani (fino a 14 anni e 15 – 17 anni) mostrano un sensibile aumento; confermando quanto acquisito sulla base delle informazioni apprese durante i colloqui presso le Prefetture. Gli operatori dei NOT confermano che si è abbassata l'età del primo consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope e che anche tra le persone segnalate si registra, negli ultimi anni, una maggiore incidenza di "poliassuntori", cioè a dire soggetti che assumono stupefacenti in associazione con alcolici.

Tabella 68.

NORD - DATI ZONA - GIUGNO 2014 **Strutture socio-riabilitative**										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
PIEMONTE	53	53	623	120	743	5	5	55	8	63
VALLE D`AOSTA	4	4	21	2	23	1	1	6	5	11
LOMBARDIA	126	109	1988	463	2451	19	13	180	18	198
LIGURIA	24	24	255	55	310	8	8	17	0	17
TRENTINO ALTO ADIGE	5	5	52	7	59	1	1	50	18	68
VENETO	71	70	625	154	779	31	30	160	47	207
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	1	34	0	34	5	1	18	0	18
EMILIA ROMAGNA	88	84	1819	380	2199	21	16	61	15	76
TOTALE NORD	374	350	5417	1181	6598	91	75	547	111	658
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
PIEMONTE	5	5	73	22	95	63	63	751	150	901

VALLE D`AOSTA	0	0	0	0	0	5	5	27	7	34
LOMBARDIA	21	12	657	60	717	166	134	2825	541	3366
LIGURIA	3	2	4	3	7	35	34	276	58	334
TRENTINO ALTO ADIGE	1	1	54	38	92	7	7	156	63	219
VENETO	14	13	39	18	57	116	113	824	219	1043
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	2	15	5	20	11	4	67	5	72
EMILIA ROMAGNA	13	12	156	42	198	122	112	2036	437	2473
TOTALE NORD	60	47	998	188	1186	525	472	6962	1480	8442

Tabella 69.

CENTRO - DATI ZONA - GIUGNO 2014 **Strutture socio-riabilitative**										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
TOSCANA	48	43	649	178	827	63	13	122	23	145
UMBRIA	14	14	227	55	282	3	3	10	3	13
MARCHE	32	30	368	73	441	14	14	58	22	80
LAZIO	23	20	361	60	421	11	9	143	37	180
TOTALE CENTRO	**117**	**107**	**1605**	**366**	**1971**	**91**	**39**	**333**	**85**	**418**
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
TOSCANA	6	6	64	34	98	117	62	835	235	1070
UMBRIA	1	1	20	4	24	18	18	257	62	319
MARCHE	8	7	79	38	117	54	51	505	133	638
LAZIO	4	3	1187	180	1367	38	32	1691	277	1968
TOTALE CENTRO	**19**	**17**	**1350**	**256**	**1606**	**227**	**163**	**3288**	**707**	**3995**

Tabella 70.

SUD - DATI ZONA - GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
ABRUZZO	11	11	125	12	137	3	3	49	16	65
MOLISE	4	4	48	1	49	0	0	0	0	0
CAMPANIA	15	15	384	27	411	8	8	50	5	55
PUGLIA	44	31	455	34	489	15	8	72	3	75
BASILICATA	5	5	85	4	89	4	4	23	2	25
CALABRIA	19	105	176	9	185	5	5	29	2	31
TOTALE SUD	**98**	**171**	**1273**	**87**	**1360**	**35**	**28**	**223**	**28**	**251**
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
ABRUZZO	6	6	56	7	63	20	20	230	35	265
MOLISE	0	0	0	0	0	4	4	48	1	49
CAMPANIA	9	9	85	2	87	32	32	519	34	553
PUGLIA	18	14	183	17	200	77	53	710	54	764
BASILICATA	2	2	2	0	2	11	11	110	6	116
CALABRIA	1	2	2	0	2	25	112	207	11	218
TOTALE SUD	**36**	**33**	**328**	**26**	**354**	**169**	**232**	**1824**	**141**	**1965**

Tabella 71.

ISOLE - DATI ZONA - GIUGNO 2014

Strutture socio-riabilitative

Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
SICILIA	18	16	354	29	383	7	7	74	11	85
SARDEGNA	18	17	336	49	385	1	0	0	0	0
TOTALE ISOLE	**36**	**33**	**690**	**78**	**768**	**8**	**7**	**74**	**11**	**85**

Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
SICILIA	5	5	27	4	31	30	28	455	44	499
SARDEGNA	8	7	155	32	187	27	24	491	81	572
TOTALE ISOLE	**13**	**12**	**182**	**36**	**218**	**57**	**52**	**946**	**125**	**1071**

Tabella 72.

NORD - DATI ZONA al 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PIEMONTE	53	48	613	125	738	5	5	60	10	70
VALLE D`AOSTA	4	4	28	5	33	1	1	4	3	7
LOMBARDIA	120	112	1926	385	2311	20	15	137	13	150
LIGURIA	24	20	208	39	247	8	5	13	0	13
TRENTINO ALTO ADIGE	5	4	40	8	48	1	1	49	17	66
VENETO	68	60	665	170	835	30	26	163	42	205
FRIULI VENEZIA GIULIA	7	7	50	3	53	4	3	11	1	12
EMILIA ROMAGNA	89	86	2061	425	2486	21	16	69	13	82
Totale	**370**	**341**	**5591**	**1160**	**6751**	**90**	**72**	**506**	**99**	**605**

Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PIEMONTE	5	5	72	26	98	63	58	745	161	906
VALLE D`AOSTA	0	0	0	0	0	5	5	32	8	40
LOMBARDIA	20	10	401	80	481	160	137	2464	478	2942
LIGURIA	2	3	4	1	5	34	28	225	40	265
TRENTINO ALTO ADIGE	1	1	55	41	96	7	6	144	66	210
VENETO	18	16	73	35	108	116	102	901	247	1148
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	2	15	5	20	15	12	76	9	85
EMILIA ROMAGNA	12	12	162	39	201	122	114	2292	477	2769
Totale	**62**	**49**	**782**	**227**	**1009**	**522**	**462**	**6879**	**1486**	**8365**

Tabella 73.

CENTRO - DATI ZONA al 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
TOSCANA	48	45	645	186	831	18	14	129	58	187
UMBRIA	17	17	277	67	344	4	4	12	2	14
MARCHE	32	30	303	93	396	15	15	74	24	98
LAZIO	23	21	370	67	437	8	6	169	36	205
Totale	**120**	**113**	**1595**	**413**	**2008**	**45**	**39**	**384**	**120**	**504**

Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
TOSCANA	5	5	28	3	31	71	64	802	247	1049
UMBRIA	1	1	16	8	24	22	22	305	77	382
MARCHE	7	6	56	8	64	54	51	433	125	558
LAZIO	6	5	1008	190	1198	37	32	1547	293	1840
Totale	**19**	**17**	**1108**	**209**	**1317**	**184**	**169**	**3087**	**742**	**3829**

Tabella 74.

SUD - DATI ZONA al 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
ABRUZZO	12	12	154	16	170	3	3	66	16	82
MOLISE	4	4	51	2	53	0	0	0	0	0
CAMPANIA	18	18	351	22	373	7	7	37	3	40
PUGLIA	44	30	436	32	468	14	9	54	0	54
BASILICATA	5	5	87	6	93	2	2	7	1	8
CALABRIA	23	23	257	11	268	7	7	22	2	24
Totale	**106**	**92**	**1336**	**89**	**1425**	**33**	**28**	**186**	**22**	**208**
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
ABRUZZO	4	4	27	7	34	19	19	247	39	286
MOLISE	0	0	0	0	0	4	4	51	2	53
CAMPANIA	10	10	83	6	89	35	35	471	31	502
PUGLIA	18	12	198	16	214	76	51	688	48	736
BASILICATA	4	4	38	2	40	11	11	132	9	141
CALABRIA	1	2	1	0	1	31	32	280	13	293
Totale	**37**	**32**	**347**	**31**	**378**	**176**	**152**	**1869**	**142**	**2011**

Tabella 75.

ISOLE - DATI ZONA al 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
SICILIA	18	17	343	26	369	6	6	57	0	57
SARDEGNA	19	17	310	42	352	1	1	0	0	0
Totale	**37**	**34**	**653**	**68**	**721**	**7**	**7**	**57**	**0**	**57**
Regione	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**

SICILIA	5	4	29	4	33	29	27	429	30	459
SARDEGNA	8	6	94	11	105	28	24	404	53	457
Totale	**13**	**10**	**123**	**15**	**138**	**57**	**51**	**833**	**83**	**916**

Tabella 76.

PIEMONTE - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
ALESSANDRIA	5	5	37	15	0	0	0	0
ASTI	3	3	28	0	0	0	0	0
BIELLA	5	5	70	13	1	1	5	1
CUNEO	8	8	174	34	1	1	10	0
NOVARA	1	1	13	1	0	0	0	0
TORINO	28	28	282	52	3	3	40	7
VERBANIA	3	3	19	5	0	0	0	0
VERCELLI	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**53**	**53**	**623**	**120**	**5**	**5**	**55**	**8**

Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
ALESSANDRIA	1	1	24	12	6	6	61	27
ASTI	0	0	0	0	3	3	28	0
BIELLA	0	0	0	0	6	6	75	14
CUNEO	0	0	0	0	9	9	184	34
NOVARA	0	0	0	0	1	1	13	1
TORINO	4	4	49	10	35	35	371	69
VERBANIA	0	0	0	0	3	3	19	5
VERCELLI	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**5**	**5**	**73**	**22**	**63**	**63**	**751**	**150**

Tabella 77.

VALLE D'AOSTA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AOSTA	4	4	21	2	1	1	6	5
Totale	**4**	**4**	**21**	**2**	**1**	**1**	**6**	**5**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AOSTA	0	0	0	0	5	5	27	7
Totale	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**5**	**27**	**7**

Tabella 78.

LOMBARDIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BERGAMO	15	14	220	47	3	3	22	2
BRESCIA	13	12	381	177	2	1	8	2
COMO	7	6	94	28	0	0	0	0
CREMONA	10	8	104	40	1	1	12	0
LECCO	4	4	75	8	1	1	4	0
LODI	9	5	109	2	0	0	0	0
MANTOVA	7	7	83	18	2	2	12	5
MILANO	32	28	543	53	4	1	83	0
MONZA e della BRIANZA	4	4	71	15	0	0	0	0
PAVIA	10	10	174	25	3	3	32	7
SONDRIO	2	1	22	7	0	0	0	0
VARESE	13	10	112	43	3	1	7	2
Totale	**126**	**109**	**1988**	**463**	**19**	**13**	**180**	**18**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			

	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
BERGAMO	2	2	26	8	20	19	268	57
BRESCIA	2	2	29	2	17	15	418	181
COMO	1	1	14	1	8	7	108	29
CREMONA	1	0	7	0	12	9	123	40
LECCO	0	0	0	0	5	5	79	8
LODI	0	0	0	0	9	5	109	2
MANTOVA	0	0	0	0	9	9	95	23
MILANO	14	7	581	49	50	36	1207	102
MONZA e della BRIANZA	0	0	0	0	4	4	71	15
PAVIA	0	0	0	0	13	13	206	32
SONDRIO	0	0	0	0	2	1	22	7
VARESE	1	0	0	0	17	11	119	45
Totale	**21**	**12**	**657**	**60**	**166**	**134**	**2825**	**541**

Tabella 79.

LIGURIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
GENOVA	10	10	115	15	5	5	7	0
IMPERIA	5	5	60	5	0	0	0	0
LA SPEZIA	4	4	66	17	2	2	10	0
SAVONA	5	5	14	18	1	1	0	0
Totale	**24**	**24**	**255**	**55**	**8**	**8**	**17**	**0**
Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
GENOVA	1	1	0	0	16	16	122	15
IMPERIA	1	0	0	0	6	5	60	5
LA SPEZIA	1	1	4	3	7	7	80	20
SAVONA	0	0	0	0	6	6	14	18
Totale	**3**	**2**	**4**	**3**	**35**	**34**	**276**	**58**

Tabella 80.

TRENTINO ALTO ADIGE - DATI PROVINCIALI DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BOLZANO	2	2	12	3	0	0	0	0
TRENTO	3	3	40	4	1	1	50	18
Totale	**5**	**5**	**52**	**7**	**1**	**1**	**50**	**18**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BOLZANO	0	0	0	0	2	2	12	3
TRENTO	1	1	54	38	5	5	144	60
Totale	**1**	**1**	**54**	**38**	**7**	**7**	**156**	**63**

Tabella 81.

VENETO - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BELLUNO	5	5	63	9	1	1	1	0
PADOVA	10	10	58	36	7	7	20	14
ROVIGO	2	2	8	2	2	2	1	0
TREVISO	5	5	53	22	1	1	6	4
VENEZIA	12	12	112	43	2	1	5	3
VERONA	9	8	88	17	4	4	53	11
VICENZA	28	28	243	25	14	14	74	15
Totale	**71**	**70**	**625**	**154**	**31**	**30**	**160**	**47**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BELLUNO	1	1	3	0	7	7	67	9
PADOVA	2	1	1	0	19	18	79	50
ROVIGO	0	0	0	0	4	4	9	2
TREVISO	0	0	0	0	6	6	59	26

VENEZIA	2	2	3	0	16	15	120	46
VERONA	2	2	8	1	15	14	149	29
VICENZA	7	7	24	17	49	49	341	57
Totale	**14**	**13**	**39**	**18**	**116**	**113**	**824**	**219**

Tabella 82.

FRIULI VENEZIA GIULIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
GORIZIA	0	0	0	0	0	0	0	0
PORDENONE	1	1	3	0	1	1	10	0
TRIESTE	0	0	0	0	1	0	0	0
UDINE	2	0	31	0	3	0	8	0
Totale	**3**	**1**	**34**	**0**	**5**	**1**	**18**	**0**

Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
GORIZIA	0	0	0	0	0	0	0	0
PORDENONE	0	0	0	0	2	2	13	0
TRIESTE	3	2	15	5	4	2	15	5
UDINE	0	0	0	0	5	0	39	0
Totale	**3**	**2**	**15**	**5**	**11**	**4**	**67**	**5**

Tabella 83.

EMILIA ROMAGNA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BOLOGNA	14	14	185	51	6	5	9	4
FERRARA	5	5	80	12	1	1	4	0
FORLI`	17	14	129	17	7	3	13	4
MODENA	8	7	78	19	1	1	8	0
PARMA	8	8	80	6	0	0	0	0
PIACENZA	8	8	38	11	2	2	0	0
RAVENNA	9	9	144	17	1	1	0	0
REGGIO EMILIA	9	9	152	22	1	1	4	1
RIMINI	10	10	933	225	2	2	23	6
Totale	**88**	**84**	**1819**	**380**	**21**	**16**	**61**	**15**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
BOLOGNA	5	5	54	13	25	24	248	68
FERRARA	1	1	0	0	7	7	84	12
FORLI`	0	0	0	0	24	17	142	21
MODENA	3	3	50	21	12	11	136	40
PARMA	0	0	0	0	8	8	80	6
PIACENZA	2	2	22	1	12	12	60	12
RAVENNA	0	0	0	0	10	10	144	17
REGGIO EMILIA	2	1	30	7	12	11	186	30
RIMINI	0	0	0	0	12	12	956	231
Totale	**13**	**12**	**156**	**42**	**122**	**112**	**2036**	**437**

Tabella 84.

TOSCANA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
AREZZO	3	3	77	14	0	0	0	0
FIRENZE	16	13	117	40	6	4	30	3
GROSSETO	2	2	34	12	46	0	0	0
LIVORNO	4	4	47	6	2	2	27	7
LUCCA	4	4	45	17	0	0	0	0
MASSA	3	3	78	14	1	0	0	0
PISA	2	2	27	5	1	1	9	1
PISTOIA	9	7	130	47	3	2	38	8
PRATO	2	2	27	7	1	1	3	0
SIENA	3	3	67	16	3	3	15	4
Totale	**48**	**43**	**649**	**178**	**63**	**13**	**122**	**23**

Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
AREZZO	0	0	0	0	3	3	77	14
FIRENZE	2	2	18	5	24	19	165	48
GROSSETO	0	0	0	0	48	2	34	12
LIVORNO	0	0	0	0	6	6	74	13
LUCCA	2	2	41	27	6	6	86	44
MASSA	0	0	0	0	4	3	78	14
PISA	0	0	0	0	3	3	36	6
PISTOIA	1	1	0	0	13	10	168	55
PRATO	0	0	0	0	3	3	30	7
SIENA	1	1	5	2	7	7	87	22
Totale	**6**	**6**	**64**	**34**	**117**	**62**	**835**	**235**

Tabella 85.

UMBRIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
PERUGIA	13	13	209	55	2	2	5	3
TERNI	1	1	18	0	1	1	5	0
Totale	**14**	**14**	**227**	**55**	**3**	**3**	**10**	**3**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
PERUGIA	1	1	20	4	16	16	234	62
TERNI	0	0	0	0	2	2	23	0
Totale	**1**	**1**	**20**	**4**	**18**	**18**	**257**	**62**

Tabella 86.

MARCHE - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
ANCONA	8	6	66	8	4	4	25	8
ASCOLI PICENO	5	5	73	22	1	1	4	2
FERMO	5	5	65	1	2	2	2	0
MACERATA	5	5	56	10	4	4	12	6
PESARO	9	9	108	32	3	3	15	6
Totale	**32**	**30**	**368**	**73**	**14**	**14**	**58**	**22**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
ANCONA	2	2	46	32	14	12	137	48
ASCOLI PICENO	1	1	5	0	7	7	82	24
FERMO	0	0	0	0	7	7	67	1
MACERATA	4	3	24	4	13	12	92	20
PESARO	1	1	4	2	13	13	127	40
Totale	**8**	**7**	**79**	**38**	**54**	**51**	**505**	**133**

Tabella 87.

LAZIO - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
FROSINONE	4	3	89	19	0	0	0	0
LATINA	0	0	0	0	0	0	0	0
RIETI	0	0	0	0	0	0	0	0
ROMA	12	10	202	41	11	9	143	37
VITERBO	7	7	70	0	0	0	0	0
Totale	**23**	**20**	**361**	**60**	**11**	**9**	**143**	**37**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
FROSINONE	0	0	0	0	4	3	89	19
LATINA	0	0	0	0	0	0	0	0
RIETI	0	0	0	0	0	0	0	0
ROMA	4	3	1187	180	27	22	1532	258
VITERBO	0	0	0	0	7	7	70	0
Totale	**4**	**3**	**1187**	**180**	**38**	**32**	**1691**	**277**

Tabella 88.

ABRUZZO - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CHIETI	4	4	44	4	0	0	0	0
L`AQUILA	1	1	0	0	1	1	2	0
PESCARA	2	2	36	2	2	2	47	16
TERAMO	4	4	45	6	0	0	0	0
Totale	**11**	**11**	**125**	**12**	**3**	**3**	**49**	**16**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CHIETI	1	1	6	2	5	5	50	6
L`AQUILA	2	2	1	0	4	4	3	0

PESCARA	3	3	49	5	7	7	132	23
TERAMO	0	0	0	0	4	4	45	6
Totale	**6**	**6**	**56**	**7**	**20**	**20**	**230**	**35**

Tabella 89.

MOLISE - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
CAMPOBASSO	4	4	48	1	0	0	0	0
ISERNIA	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**4**	**4**	**48**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**

Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
CAMPOBASSO	0	0	0	0	4	4	48	1
ISERNIA	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**4**	**48**	**1**

Tabella 90.

CAMPANIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
AVELLINO	2	2	36	8	2	2	12	3
BENEVENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
CASERTA	4	4	132	4	1	1	7	0
NAPOLI	5	5	128	3	3	3	14	0
SALERNO	4	4	88	12	2	2	17	2
Totale	**15**	**15**	**384**	**27**	**8**	**8**	**50**	**5**

Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
AVELLINO	0	0	0	0	4	4	48	11
BENEVENTO	0	0	0	0	0	0	0	0

CASERTA	2	2	44	0	7	7	183	4
NAPOLI	5	5	34	2	13	13	176	5
SALERNO	2	2	7	0	8	8	112	14
Totale	**9**	**9**	**85**	**2**	**32**	**32**	**519**	**34**

Tabella 91.

PUGLIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali				Semi-Residenziali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
BARI	17	7	113	9	5	2	9	1
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	0	0	0	0	0	0	0	0
BRINDISI	4	4	58	0	0	0	0	0
FOGGIA	3	3	54	6	4	4	63	2
LECCE	7	4	97	12	6	2	0	0
TARANTO	13	13	133	7	0	0	0	0
Totale	**44**	**31**	**455**	**34**	**15**	**8**	**72**	**3**

Provincia	Ambulatoriali				Totali			
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		Strutture		Tossicodipendenti in trattamento	
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine
BARI	8	4	15	3	30	13	137	13
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	1	1	30	0	1	1	30	0
BRINDISI	3	3	0	0	7	7	58	0
FOGGIA	0	0	0	0	7	7	117	8
LECCE	4	4	124	9	17	10	221	21
TARANTO	2	2	14	5	15	15	147	12
Totale	**18**	**14**	**183**	**17**	**77**	**53**	**710**	**54**

Tabella 92.

BASILICATA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
MATERA	3	3	50	0	3	3	15	0
POTENZA	2	2	35	4	1	1	8	2
Totale	**5**	**5**	**85**	**4**	**4**	**4**	**23**	**2**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
MATERA	1	1	0	0	7	7	65	0
POTENZA	1	1	2	0	4	4	45	6
Totale	**2**	**2**	**2**	**0**	**11**	**11**	**110**	**6**

Tabella 93.

CALABRIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CATANZARO	7	7	81	7	2	2	14	0
COSENZA	6	92	0	0	0	0	0	0
CROTONE	0	0	0	0	0	0	0	0
REGGIO CALABRIA	5	5	68	2	3	3	15	2
VIBO VALENTIA	1	1	27	0	0	0	0	0
Totale	**19**	**105**	**176**	**9**	**5**	**5**	**29**	**2**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CATANZARO	0	0	0	0	9	9	95	7
COSENZA	0	1	0	0	6	93	0	0
CROTONE	0	0	0	0	0	0	0	0
REGGIO CALABRIA	1	1	2	0	9	9	85	4

VIBO VALENTIA	0	0	0	0	1	1	27	0
Totale	**1**	**2**	**2**	**0**	**25**	**112**	**207**	**11**

Tabella 94.

SICILIA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 **Strutture socio-riabilitative**								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AGRIGENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
CALTANISSETTA	3	2	49	15	0	0	0	0
CATANIA	4	4	70	0	0	0	0	0
ENNA	1	1	15	0	0	0	0	0
MESSINA	2	2	55	0	2	2	11	0
PALERMO	2	2	46	0	3	3	52	11
RAGUSA	0	0	0	0	0	0	0	0
SIRACUSA	1	0	10	3	0	0	0	0
TRAPANI	5	5	109	11	2	2	11	0
Totale	**18**	**16**	**354**	**29**	**7**	**7**	**74**	**11**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
AGRIGENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
CALTANISSETTA	0	0	0	0	3	2	49	15
CATANIA	0	0	0	0	4	4	70	0
ENNA	0	0	0	0	1	1	15	0
MESSINA	3	3	11	0	7	7	77	0
PALERMO	0	0	0	0	5	5	98	11
RAGUSA	0	0	0	0	0	0	0	0
SIRACUSA	0	0	0	0	1	0	10	3
TRAPANI	2	2	16	4	9	9	136	15
Totale	**5**	**5**	**27**	**4**	**30**	**28**	**455**	**44**

Tabella 95.

SARDEGNA - DATI PROVINCIALI GIUGNO 2014 Strutture socio-riabilitative								
Provincia	**Residenziali**				**Semi-Residenziali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CAGLIARI	10	10	190	26	0	0	0	0
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	1	1	23	0	0	0	0	0
SASSARI	7	6	123	23	1	0	0	0
Totale	**18**	**17**	**336**	**49**	**1**	**0**	**0**	**0**
Provincia	**Ambulatoriali**				**Totali**			
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**		**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**	
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**
CAGLIARI	3	3	106	25	13	13	296	51
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	0	0	0	0	1	1	23	0
SASSARI	5	4	49	7	13	10	172	30
Totale	**8**	**7**	**155**	**32**	**27**	**24**	**491**	**81**

Tabella 96.

PIEMONTE - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
ALESSANDRIA	5	5	37	10	47	0	0	0	0	0
ASTI	3	0	34	0	34	0	0	0	0	0
BIELLA	5	5	64	9	73	1	1	3	0	3
CUNEO	8	8	160	30	190	1	1	10	0	10
NOVARA	2	1	11	0	11	0	0	0	0	0
TORINO	30	29	307	76	383	3	3	47	10	57
VERBANIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VERCELLI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**53**	**48**	**613**	**125**	**738**	**5**	**5**	**60**	**10**	**70**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				

	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ALESSANDRIA	1	1	18	12	30	6	6	55	22	77
ASTI	0	0	0	0	0	3	0	34	0	34
BIELLA	0	0	0	0	0	6	6	67	9	76
CUNEO	0	0	0	0	0	9	9	170	30	200
NOVARA	0	0	0	0	0	2	1	11	0	11
TORINO	4	4	54	14	68	37	36	408	100	508
VERBANIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VERCELLI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**5**	**5**	**72**	**26**	**98**	**63**	**58**	**745**	**161**	**906**

Tabella 97.

VALLE D`AOSTA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AOSTA	4	4	28	5	33	1	1	4	3	7
Totale	**4**	**4**	**28**	**5**	**33**	**1**	**1**	**4**	**3**	**7**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
AOSTA	0	0	0	0	0	5	5	32	8	40
Totale	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**5**	**32**	**8**	**40**

Tabella 98.

LOMBARDIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BERGAMO	14	13	225	47	272	3	3	19	4	23
BRESCIA	13	13	457	165	622	2	2	9	2	11
COMO	7	6	98	0	98	0	0	0	0	0
CREMONA	10	8	105	39	144	1	1	9	0	9
LECCO	4	4	77	7	84	1	1	4	0	4
LODI	9	9	167	1	168	0	0	0	0	0

MANTOVA	7	7	86	18	104	2	2	6	2	8
MILANO	27	27	284	38	322	5	3	55	2	57
MONZA E DELLA BRIANZA	4	4	48	15	63	0	0	0	0	0
PAVIA	10	10	207	27	234	3	2	28	0	28
SONDRIO	2	1	27	2	29	0	0	0	0	0
VARESE	13	10	145	26	171	3	1	7	3	10
Totale	**120**	**112**	**1926**	**385**	**2311**	**20**	**15**	**137**	**13**	**150**

Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
BERGAMO	1	1	33	3	36	18	17	277	54	331
BRESCIA	2	2	27	10	37	17	17	493	177	670
COMO	1	1	14	4	18	8	7	112	4	116
CREMONA	1	0	7	0	7	12	9	121	39	160
LECCO	0	0	0	0	0	5	5	81	7	88
LODI	0	0	0	0	0	9	9	167	1	168
MANTOVA	0	0	0	0	0	9	9	92	20	112
MILANO	14	5	316	63	379	46	35	655	103	758
MONZA E DELLA BRIANZA	0	0	0	0	0	4	4	48	15	63
PAVIA	0	0	0	0	0	13	12	235	27	262
SONDRIO	0	0	0	0	0	2	1	27	2	29
VARESE	1	1	4	0	4	17	12	156	29	185
Totale	**20**	**10**	**401**	**80**	**481**	**160**	**137**	**2464**	**478**	**2942**

Tabella 99.

LIGURIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
GENOVA	10	7	81	12	93	5	3	4	0	4
IMPERIA	5	5	55	4	59	1	0	0	0	0
LA SPEZIA	4	4	58	20	78	2	2	9	0	9
SAVONA	5	4	14	3	17	0	0	0	0	0
Totale	**24**	**20**	**208**	**39**	**247**	**8**	**5**	**13**	**0**	**13**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				

	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
GENOVA	1	1	0	0	0	16	11	85	12	97
IMPERIA	0	0	0	0	0	6	5	55	4	59
LA SPEZIA	1	1	4	1	5	7	7	71	21	92
SAVONA	0	1	0	0	0	5	5	14	3	17
Totale	**2**	**3**	**4**	**1**	**5**	**34**	**28**	**225**	**40**	**265**

Tabella 100.

TRENTINO ALTO ADIGE - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BOLZANO	2	2	14	5	19	0	0	0	0	0
TRENTO	3	2	26	3	29	1	1	49	17	66
Totale	**5**	**4**	**40**	**8**	**48**	**1**	**1**	**49**	**17**	**66**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
BOLZANO	0	0	0	0	0	2	2	14	5	19
TRENTO	1	1	55	41	96	5	4	130	61	191
Totale	**1**	**1**	**55**	**41**	**96**	**7**	**6**	**144**	**66**	**210**

Tabella 101.

VENETO - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BELLUNO	3	3	27	2	29	2	2	19	3	22
PADOVA	10	10	61	31	92	5	4	19	16	35
ROVIGO	2	1	3	8	11	2	2	2	0	2
TREVISO	7	0	73	27	100	2	0	3	1	4
VENEZIA	12	12	119	48	167	2	1	8	2	10
VERONA	8	8	139	28	167	4	4	41	9	50
VICENZA	26	26	243	26	269	13	13	71	11	82
Totale	**68**	**60**	**665**	**170**	**835**	**30**	**26**	**163**	**42**	**205**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				

	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BELLUNO	2	2	12	4	16	7	7	58	9	67
PADOVA	3	2	2	0	2	18	16	82	47	129
ROVIGO	0	0	0	0	0	4	3	5	8	13
TREVISO	1	0	0	0	0	10	0	76	28	104
VENEZIA	2	2	2	0	2	16	15	129	50	179
VERONA	2	2	8	2	10	14	14	188	39	227
VICENZA	8	8	49	29	78	47	47	363	66	429
Totale	**18**	**16**	**73**	**35**	**108**	**116**	**102**	**901**	**247**	**1148**

Tabella 102.

FRIULI VENEZIA GIULIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
GORIZIA	1	1	7	3	10	1	1	1	1	2
PORDENONE	1	1	3	0	3	1	1	9	0	9
TRIESTE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
UDINE	5	5	40	0	40	1	1	1	0	1
Totale	**7**	**7**	**50**	**3**	**53**	**4**	**3**	**11**	**1**	**12**

Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
GORIZIA	1	1	3	1	4	3	3	11	5	16
PORDENONE	0	0	0	0	0	2	2	12	0	12
TRIESTE	3	1	12	4	16	4	1	12	4	16
UDINE	0	0	0	0	0	6	6	41	0	41
Totale	**4**	**2**	**15**	**5**	**20**	**15**	**12**	**76**	**9**	**85**

Tabella 103.

EMILIA ROMAGNA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BOLOGNA	14	14	163	49	212	6	5	8	5	13
FERRARA	5	5	89	17	106	1	1	0	0	0
FORLI`	17	17	136	20	156	7	3	14	2	16
MODENA	9	8	84	22	106	1	1	14	0	14
PARMA	8	8	83	3	86	0	0	0	0	0
PIACENZA	8	8	35	9	44	2	2	0	0	0
RAVENNA	9	7	102	10	112	1	1	0	0	0
REGGIO EMILIA	9	9	192	37	229	1	1	5	1	6
RIMINI	10	10	1177	258	1435	2	2	28	5	33
Totale	**89**	**86**	**2061**	**425**	**2486**	**21**	**16**	**69**	**13**	**82**

Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
BOLOGNA	5	5	49	14	63	25	24	220	68	288
FERRARA	1	1	0	0	0	7	7	89	17	106
FORLI`	0	0	0	0	0	24	20	150	22	172
MODENA	3	3	61	15	76	13	12	159	37	196
PARMA	0	0	0	0	0	8	8	83	3	86
PIACENZA	2	2	15	1	16	12	12	50	10	60
RAVENNA	0	0	0	0	0	10	8	102	10	112
REGGIO EMILIA	1	1	37	9	46	11	11	234	47	281
RIMINI	0	0	0	0	0	12	12	1205	263	1468
Totale	**12**	**12**	**162**	**39**	**201**	**122**	**114**	**2292**	**477**	**2769**

Tabella 104.

TOSCANA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AREZZO	3	3	70	14	84	0	0	0	0	0
FIRENZE	16	15	117	30	147	5	4	18	7	25
GROSSETO	2	2	37	16	53	0	0	0	0	0
LIVORNO	4	4	58	10	68	2	2	27	9	36
LUCCA	4	4	44	21	65	2	2	34	29	63
MASSA	3	3	74	12	86	1	0	0	0	0
PISA	2	2	24	7	31	1	1	7	4	11
PISTOIA	9	7	130	47	177	3	2	38	8	46
PRATO	2	2	21	4	25	1	1	3	0	3
SIENA	3	3	70	25	95	3	2	2	1	3
Totale	**48**	**45**	**645**	**186**	**831**	**18**	**14**	**129**	**58**	**187**

Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AREZZO	0	0	0	0	0	3	3	70	14	84
FIRENZE	3	3	22	2	24	24	22	157	39	196
GROSSETO	0	0	0	0	0	2	2	37	16	53
LIVORNO	0	0	0	0	0	6	6	85	19	104
LUCCA	0	0	0	0	0	6	6	78	50	128
MASSA	0	0	0	0	0	4	3	74	12	86
PISA	0	0	0	0	0	3	3	31	11	42
PISTOIA	1	1	0	0	0	13	10	168	55	223
PRATO	0	0	0	0	0	3	3	24	4	28
SIENA	1	1	6	1	7	7	6	78	27	105
Totale	**5**	**5**	**28**	**3**	**31**	**71**	**64**	**802**	**247**	**1049**

Tabella 105.

UMBRIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PERUGIA	14	14	221	62	283	4	4	12	2	14
TERNI	**3**	**3**	**56**	**5**	**61**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Totale	17	17	277	67	344	4	4	12	2	14

Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
PERUGIA	1	1	16	8	24	19	19	249	72	321
TERNI	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**3**	**56**	**5**	**61**
Totale	1	1	16	8	24	22	22	305	77	382

Tabella 106.

MARCHE - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ANCONA	8	6	17	4	21	4	4	34	12	46
ASCOLI PICENO	5	5	83	11	94	1	1	5	1	6
FERMO	5	5	65	2	67	2	2	3	0	3
MACERATA	5	5	45	12	57	4	4	15	5	20
PESARO	9	9	93	64	157	4	4	17	6	23
Totale	**32**	**30**	**303**	**93**	**396**	**15**	**15**	**74**	**24**	**98**

Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
ANCONA	2	2	32	4	36	14	12	83	20	103
ASCOLI PICENO	1	1	6	2	8	7	7	94	14	108
FERMO	0	0	0	0	0	7	7	68	2	70
MACERATA	4	3	18	2	20	13	12	78	19	97
PESARO	0	0	0	0	0	13	13	110	70	180
Totale	**7**	**6**	**56**	**8**	**64**	**54**	**51**	**433**	**125**	**558**

Tabella 107.

LAZIO - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
FROSINONE	4	3	105	20	125	0	0	0	0	0
LATINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIETI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROMA	12	11	205	44	249	8	6	169	36	205
VITERBO	7	7	60	3	63	0	0	0	0	0
Totale	**23**	**21**	**370**	**67**	**437**	**8**	**6**	**169**	**36**	**205**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
FROSINONE	0	0	0	0	0	4	3	105	20	125
LATINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RIETI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ROMA	6	5	1008	190	1198	26	22	1382	270	1652
VITERBO	0	0	0	0	0	7	7	60	3	63
Totale	**6**	**5**	**1008**	**190**	**1198**	**37**	**32**	**1547**	**293**	**1840**

Tabella 108.

ABRUZZO - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CHIETI	4	4	44	2	46	0	0	0	0	0
L`AQUILA	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
PESCARA	3	3	62	10	72	2	2	66	16	82
TERAMO	4	4	48	4	52	0	0	0	0	0
Totale	**12**	**12**	**154**	**16**	**170**	**3**	**3**	**66**	**16**	**82**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CHIETI	1	1	9	1	10	5	5	53	3	56
L`AQUILA	2	2	4	0	4	4	4	4	0	4
PESCARA	1	1	14	6	20	6	6	142	32	174
TERAMO	0	0	0	0	0	4	4	48	4	52
Totale	**4**	**4**	**27**	**7**	**34**	**19**	**19**	**247**	**39**	**286**

Tabella 109.

MOLISE - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
CAMPOBASSO	4	4	51	2	53	0	0	0	0	0
ISERNIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**4**	**4**	**51**	**2**	**53**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
CAMPOBASSO	0	0	0	0	0	4	4	51	2	53
ISERNIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**4**	**51**	**2**	**53**

Tabella 110.

CAMPANIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014

Strutture socio-riabilitative

Provincia	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AVELLINO	2	2	41	8	49	2	2	18	3	21
BENEVENTO	1	1	7	0	7	0	0	0	0	0
CASERTA	4	4	122	4	126	1	1	6	0	6
NAPOLI	7	7	97	0	97	3	3	13	0	13
SALERNO	4	4	84	10	94	1	1	0	0	0
Totale	**18**	**18**	**351**	**22**	**373**	**7**	**7**	**37**	**3**	**40**

Provincia	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
AVELLINO	0	0	0	0	0	4	4	59	11	70
BENEVENTO	0	0	0	0	0	1	1	7	0	7
CASERTA	2	2	37	1	38	7	7	165	5	170
NAPOLI	5	5	26	2	28	15	15	136	2	138
SALERNO	3	3	20	3	23	8	8	104	13	117

Totale	**10**	**10**	**83**	**6**	**89**	**35**	**35**	**471**	**31**	**502**

Tabella 111.

PUGLIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
BARI	17	7	132	5	137	5	0	0	0	0
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BRINDISI	4	4	58	0	58	0	0	0	0	0
FOGGIA	3	3	50	3	53	3	3	54	0	54
LECCE	7	3	66	17	83	6	6	0	0	0
TARANTO	13	13	130	7	137	0	0	0	0	0
Totale	**44**	**30**	**436**	**32**	**468**	**14**	**9**	**54**	**0**	**54**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
BARI	8	3	26	2	28	30	10	158	7	165
BARLETTA-ANDRIA-TRANI	1	1	31	1	32	1	1	31	1	32
BRINDISI	3	3	0	0	0	7	7	58	0	58
FOGGIA	0	0	0	0	0	6	6	104	3	107
LECCE	4	4	128	8	136	17	13	194	25	219
TARANTO	2	1	13	5	18	15	14	143	12	155
Totale	**18**	**12**	**198**	**16**	**214**	**76**	**51**	**688**	**48**	**736**

Tabella 112.

BASILICATA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
MATERA	3	3	56	0	56	1	1	0	0	0
POTENZA	2	2	31	6	37	1	1	7	1	8
Totale	**5**	**5**	**87**	**6**	**93**	**2**	**2**	**7**	**1**	**8**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
MATERA	3	3	31	0	31	7	7	87	0	87

POTENZA	1	1	7	2	9	4	4	45	9	54
Totale	**4**	**4**	**38**	**2**	**40**	**11**	**11**	**132**	**9**	**141**

Tabella 113.

CALABRIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CATANZARO	7	7	46	1	47	2	2	3	1	4
COSENZA	7	7	76	0	76	0	0	0	0	0
CROTONE	3	3	37	5	42	2	2	5	0	5
REGGIO CALABRIA	5	5	70	4	74	3	3	14	1	15
VIBO VALENTIA	1	1	28	1	29	0	0	0	0	0
Totale	**23**	**23**	**257**	**11**	**268**	**7**	**7**	**22**	**2**	**24**
Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CATANZARO	0	1	0	0	0	9	10	49	2	51
COSENZA	0	0	0	0	0	7	7	76	0	76
CROTONE	0	0	0	0	0	5	5	42	5	47
REGGIO CALABRIA	1	1	1	0	1	9	9	85	5	90
VIBO VALENTIA	0	0	0	0	0	1	1	28	1	29
Totale	**1**	**2**	**1**	**0**	**1**	**31**	**32**	**280**	**13**	**293**

Tabella 114.

SICILIA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
AGRIGENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALTANISSETTA	3	2	50	15	65	0	0	0	0	0
CATANIA	4	4	69	0	69	0	0	0	0	0
ENNA	1	1	15	0	15	0	0	0	0	0
MESSINA	2	2	46	0	46	2	2	9	0	9

PALERMO	2	2	50	0	50	2	2	29	0	29
RAGUSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIRACUSA	1	1	8	2	10	0	0	0	0	0
TRAPANI	5	5	105	9	114	2	2	19	0	19
Totale	**18**	**17**	**343**	**26**	**369**	**6**	**6**	**57**	**0**	**57**

Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
AGRIGENTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALTANISSETTA	0	0	0	0	0	3	2	50	15	65
CATANIA	0	0	0	0	0	4	4	69	0	69
ENNA	0	0	0	0	0	1	1	15	0	15
MESSINA	3	2	12	0	12	7	6	67	0	67
PALERMO	0	0	0	0	0	4	4	79	0	79
RAGUSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIRACUSA	0	0	0	0	0	1	1	8	2	10
TRAPANI	2	2	17	4	21	9	9	141	13	154
Totale	**5**	**4**	**29**	**4**	**33**	**29**	**27**	**429**	**30**	**459**

Tabella 115.

SARDEGNA - DATI PROVINCIALI 31 DICEMBRE 2014 **Strutture socio-riabilitative**										
Provincia	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CAGLIARI	11	11	190	22	212	0	0	0	0	0
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	1	1	20	0	20	0	0	0	0	0
SASSARI	7	5	100	20	120	1	1	0	0	0
Totale	**19**	**17**	**310**	**42**	**352**	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**

Provincia	**Ambulatoriali**					**Totali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
CAGLIARI	3	3	83	7	90	14	14	273	29	302
NUORO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ORISTANO	0	0	0	0	0	1	1	20	0	20
SASSARI	5	3	11	4	15	13	9	111	24	135
Totale	**8**	**6**	**94**	**11**	**105**	**28**	**24**	**404**	**53**	**457**

Tabella 116.

ITALIA - DATI REGIONALI 30 GIUGNO 2014
Strutture socio-riabilitative

Regione	Residenziali					Semi-Residenziali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
Piemonte	53	53	623	120	743	5	5	55	8	63
Valle d`aosta	4	4	21	2	23	1	1	6	5	11
Lombardia	126	109	1988	463	2451	19	13	180	18	198
Liguria	24	24	255	55	310	8	8	17	0	17
Trentino alto adige	5	5	52	7	59	1	1	50	18	68
Veneto	71	70	625	154	779	31	30	160	47	207
Friuli venezia giulia	3	1	34	0	34	5	1	18	0	18
Emilia romagna	88	84	1819	380	2199	21	16	61	15	76
Toscana	48	43	649	178	827	63	13	122	23	145
Umbria	14	14	227	55	282	3	3	10	3	13
Marche	32	30	368	73	441	14	14	58	22	80
Lazio	23	20	361	60	421	11	9	143	37	180
Abruzzo	11	11	125	12	137	3	3	49	16	65
Molise	4	4	48	1	49	0	0	0	0	0
Campania	15	15	384	27	411	8	8	50	5	55
Puglia	44	31	455	34	489	15	8	72	3	75
Basilicata	5	5	85	4	89	4	4	23	2	25
Calabria	19	105	176	9	185	5	5	29	2	31
Sicilia	18	16	354	29	383	7	7	74	11	85
Sardegna	18	17	336	49	385	1	0	0	0	0
Totale	**625**	**661**	**8985**	**1712**	**10697**	**225**	**149**	**1177**	**235**	**1412**

Tabella 117.

ITALIA - DATI REGIONALI 30 GIUGNO 2014
Strutture socio-riabilitative

Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
Piemonte	5	5	73	22	95	63	63	751	150	901
Valle d`aosta	0	0	0	0	0	5	5	27	7	34

Lombardia	21	12	657	60	717	166	134	2825	541	3366
Liguria	3	2	4	3	7	35	34	276	58	334
Trentino alto adige	1	1	54	38	92	7	7	156	63	219
Veneto	14	13	39	18	57	116	113	824	219	1043
Friuli venezia giulia	3	2	15	5	20	11	4	67	5	72
Emilia romagna	13	12	156	42	198	122	112	2036	437	2473
Toscana	6	6	64	34	98	117	62	835	235	1070
Umbria	1	1	20	4	24	18	18	257	62	319
Marche	8	7	79	38	117	54	51	505	133	638
Lazio	4	3	1187	180	1367	38	32	1691	277	1968
Abruzzo	6	6	56	7	63	20	20	230	35	265
Molise	0	0	0	0	0	4	4	48	1	49
Campania	9	9	85	2	87	32	32	519	34	553
Puglia	18	14	183	17	200	77	53	710	54	764
Basilicata	2	2	2	0	2	11	11	110	6	116
Calabria	1	2	2	0	2	25	112	207	11	218
Sicilia	5	5	27	4	31	30	28	455	44	499
Sardegna	8	7	155	32	187	27	24	491	81	572
Totale	**128**	**109**	**2858**	**506**	**3364**	**978**	**919**	**13020**	**2453**	**15473**

Tabella 118.

ITALIA - DATI REGIONALI 31 DICEMBRE 2014 Strutture socio-riabilitative										
Regione	**Residenziali**					**Semi-Residenziali**				
	Strutture		**Tossicodipendenti in trattamento**			**Strutture**		**Tossicodipendenti in trattamento**		
	Esistenti	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**	**Esistenti**	**Censite**	**Maschi**	**Femmine**	**Totali**
Piemonte	53	48	613	125	738	5	5	60	10	70
Valle d`aosta	4	4	28	5	33	1	1	4	3	7
Lombardia	120	112	1926	385	2311	20	15	137	13	150
Liguria	24	20	208	39	247	8	5	13	0	13
Trentino alto adige	5	4	40	8	48	1	1	49	17	66
Veneto	68	60	665	170	835	30	26	163	42	205
Friuli venezia giulia	7	7	50	3	53	4	3	11	1	12
Emilia romagna	89	86	2061	425	2486	21	16	69	13	82
Toscana	48	45	645	186	831	18	14	129	58	187
Umbria	17	17	277	67	344	4	4	12	2	14
Marche	32	30	303	93	396	15	15	74	24	98
Lazio	23	21	370	67	437	8	6	169	36	205
Abruzzo	12	12	154	16	170	3	3	66	16	82
Molise	4	4	51	2	53	0	0	0	0	0
Campania	18	18	351	22	373	7	7	37	3	40
Puglia	44	30	436	32	468	14	9	54	0	54
Basilicata	5	5	87	6	93	2	2	7	1	8

Calabria	23	23	257	11	268	7	7	22	2	24
Sicilia	18	17	343	26	369	6	6	57	0	57
Sardegna	19	17	310	42	352	1	1	0	0	0
Totale	**633**	**580**	**9175**	**1730**	**10905**	**175**	**146**	**1133**	**241**	**1374**

Tabella 119.

ITALIA - DATI REGIONALI 31 DICEMBRE 2014
Strutture socio-riabilitative

Regione	Ambulatoriali					Totali				
	Strutture		Tossicodipendenti in trattamento			Strutture		Tossicodipendenti in trattamento		
	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali	Esistenti	Censite	Maschi	Femmine	Totali
Piemonte	5	5	72	26	98	63	58	745	161	906
Valle d`aosta	0	0	0	0	0	5	5	32	8	40
Lombardia	20	10	401	80	481	160	137	2464	478	2942
Liguria	2	3	4	1	5	34	28	225	40	265
Trentino alto adige	1	1	55	41	96	7	6	144	66	210
Veneto	18	16	73	35	108	116	102	901	247	1148
Friuli venezia giulia	4	2	15	5	20	15	12	76	9	85
Emilia romagna	12	12	162	39	201	122	114	2292	477	2769
Toscana	5	5	28	3	31	71	64	802	247	1049
Umbria	1	1	16	8	24	22	22	305	77	382
Marche	7	6	56	8	64	54	51	433	125	558
Lazio	6	5	1008	190	1198	37	32	1547	293	1840
Abruzzo	4	4	27	7	34	19	19	247	39	286
Molise	0	0	0	0	0	4	4	51	2	53
Campania	10	10	83	6	89	35	35	471	31	502
Puglia	18	12	198	16	214	76	51	688	48	736
Basilicata	4	4	38	2	40	11	11	132	9	141
Calabria	1	2	1	0	1	31	32	280	13	293
Sicilia	5	4	29	4	33	29	27	429	30	459
Sardegna	8	6	94	11	105	28	24	404	53	457
Totale	**131**	**108**	**2360**	**482**	**2842**	**939**	**834**	**12668**	**2453**	**15121**

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309 9 OTTOBRE 1990

- **Distribuzione numerica per sesso e classi di età**
- **Stampa per PROVINCIA relativa alla SEGNALAZIONE**
- **Periodo di riferimento : dal 01-01-2014 al 31-12-2014**
- **Data di elaborazione : 04 - 05 - 2015**

M A S C H I

Tabella 120.

REGIONE	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	6	49	110	61	76	52	42	186	**582**
BASILICATA	5	26	81	49	70	49	23	91	**394**
CALABRIA	11	88	274	199	206	155	99	410	**1442**
CAMPANIA	3	77	277	179	194	147	95	444	**1416**
EMILIA ROMAGNA	26	248	589	279	294	211	116	576	**2339**
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	35	74	48	31	12	5	49	**259**
LAZIO	11	290	561	321	366	232	127	654	**2562**
LIGURIA	17	144	335	161	176	109	45	371	**1358**
LOMBARDIA	25	262	457	230	263	185	109	626	**2157**
MARCHE	7	145	242	120	122	58	25	175	**894**
MOLISE	0	29	69	27	36	31	17	45	**254**
PIEMONTE	24	318	564	276	275	196	88	648	**2389**
PUGLIA	15	257	606	324	340	195	121	460	**2318**
SARDEGNA	5	46	155	80	92	58	40	242	**718**
SICILIA	28	332	837	484	583	295	184	744	**3487**
TOSCANA	19	274	640	317	368	258	156	1018	**3050**
TRENTINO ALTO ADIGE	3	54	93	42	51	36	14	50	**343**
UMBRIA	1	49	115	63	56	39	23	182	**528**
VALLE D`AOSTA	3	10	34	14	23	15	6	33	**138**
VENETO	25	331	615	298	303	216	104	549	**2441**
TOTALE GENERALE	**239**	**3064**	**6728**	**3572**	**3925**	**2549**	**1439**	**7553**	**29069**

F E M M I N E

Tabella 121.

REGIONE	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	1	6	14	7	19	8	3	16	**74**
BASILICATA	2	3	9	3	6	2	3	7	**35**
CALABRIA	0	5	10	6	10	9	2	17	**59**
CAMPANIA	1	5	16	7	4	7	7	28	**75**
EMILIA ROMAGNA	4	29	33	18	25	16	2	51	**178**
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	0	2	2	1	0	1	6	**13**
LAZIO	0	26	59	25	30	25	1	78	**244**
LIGURIA	1	13	26	14	11	6	5	30	**106**
LOMBARDIA	2	25	33	17	24	10	10	46	**167**
MARCHE	0	14	21	8	10	4	0	15	**72**
MOLISE	1	5	5	2	4	3	1	5	**26**
PIEMONTE	0	30	42	19	29	16	13	44	**193**
PUGLIA	2	15	29	12	20	11	8	18	**115**
SARDEGNA	0	6	9	4	5	4	3	14	**45**
SICILIA	1	16	29	25	30	21	7	43	**172**
TOSCANA	4	39	58	32	43	24	11	118	**329**
TRENTINO ALTO ADIGE	0	7	9	2	4	0	1	4	**27**
UMBRIA	1	5	12	7	9	4	3	13	**54**
VALLE D`AOSTA	0	0	2	1	1	0	0	3	**7**
VENETO	1	30	54	31	24	16	10	46	**212**
TOTALE GENERALE	**22**	**279**	**472**	**242**	**309**	**186**	**91**	**602**	**2203**

M A S C H I E F E M M I N E

Tabella 122.

REGIONE	Fino a 14	15-17	18-20	21-22	23-25	26-28	29-30	Oltre 30	Totale
ABRUZZO	7	55	124	68	95	60	45	202	**656**
BASILICATA	7	29	90	52	76	51	26	98	**429**
CALABRIA	11	93	284	205	216	164	101	427	**1501**
CAMPANIA	4	82	293	186	198	154	102	472	**1491**
EMILIA ROMAGNA	30	277	622	297	319	227	118	627	**2517**
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	35	76	50	32	12	6	55	**272**
LAZIO	11	316	620	346	396	257	128	732	**2806**
LIGURIA	18	157	361	175	187	115	50	401	**1464**
LOMBARDIA	27	287	490	247	287	195	119	672	**2324**
MARCHE	7	159	263	128	132	62	25	190	**966**
MOLISE	1	34	74	29	40	34	18	50	**280**
PIEMONTE	24	348	606	295	304	212	101	692	**2582**
PUGLIA	17	272	635	336	360	206	129	478	**2433**
SARDEGNA	5	52	164	84	97	62	43	256	**763**
SICILIA	29	348	866	509	613	316	191	787	**3659**
TOSCANA	23	313	698	349	411	282	167	1136	**3379**
TRENTINO ALTO ADIGE	3	61	102	44	55	36	15	54	**370**
UMBRIA	2	54	127	70	65	43	26	195	**582**
VALLE D`AOSTA	3	10	36	15	24	15	6	36	**145**
VENETO	26	361	669	329	327	232	114	595	**2653**
TOTALE GENERALE	**261**	**3343**	**7200**	**3814**	**4234**	**2735**	**1530**	**8155**	**31272**

Tabella 123.

Regione	Provincia	Segnalazioni per provincia del fatto	Segnalazioni 121	Totale colloqui	Formale invito	Richiesta programma terapeutico
Abruzzo	Chieti	128	58	154	61	0
	L`Aquila	163	12	166	94	0
	Pescara	226	196	164	104	0
	Teramo	155	144	200	200	0
Basilicata	Matera	148	2	184	102	0
	Potenza	287	20	248	173	0
Calabria	Catanzaro	471	11	406	249	0
	Cosenza	781	26	245	215	0
	Crotone	87	0	202	87	0
	Reggio Calabria	151	10	29	18	0
	Vibo Valentia	108	78	71	42	0
Campania	Avellino	197	16	292	158	0
	Benevento	176	176	259	80	0
	Caserta	59	18	2	0	0
	Napoli	396	64	1	0	0
	Salerno	733	28	500	499	0
Emilia R.	Bologna	660	293	405	317	0
	Ferrara	225	227	184	43	0
	Forli' Cesena	175	90	122	121	0
	Modena	239	15	249	143	0
	Parma	350	132	174	94	0
	Piacenza	282	61	1	0	0
	Ravenna	333	156	191	137	0
	Reggio Emilia	85	5	4	4	0
	Rimini	250	165	140	88	0
Friuli V.G.	Gorizia	24	5	53	37	0
	Pordenone	117	108	73	64	0
	Trieste	16	95	7	6	0
	Udine	127	9	19	6	0
Lazio	Frosinone	495	94	517	179	0
	Latina	54	160	145	139	0
	Rieti	86	3	38	28	0
	Roma	2047	74	587	6	0

	Viterbo	179	102	174	130	0
Liguria	Genova	876	53	743	402	0
	Imperia	207	4	55	55	0
	La Spezia	232	14	142	75	0
	Savona	207	28	172	170	0
Lombardia	Bergamo	620	391	518	290	7
	Brescia	404	540	649	425	0
	Como	20	11	254	162	0
	Cremona	264	195	246	97	0
	Lecco	16	0	12	0	0
	Lodi	68	17	102	48	1
	Mantova	198	20	128	63	0
	Milano	419	52	516	371	0
	Monza E Della Brianza	98	0	70	68	2
	Pavia	44	13	32	29	0
	Sondrio	122	73	121	69	0
	Varese	121	153	313	224	0
Marche	Ancona	369	95	306	186	0
	Ascoli Piceno	171	181	169	89	0
	Fermo	15	8	6	6	0
	Macerata	167	127	208	154	0
	Pesaro	268	26	256	150	0
Molise	Campobasso	277	24	141	74	0
	Isernia	17	1	0	0	0
Piemonte	Alessandria	215	94	239	148	0
	Asti	43	19	100	46	0
	Biella	83	84	139	47	0
	Cuneo	423	37	387	250	0
	Novara	194	25	108	105	0
	Torino	1372	124	743	743	0
	Verbania	202	1	186	137	0
	Vercelli	164	37	156	71	0
Puglia	Bari	766	21	717	242	0
	Barletta-Andria-Trani	33	0	45	24	0
	Brindisi	104	3	36	35	0
	Foggia	220	47	287	235	0

	Lecce	498	11	480	294	0
	Taranto	939	13	345	73	2
Sardegna	Cagliari	277	12	0	0	0
	Nuoro	102	12	88	79	0
	Oristano	116	101	106	69	0
	Sassari	292	9	112	98	0
Sicilia	Agrigento	332	110	220	112	2
	Caltanissetta	57	17	12	4	0
	Catania	335	403	500	298	0
	Enna	112	3	163	121	12
	Messina	112	21	177	143	0
	Palermo	2163	48	1297	800	0
	Ragusa	110	9	268	162	0
	Siracusa	282	6	0	0	0
	Trapani	327	96	181	140	0
Toscana	Arezzo	322	185	155	124	0
	Firenze	1008	168	718	545	0
	Grosseto	154	13	116	33	0
	Livorno	286	35	245	141	13
	Lucca	359	17	141	94	0
	Massa	196	19	178	63	0
	Pisa	401	17	285	175	0
	Pistoia	263	21	289	105	31
	Prato	387	25	274	161	0
	Siena	113	21	115	62	0
Trentino A. A.	Bolzano	350	137	251	177	0
	Trento	42	119	78	52	0
Umbria	Perugia	547	172	196	192	0
	Terni	57	9	84	65	0
Valle D`Aosta	Aosta	148	45	115	48	36
Veneto	Belluno	36	1	16	16	0
	Padova	604	71	476	166	1
	Rovigo	77	49	63	28	0
	Treviso	472	49	267	209	0
	Venezia	528	140	496	376	0
	Verona	649	219	422	0	0
	Vicenza	368	121	283	23	0
Totale		**32450**	**7695**	**23720**	**14162**	**107**

Tabella 124.

Regione	Provincia	Convocazioni			Sanzioni amministrative			Archiviaz. Atti
		con coll.	senza coll.	Totale	con coll.	senza coll.	Totale	
Abruzzo	Chieti	0	0	0	93	24	117	1
	L`Aquila	0	0	0	72	7	79	0
	Pescara	0	0	0	60	17	77	12
	Teramo	0	0	0	0	92	92	0
Basilicata	Matera	0	0	0	82	13	95	0
	Potenza	0	0	0	75	64	139	0
Calabria	Catanzaro	0	0	0	157	16	173	0
	Cosenza	0	0	0	30	136	166	69
	Crotone	0	0	0	115	22	137	0
	Reggio Calabria	0	0	0	11	6	17	0
	Vibo Valentia	0	0	0	29	9	38	0
Campania	Avellino	0	0	0	134	46	180	0
	Benevento	0	0	0	179	0	179	1
	Caserta	0	0	0	2	0	2	0
	Napoli	0	0	0	1	1	2	0
	Salerno	0	0	0	1	478	479	2
Emilia R.	Bologna	0	0	0	88	150	238	2
	Ferrara	0	0	0	141	28	169	0
	Forli' Cesena	0	0	0	1	72	73	0
	Modena	0	0	0	106	1	107	0
	Parma	0	0	0	80	10	90	0
	Piacenza	0	0	0	1	10	11	0
	Ravenna	0	0	0	54	24	78	29
	Reggio Emilia	0	0	0	0	0	0	0
	Rimini	0	0	0	52	82	134	1
Friuli V.G.	Gorizia	0	0	0	16	5	21	4
	Pordenone	0	0	0	9	17	26	0
	Trieste	0	0	0	1	3	4	0
	Udine	0	0	0	13	0	13	0
Lazio	Frosinone	0	0	0	338	9	347	2
	Latina	0	0	0	6	161	167	3
	Rieti	0	0	0	10	3	13	0

	Roma	0	0	0	581	7	588	0
	Viterbo	0	0	0	44	11	55	0
Liguria	Genova	0	0	0	341	2	343	65
	Imperia	0	0	0	0	4	4	0
	La Spezia	0	0	0	67	15	82	8
	Savona	0	0	0	2	0	2	3
Lombardia	Bergamo	0	0	0	221	135	356	3
	Brescia	0	0	0	224	3	227	0
	Como	0	0	0	92	15	107	0
	Cremona	0	0	0	149	57	206	0
	Lecco	0	0	0	12	0	12	0
	Lodi	0	0	0	53	14	67	0
	Mantova	0	0	0	65	15	80	13
	Milano	0	0	0	145	0	145	0
	Monza E Della Brianza	0	0	0	0	47	47	2
	Pavia	0	0	0	3	0	3	0
	Sondrio	0	0	0	52	24	76	13
	Varese	0	0	0	89	0	89	1
Marche	Ancona	0	0	0	120	39	159	0
	Ascoli Piceno	0	0	0	80	1	81	0
	Fermo	0	0	0	0	1	1	0
	Macerata	0	0	0	54	17	71	1
	Pesaro	0	0	0	106	4	110	0
Molise	Campobasso	0	0	0	67	15	82	0
	Isernia	0	0	0	0	1	1	0
Piemonte	Alessandria	0	0	0	91	71	162	0
	Asti	0	0	0	54	6	60	4
	Biella	0	0	0	92	22	114	3
	Cuneo	0	0	0	137	17	154	2
	Novara	0	0	0	3	0	3	17
	Torino	0	0	0	0	705	705	0
	Verbania	0	0	0	49	46	95	11
	Vercelli	0	0	0	85	18	103	1
Puglia	Bari	1	0	1	474	251	725	20
	Barletta-Andria-Trani	0	0	0	21	1	22	0
	Brindisi	0	0	0	1	35	36	0

	Foggia	0	0	0	52	144	196	5
	Lecce	0	0	0	186	24	210	0
	Taranto	0	0	0	270	20	290	122
Sardegna	Cagliari	0	0	0	0	1	1	0
	Nuoro	0	0	0	9	0	9	4
	Oristano	0	0	0	37	10	47	3
	Sassari	0	0	0	14	13	27	4
Sicilia	Agrigento	0	0	0	106	1	107	1
	Caltanissetta	0	0	0	8	4	12	8
	Catania	0	0	0	202	198	400	6
	Enna	0	0	0	30	7	37	6
	Messina	0	0	0	34	60	94	1
	Palermo	0	0	0	497	220	717	1
	Ragusa	0	0	0	106	40	146	0
	Siracusa	0	0	0	0	0	0	0
	Trapani	0	0	0	41	26	67	28
Toscana	Arezzo	0	0	0	31	16	47	1
	Firenze	0	0	0	173	106	279	0
	Grosseto	0	0	0	83	10	93	1
	Livorno	0	0	0	91	11	102	42
	Lucca	0	1	1	47	84	131	51
	Massa	0	0	0	115	3	118	11
	Pisa	0	0	0	110	1	111	3
	Pistoia	0	0	0	153	19	172	8
	Prato	0	0	0	113	8	121	0
	Siena	0	0	0	53	9	62	1
Trentino A. A.	Bolzano	0	0	0	74	41	115	0
	Trento	0	0	0	26	12	38	43
Umbria	Perugia	0	0	0	4	219	223	6
	Terni	0	0	0	19	1	20	0
Valle D`Aosta	Aosta	2	0	2	29	21	50	15
Veneto	Belluno	0	0	0	0	16	16	0
	Padova	0	0	0	309	36	345	0
	Rovigo	0	0	0	35	3	38	0
	Treviso	0	0	0	58	15	73	44
	Venezia	0	0	0	120	95	215	2
	Verona	0	0	0	422	3	425	1
	Vicenza	0	0	0	260	1	261	1
Totale		**3**	**1**	**4**	**9448**	**4603**	**14051**	**712**

Tabella 125.

REGIONE	Segnalazioni per provincia del fatto	Segnalazioni121	Totale colloqui	Formale invito	Richiesta progr. terapeutico
Abruzzo	672	58	684	459	0
Basilicata	435	22	432	275	0
Calabria	1598	125	953	611	0
Campania	1561	302	1054	737	0
Emilia romagna	2599	1144	1470	947	0
Friuli Venezia Giulia	284	217	152	113	0
Lazio	2861	433	1461	482	0
Liguria	1522	99	1112	702	0
Lombardia	2394	1465	2961	1846	10
Marche	990	437	945	585	0
Molise	294	25	141	74	0
Piemonte	2696	421	2058	1547	0
Puglia	2560	95	1910	903	2
Sardegna	787	134	306	246	0
Sicilia	3830	713	2818	1780	14
Toscana	3489	521	2516	1503	44
Trentino Alto Adige	392	256	329	229	0
Umbria	604	181	280	257	0
Valle d`aosta	148	45	115	48	36
Veneto	2734	650	2023	818	1
Totale	**32450**	**7343**	**23720**	**14162**	**107**

Tabella 126.

REGIONE	Convocazioni			Sanzioni amministrative			Archiviazione e atti
	con coll.	senza coll.	Totale	con coll.	senza coll.	Totale	
Abruzzo	0	0	0	225	140	365	13
Basilicata	0	0	0	157	77	234	0
Calabria	0	0	0	342	189	531	69
Campania	0	0	0	317	525	842	3
Emilia romagna	0	0	0	523	377	900	32
Friuli Venezia Giulia	0	0	0	39	25	64	4
Lazio	0	0	0	979	191	1170	5
Liguria	0	0	0	410	21	431	76
Lombardia	0	0	0	1105	310	1415	32
Marche	0	0	0	360	62	422	1
Molise	0	0	0	67	16	83	0
Piemonte	0	0	0	511	885	1396	38
Puglia	1	0	1	1004	475	1479	147
Sardegna	0	0	0	60	24	84	11
Sicilia	0	0	0	1024	556	1580	51
Toscana	0	1	1	969	267	1236	118
Trentino Alto Adige	0	0	0	100	53	153	43
Umbria	0	0	0	23	220	243	6
Valle d`aosta	2	0	2	29	21	50	15
Veneto	0	0	0	1204	169	1373	48
Totale	**3**	**1**	**4**	**9448**	**4603**	**14051**	**712**

PERSONE SEGNALATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N.309 9 OTTOBRE 1990

- **Distribuzione delle sostanze per sesso**
- **Stampa per PROVINCIA relativa alla SEGNALAZIONE**
- **Periodo di riferimento : dal 01-01-2014 al 31-12-2014**
- **Data di elaborazione : 04 - 05 – 2015**

Tabella 127.

DESCRIZIONE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
EROINA	1.793	234	2.027
METADONE	163	24	187
MORFINA	22	2	24
ALTRI OPPIACEI	54	3	57
COCAINA	3.695	283	3.978
CRACK	49	6	55
ANFETAMINE	103	10	113
ECSTASY ED ANALOGHI	96	14	110
ALTRI STIMOLANTI	3	0	3
BARBITURICI	1	0	1
BENZODIAZEPINE	1	0	1
ALTRI IPNOTICI E SEDATIVI	13	1	14
LSD	5	1	6
ALTRI ALLUCINOGENI	23	5	28
INALANTI VOLATILI	20	0	20
CANNABINOIDI	24.929	1.734	26.663
ALTRE SOSTANZE ILLEGALI	76	8	84
TOTALE	**31.046**	**2.325**	**33.371**