

***La droga in carcere: fatti e misfatti***  
***Gli approfondimenti del Garante***

**Novembre 2015**

**a cura di**

Franco Corleone

Saverio Migliori

Katia Poneti

Luana Ruscitti



# ***La droga in carcere: fatti e misfatti***

## ***Gli approfondimenti del Garante***

**Novembre 2015**

### **a cura di**

Franco Corleone  
Saverio Migliori  
Katia Poneti  
Luana Ruscitti

### **Indice**

- Premessa .....	04
- La salute nelle carceri toscane .....	05
- Il fenomeno della tossicodipendenza	
▪ Il quadro normativo .....	09
▪ Le cifre in chiaro .....	12
▪ Gli interventi della Regione Toscana .....	28
- L'organizzazione della sanità penitenziaria in Toscana .....	29
- Post-scriptum: la tutela della privacy .....	36



## Premessa

Questo approfondimento sullo stato delle carceri toscane è da collocare nell'ambito dell'osservazione condotta dal Garante regionale dei diritti dei detenuti sulle tante criticità presenti, dalla fatiscenza dell'edilizia penitenziaria alla carenza di personale, dall'assenza di opportunità di lavoro alla scarso livello della qualità di vita offerto. L'attività di osservazione conferma quanto già commentato nella *Relazione annuale del Garante* e nelle più recenti pubblicazioni curate dal medesimo Ufficio e cioè – anzitutto – che lo stato di salute delle persone detenute rimane una questione centrale cui devono essere date rapidamente delle risposte. Il nodo della sanità in carcere, entro il quale si inserisce la nostra trattazione sulle tossicodipendenze, non è ancora del tutto sciolto poiché molte questioni attendono una definizione.

E' il caso degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari che, in Toscana, vedono ancora aperto l'istituto di Montelupo Fiorentino, la REMS di Volterra non ancora operativa e l'esecuzione di talune misure di sicurezza provvisorie demandata ad altre regioni.

E' il caso dei consumatori di droga e dei tossicodipendenti presenti nelle carceri: l'abrogazione per via costituzionale della Legge *Fini-Giovanardi* ha senz'altro contribuito a rafforzare l'effetto deflattivo sulla popolazione detenuta, riducendo gli accessi e le presenze in carcere, ma il numero dei detenuti per violazione dell'art. 73 del T.U. 309/90 e, più genericamente, dei tossicodipendenti risulta ancora percentualmente elevato. Le riduzioni che si sono registrate, soprattutto in termini assoluti, nell'ultimo anno, sono da inquadrare anche nel più generale decremento della popolazione detenuta nel suo complesso, causato dai vari provvedimenti normativi intrapresi in conseguenza della sentenza CEDU che ha condannato il sistema carcerario nazionale.

E' il caso della Casa di cura e custodia femminile di Firenze Sollicciano che attende, nell'ambito del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, una definitiva chiusura.

E' il caso delle sezioni detentive per i *sex offenders*, presenti in due strutture penitenziarie della Toscana (Prato e Firenze Sollicciano), per le quali necessitano interventi maggiormente specifici, sul modello di altre esperienze italiane ed internazionali, dove anche il sistema sanitario possa contribuire con l'attivazione di esperti e professionisti che si inseriscano in un quadro più efficace di riabilitazione individualizzata.

E' il caso, infine, della presa in carico dei detenuti con disagio psicologico o disturbi psichiatrici, fenomeno, come mostrano i dati anche qui richiamati, ormai largamente diffuso nelle carceri.

Parte di questi problemi trovano prime risposte nella recente Delibera della Giunta Regionale Toscana, varata lo scorso 14/09/2015 (n. 873) finalizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute presenti negli istituti toscani, altre questioni meritano invece l'elaborazione di nuove e più efficaci soluzioni, nonché di una rinnovata progettualità.

Sullo specifico punto della riforma della politica delle droghe e delle tossicodipendenze in carcere apparirebbe opportuno che la Regione Toscana si facesse portavoce di una proposta di legge di riforma del T.U. 309/90, come ebbe a fare per il superamento degli OPG molti anni fa, in base all'art. 121 della Costituzione.

Più operativamente si richiama, invece, l'esigenza di dare piena applicazione al Protocollo d'intesa firmato dalla Regione Toscana e dall'Amministrazione penitenziaria nel 2013 finalizzato alla presa in carico dei detenuti tossicodipendenti ed al loro reinserimento esterno in un numero previsto di 300. Previsione rimasta sulla carta.

## La salute nelle carceri toscane

Il diritto alla salute è un diritto fondamentale delle persone libere e detenute. Troppo spesso il sistema carcerario italiano appare impreparato nel garantirlo pienamente a causa di una inconciliabilità di fondo tra la strutturazione architettonica degli istituti penitenziari e le esigenze dei numerosi detenuti. Lo stato generale delle carceri italiane, unito al sovraffollamento, sembra essere una delle primarie cause responsabili dei cosiddetti eventi critici (atti di autolesionismo, tentati suicidi, suicidi) della popolazione detenuta. Non dobbiamo tuttavia trascurare, tra le cause delle condotte auto-aggressive, molti altri fattori eziologici correlati, come lo stile di vita, i pregressi problemi psicologici, lo stato di dipendenza da sostanze e, più in generale, la scarsa scolarizzazione, le limitate capacità individuali di fronteggiamento, le ridotte risorse relazionali, familiari, economiche e sociali, la provenienza nazionale, la posizione giuridica e l'entità della pena<sup>1</sup>.

Ci troviamo certamente di fronte ad un quadro complesso che necessita di un altrettanto complesso ed articolato intervento. Lo stato di salute – sia fisico che psichico – dei detenuti è una delle questioni centrali, sostanziali, del sistema penitenziario.

Gli eventi critici registrati in carcere rappresentano, pertanto, un inequivocabile indicatore delle condizioni generali del carcere e dello stato di salute complessivo delle persone detenute.

I suicidi nelle carceri italiane nel corso del 2014 sono stati 44, a fronte di 132 morti in totale<sup>2</sup>. Nel corso del 2015 (fino al 26 ottobre) le morti ammontavano nel complesso a 97, di cui 37 per suicidio. Nel primo semestre del 2015 in Toscana erano stati accertati 2 suicidi, avvenuti entrambi presso il Nuovo Complesso Penitenziario di Firenze Sollicciano, mentre i tentati suicidi erano stati 80, con punte di 28 presso l'Istituto di Firenze Sollicciano e di 13 presso la Casa circondariale di Pisa. A questi devono essere aggiunte 3 morti per cause naturali (1 presso la Casa di reclusione di Massa, 1 presso la Casa circondariale Mario Gozzini di Firenze, 1 presso l'Istituto di Firenze Sollicciano). Tra gli eventi critici devono essere poi annoverati gli atti di autolesionismo registrati nei primi sei mesi del 2015, pari a 501, da collocarsi prevalentemente presso le grandi Case circondariali (ad esempio: 200 a Firenze Sollicciano, 92 a Pisa, 64 a Prato, 49 a Livorno)<sup>3</sup>. La prevenzione degli atti autolesivi, dallo sciopero della fame al suicidio, deve divenire pertanto un'assoluta priorità del sistema carcerario in cooperazione con il sistema sanitario: a tal proposito in Toscana è stato avviato un Protocollo per l'analisi ed il contrasto del rischio suicidario<sup>4</sup>. Al primo ingresso in carcere i detenuti vengono immediatamente sottoposti a valutazione dal personale competente e, laddove segnalati, presi in carico da un'équipe multidisciplinare per uno specifico intervento.

---

<sup>1</sup> Cfr. Comitato Nazionale di Bioetica, *La salute dentro le mura*, 27 settembre 2013; Report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), *Prison and Health*, 2014; WHO Regional Office, *Final Report of the network meeting on Prison and Health*, Copenhagen 11-12 October 2012, Oxford University.

<sup>2</sup> Fonte: *Dossier Morire di carcere*, Ristretti Orizzonti. Nel corso del 2014, presso gli istituti penitenziari della Toscana erano stati registrati 5 suicidi (3 Istituto di Firenze Sollicciano, 1 Casa circondariale di Lucca, 1 Casa circondariale di Pisa), 112 tentati suicidi (di cui: 37 a Firenze Sollicciano, 16 a Livorno, 15 a Prato, 11 a Lucca, 8 a Pisa) e 1.047 atti di autolesionismo (di cui: 438 a Firenze Sollicciano, 165 a Prato, 143 a Pisa).

<sup>3</sup> Fonte: Dati provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria della Toscana.

<sup>4</sup> Con riferimento alla Delibera della Giunta regionale n. 441 del 30 maggio 2011, che recepisce tra gli obiettivi fondamentali la prevenzione del suicidio in carcere e il monitoraggio degli eventi sentinella del rischio clinico, la Delibera del 3 ottobre 2011, n. 842, approva le linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio che prevedono l'attivazione di Protocolli d'intesa territoriali tra i singoli Istituti penitenziari e le direzioni delle Aziende USL competenti. Il primo istituto penitenziario ad avere stipulato il Protocollo d'intesa territoriale è la Casa Circondariale di Prato, insieme con l'Azienda ASL di Prato, firmato il 19 dicembre 2014. Tali Protocolli stabiliranno modalità e tempistiche dei colloqui con i nuovi entrati negli istituti, individuando indicatori di rischio ed interventi terapeutici e di sorveglianza idonei caso per caso.

Prevenire mediante una mirata attivazione dei presidi sanitari risulta assolutamente decisivo, ma l'opera di prevenzione, come noto, passa anche per un miglioramento delle condizioni detentive e per un'adeguata presa in carico del detenuto, soprattutto se alla prima carcerazione<sup>5</sup>.

Lo stato di salute delle persone detenute è caratterizzato per alcune precise evidenze che meritano di essere sottolineate. Anzitutto, come rilevato dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana nell'ambito dello studio multicentrico pubblicato nell'aprile 2015 ed intitolato: *La salute dei detenuti in Italia*, il 57,3% dei detenuti nelle carceri toscane risulta affetto da almeno una patologia<sup>6</sup>. Tra queste la più diffusa è riferibile al disturbo mentale che interessa il 35% dei carcerati. Il dato appare particolarmente significativo, soprattutto se posto in rapporto alla popolazione generale, dove la percentuale si attesta sull'11,6%. Dopo le patologie mentali, le malattie maggiormente diffuse tra le persone detenute in Toscana risultano le malattie infettive e parassitarie (l'11,4 ne risultava affetto da almeno una) e, in particolare, l'infezione da virus dell'epatite C nel 6,1% dei casi (rispetto al 3% della popolazione generale); l'infezione da virus dell'epatite B con l'1,9%; l'infezione da HIV con l'1,5%. In aumento, rispetto alle rilevazioni effettuate nel 2012, l'infezione tubercolare pari all'1,6%. I disturbi del tratto gastrointestinale, pari al 9,7% dei detenuti presenti nelle carceri Toscane, sono caratterizzati soprattutto dalle patologie dei denti e del cavo orale, disturbi legati sovente a condizioni igieniche precarie ed agli alti tassi di tabagismo e tossicodipendenza.

In particolare l'alta incidenza di malattie psichiche sembra essere alla base di un elevato consumo dei farmaci (soprattutto psicofarmaci) nelle carceri. In Toscana si ricorre ad ansiolitici (39,5%), ad antipsicotici (16,5%), antiepilettici (15,4%) ed antidepressivi (15,0%). Ciascun detenuto assume, in media, 1,7 farmaci pro-capite.

Il consumo di ansiolitici ed antidepressivi rappresenta – come nel caso degli eventi critici – un altro indicatore dello stato di sofferenza diffuso registrabile oggi in carcere.

Un'attenzione particolare merita il capitolo riguardante i tossicodipendenti in carcere. Da recenti dati forniti dal Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana (dati che avremo modo di approfondire nel dettaglio più avanti) i detenuti tossicodipendenti al 30 giugno 2015 risultavano essere il 25,75% della popolazione detenuta toscana (in termini assoluti 836 su 3.247). Si tratta di un dato leggermente in calo rispetto alla fine del 2014, quando i tossicodipendenti si attestavano sul 27,01% (883 su 3.269). Il tema risulta da sempre estremamente complesso e di particolare evidenza sia per il sistema sanitario che per l'Amministrazione penitenziaria. Per la piena comprensione del fenomeno è necessario dunque chiarire le modalità di rilevazione dei dati, non sempre chiarissime; l'attendibilità dei dati; gli approcci sanitari utilizzati nei diversi istituti penitenziari e la reale presenza dei Ser.T; l'effettivo ricorso alle misure alternative<sup>7</sup>.

Tra gli aspetti da considerare attentamente vi è poi la qualità dei presidi sanitari interni alle carceri sia dal punto di vista delle attrezzature e degli spazi disponibili, che dell'attività del personale, indubbiamente sottoposto ad un'alta pressione quotidiana ed apparso, durante talune visite del Garante presso gli Istituti, in difficoltà. Dare ai detenuti l'idea che i presidi siano accessibili, accoglienti ed efficaci, sia dal punto di vista strutturale che umano è fondamentale. Spesso i detenuti lamentano di non essere presi in carico dai servizi territoriali, ad esempio dai Ser.T o di non

<sup>5</sup> Cfr. Comitato Nazionale di Bioetica, *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*, 25 giugno 2010, pagg. 11 e ss.

<sup>6</sup> La data indice dello studio è il 3 febbraio 2014. A questa data nelle 18 carceri toscane erano presenti 3.748 detenuti, dei quali 3.403 (3.202 uomini e 183 donne) considerati nello studio (90,8%). Rispetto al campione complessivo i detenuti toscani rappresentavano il 21,6% e l'età media del campione toscano era di 39,5 anni.

<sup>7</sup> Cfr. Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 1232 del 27 dicembre 2011 inerente *l'Approvazione delle linee di indirizzo per la presa a carico di persone detenute tossicodipendenti e alcol dipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere e destinazione di risorse*.

effettuare sufficienti colloqui con gli psichiatri. Tali evidenze costituiscono certamente un'area di intervento urgente. Un altro aspetto fondamentale in tema di prevenzione è certamente quello dell'informazione costante che i detenuti dovrebbero ricevere riguardo le malattie sessualmente trasmissibili ed i rischi di overdose una volta usciti dal carcere. La persona in esecuzione penale deve imparare ad evitare i rischi divenendo soggetto attivo nella tutela della propria sicurezza. Queste considerazioni ovviamente spingono per una riflessione attenta sullo stato dell'applicazione della riforma sanitaria nei diversi Istituti penitenziari, anche nella prospettiva dell'accorpamento delle Asl che interesserà la Regione Toscana.

Quando parliamo di salute in carcere ovviamente non ci riferiamo solamente al diritto di essere curati ma anche al diritto di vivere in condizioni igienico-sanitarie dignitose, di potersi sfamare in maniera adeguata, di avere dei luoghi ben strutturati per le visite dei familiari, e svolgere delle attività che diano la possibilità al detenuto di dar senso alla pena e magari di favorire la propria crescita personale, seppur in maniera minimale, evitando di uscire dal carcere in condizioni di salute fisica e psicologica peggiori rispetto all'ingresso. Studi dell'Agenzia Regionale di Sanità relativi al 2012 facevano emergere come soltanto il 27% dei detenuti presenti negli Istituti toscani potesse essere considerato sano.

Gli eventi critici, l'incidenza delle malattie sulla popolazione detenuta, l'area delle dipendenze, lo stato igienico-sanitario degli Istituti penitenziari, l'organizzazione dei presidi sanitari interni, mostrano dunque l'esigenza di mantenere elevata l'attenzione sulla tutela del diritto alla salute dei detenuti, mettendo in campo scelte ed investimenti che lo rendano del tutto equiparabile alla popolazione libera. Questo assunto – che afferma un principio di uguaglianza – in realtà dovrebbe essere declinato tenendo conto della impossibilità a praticare alternative terapeutiche e della variabile del tempo di detenzione che condiziona i tempi degli interventi sanitari.

A tal fine sembra allora essenziale l'adozione di scelte che possano davvero contribuire al consolidamento della sanità in carcere, come ad esempio:

- rendere definitivamente operativa la cartella sanitaria informatizzata;
- rafforzare la continuità terapeutica all'uscita del carcere;
- agevolare il diritto del detenuto ad essere seguito dal medico di fiducia (sul modello di quanto già realizzato presso la Casa di reclusione di Massa);
- assicurare le cure odontoiatriche e le protesi, particolarmente urgenti tra la popolazione detenuta;
- avviare una politica di riduzione del danno per i tossicodipendenti, assicurando un trattamento metadonico a mantenimento al fine di evitare il rischio di overdose all'uscita dal carcere;
- procedere, come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, a rendere operative misure di prevenzione interne al carcere come la distribuzione di siringhe e profilattici;
- rafforzare e qualificare – in sinergia anche con i soggetti del territorio – le attività formative, lavorative e professionalizzanti, culturali, sportive all'interno delle strutture carcerarie, con l'obiettivo di attenuare il ricorso ai farmaci (sul modello di quanto accaduto presso la Casa di reclusione di Gorgona, dove le aperture e l'impegno dei detenuti in attività di senso hanno determinato effetti assolutamente positivi sui detenuti, azzerando sostanzialmente il ricorso ai farmaci. Nello studio *La salute dei detenuti in Italia* pubblicato nell'aprile 2015 (relativo all'anno 2014) emergeva come il numero di ore trascorse in cella da ogni singolo detenuto fosse in media di 15,6 ore;

- favorire l'apertura di *sportelli-salute* coinvolgendo detenuti con funzioni di "pari", finalizzati a fornire informazioni sui servizi sanitari attivi e sul ricorso responsabile all'uso dei farmaci;
- evitare – di concerto con l'Amministrazione penitenziaria – l'annullamento di visite mediche e prestazioni sanitarie a causa di indisponibilità delle scorte necessarie per i trasferimenti dei detenuti presso i presidi sanitari esterni.

Si tratta di esigenze cui la Regione Toscana cerca in parte di porre rimedio. A questo proposito è certamente rilevante quanto previsto dalla Delibera della Giunta regionale n. 873 del 14/09/2015, volta a dettare le *linee guida* per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari e per la realizzazione delle reti sanitarie nazionali e regionali. A tal fine la Delibera recepisce l'accordo raggiunto in sede di Conferenza Unificata (che detta le *linee guida* a livello nazionale per l'erogazione dei servizi e per la realizzazione delle reti sanitarie regionali e nazionali - Allegato A), ed approva le *linee guida* per l'erogazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute negli Istituti toscani (Allegato B).

Le *linee guida* della Regione Toscana, nel solco di quelle nazionali, disegnano l'organizzazione del servizio sanitario nelle carceri toscane, stabilendo alcuni punti fermi di una certa rilevanza. In ogni carcere vi sarà un presidio sanitario che assicurerà alcune funzioni, come la medicina di base, il servizio per le tossicodipendenze ed il servizio psichiatrico. In ciascuna struttura penitenziaria vi sarà un responsabile medico, che avrà la funzione di raccordo e coordinamento con gli altri sanitari e con l'Amministrazione penitenziaria. Le strutture penitenziarie saranno classificate, in base alla complessità delle prestazioni sanitarie fornite, in diversi livelli, dai più semplici ai più complessi.

La Regione Toscana sottolinea come la propria azione sia improntata ad assicurare ai detenuti il diritto alla salute in condizioni di parità con i cittadini liberi, nella consapevolezza di quanto questa parità sia difficile da raggiungere proprio a causa della condizione di detenzione. Dalla Delibera emerge la coscienza di come certe problematiche di salute, o di gestione della salute, siano sviluppate o aggravate dall'istituzione carceraria, e come dunque sia necessario un approccio alla loro soluzione che si faccia carico degli ostacoli e delle limitazioni emergenti da questa situazione. Emerge per esempio un'attenzione specifica alla relazione medico-paziente, come strumento per accedere ad una cura continuativa e consapevole: diversamente dal contesto della libertà la relazione medico-paziente è più difficilmente sviluppabile in ambito carcerario, soprattutto per quanto riguarda la scelta del medico e per la continuità di cura. Così nelle *linee guida* si danno indicazioni nel senso di favorire quanto più possibile la scelta del medico, fra quelli presenti in carcere. Mentre già a livello nazionale si è data indicazione di permettere a professionisti sanitari di fiducia del detenuto di accedere alla struttura penitenziaria e utilizzarne le strutture mediche, dietro pagamento. Disposizione importante che tutela la libertà di scelta in campo sanitario, a cui potrebbe seguire, nella prospettiva di una parità sostanziale dei detenuti rispetto ai liberi, la scelta nel senso della gratuità delle prestazioni del medico di base che si reca in carcere dal proprio assistito. Altro punto importante toccato dalla Delibera concerne la prestazione di visite specialistiche, cui viene posta particolare attenzione, anche attraverso il monitoraggio delle prestazioni effettuate. In particolare si sottolinea l'importanza delle visite e delle cure odontoiatriche.

Quanto al trattamento delle tossicodipendenze le *linee guida* nazionali indicano come auspicabile la presenza di almeno un istituto per regione interamente dedicato alle tossicodipendenze (I.C.A.T.T. – Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti), mentre le *linee guida* della Regione Toscana prevedono la presenza dei Ser.T in ogni carcere. Nel carcere di Firenze Sollicciano sono altresì previste due sezioni specifiche per il

trattamento dei tossicodipendenti, una per coloro che assumono terapia sostitutiva, una per coloro che non la assumono: le *linee guida* nazionali parlano di sezioni a custodia attenuata (Se.A.T.T.).

Il recente decremento del sovraffollamento carcerario apre dunque uno spazio possibile per l'innalzamento qualitativo del modello sanitario presso le carceri. Lo Stato ha una responsabilità assoluta verso i corpi prigionieri: la salvaguardia e la promozione della salute devono essere garantiti in misura maggiore rispetto a coloro che hanno liberà di scelta.

## Il fenomeno della tossicodipendenza

### Il quadro normativo

Il fenomeno della tossicodipendenza è sovente connesso con quello del piccolo spaccio di stupefacenti, nonché alla commissione di altri reati, tipici i furti, legati alla necessità di procurarsi denaro per l'acquisto di sostanze o per vivere. La condizione di tossicodipendenza è dunque strettamente interconnessa con la normativa penale, principalmente perché, criminalizzando tale fenomeno sociale, lo si colloca necessariamente nell'ambito repressivo e carcerario. Tale criminalizzazione è attualmente messa in discussione dalle proposte di legge presentate in Parlamento per la riforma nel senso di una legalizzazione parziale della vendita di stupefacenti, cui si accennerà brevemente alla fine di questo paragrafo.

La normativa in materia di stupefacenti è attualmente il TU 309/90, cosiddetta *Iervolino-Vassalli*, che ha ripreso vigore nella sua versione precedente al 2006 dopo la dichiarazione di incostituzionalità della Legge *Fini-Giovanardi* (L. 49/2006).

L'anno 2014 ha visto susseguirsi una serie di modifiche nella normativa in materia di stupefacenti, principalmente ad opera della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione, ma anche grazie ad alcuni interventi del legislatore. Il principale effetto di queste modifiche è da rintracciarsi in una maggiore rispondenza delle pene all'intensità criminale dei reati, ripristinando la differenza di trattamento tra droghe leggere e droghe pesanti, con una mitigazione della portata punitiva della legislazione in materia di stupefacenti, che ha avuto una ricaduta positiva sul numero delle carcerazioni.

Il percorso è stato avviato dal legislatore con la trasformazione della fattispecie di lieve entità, di cui all'art. 73, co. 5, DPR 309/1990, da circostanza attenuante a reato autonomo, prevista nel DL 23 dicembre 2013, n. 146, convertito con modificazioni dalla Legge 21 febbraio 2014, n. 10. Con la nuova formulazione, la fattispecie prevista dall'art. 73, co. 5, non costituisce più una circostanza attenuante della norma base prevista nell'art. 73, 1° comma, ma diviene un'ipotesi autonoma di reato caratterizzata dalla "lieve entità" (che può essere riferita ai mezzi, le modalità, l'azione, la qualità o quantità delle sostanze), il cui regime sanzionatorio si rivela complessivamente di maggior favore per il reo, in quanto non consente più il giudizio di bilanciamento con le circostanze aggravanti, e quindi un eventuale venir meno della considerazione della lieve entità del fatto di fronte alla presenza di circostanze aggravanti. La configurazione della fattispecie come reato autonomo è stata mantenuta anche a seguito del successivo intervento legislativo, operato con DL 36/2014 (la Legge di conversione n. 79/2014), che ha ridotto la pena per i fatti di lieve entità previsti nel 73, 5° comma, pena che ora va da un minimo di 6 mesi ad un massimo di quattro anni.

Un'ulteriore, fondamentale, tappa è stata segnata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 32/2014, del 12 febbraio 2014, che ha dichiarato l'incostituzionalità del DL 272/2005, convertito nella Legge 49/2006 (cd. *Fini-Giovanardi*), e comportato il ritorno in vigore della precedente disciplina (art. 73 TU 309/90, nella formulazione precedente appunto alla *Fini-Giovanardi*). La sentenza della Corte ha infatti abrogato, per mancata coerenza tra il decreto legge e la legge di conversione (e "una tale penetrante e incisiva riforma, coinvolgente delicate scelte di natura politica, giuridica e scientifica, avrebbe richiesto un adeguato dibattito parlamentare, possibile ove si fossero seguite le ordinarie procedure di formazione della legge, ex art. 72 Cost." C. Cost. 32/2014), quelle disposizioni che avevano parificato i delitti riguardanti le droghe pesanti a quelli concernenti le droghe leggere, che nella precedente disciplina costituivano invece fattispecie differenziate.

In conseguenza di tale abrogazione la Corte ha affermato che torna a ricevere applicazione l'art. 73 del DPR 309 del 1990 e le relative tabelle, nella formulazione precedente alla novella del 2006.

Tale pronuncia ha dato luogo a una condizione di illegittimità della pena nella quale si trova un numero di detenuti, sicuramente significativo, anche se non definibile con certezza.

Quanto agli effetti in *malam partem*, poiché l'originaria e ripristinata disciplina prevede sanzioni più severe per i reati concernenti le droghe pesanti, il giudicato resta salvo, con l'applicazione della norma penale più favorevole al reo.

Quanto agli effetti in *bonam partem*, nei giudizi pendenti, si è avuta un'applicazione immediata delle modifiche normative introdotte dalla pronuncia della Corte Costituzionale. Per le sentenze già passate in giudicato e in corso di esecuzione si è posta la problematica di come rideterminare la pena per i condannati ex art. 73 per droghe leggere. La questione giurisprudenziale principale è nata dal fatto che la declaratoria di incostituzionalità ha riguardato una norma penale diversa dalla norma incriminatrice, ma che incide sul trattamento sanzionatorio: se questa comporti o meno una rideterminazione della pena in sede di esecuzione, vincendo la preclusione del giudicato. A tale questione la Cassazione ha dato risposta affermativa e con Cass. Sez. Un. Pen, sentenza n. 42858/2014, ha statuito che "successivamente a una sentenza irrevocabile di condanna, la dichiarazione di illegittimità costituzionale di una norma diversa dalla norma incriminatrice, idonea a mitigare il trattamento sanzionatorio, comporta la rideterminazione della pena, che non sia stata interamente espiata, da parte del giudice dell'esecuzione". Con tale sentenza è stato risolto il contrasto giurisprudenziale sorto in tema di effetti sull'esecuzione della pena derivanti da declaratorie di incostituzionalità non comportanti l'abolizione della norma incriminatrice, con adesione della Corte all'indirizzo già espresso nella sentenza Sez. I, n. 977 del 27/10/2011, Hauohu, Rv. 252062 e altre. Si è quindi rotto il tabù dell'intangibilità del giudicato. Per una trattazione più dettagliata si rinvia alla *Relazione annuale del Garante 2015*, pag. 59 e ss.

Molti detenuti hanno, di conseguenza, presentato istanze alla Magistratura ex art. 666 cpp per chiedere la rideterminazione della pena. I Garanti per i diritti dei detenuti, in collaborazione con le associazioni di tutela, hanno sostenuto e incentivato la presentazione delle istanze. Ciò non solo per contribuire alla riduzione del sovraffollamento, ma soprattutto per un'esigenza di tutela del diritto dei condannati a scontare una pena legittima e per rinforzare le ragioni dello stato di diritto.

In Toscana il Garante si è attivato per far sì che i detenuti condannati in base alla Legge *Fini-Giovanardi* potessero ottenere la rideterminazione della pena. Si tratta dei condannati per fatti relativi a "droghe leggere", ma anche di coloro che non avevano potuto beneficiare della attenuante ex art. 73, 5° comma, nuovamente applicabile anche in caso di recidiva dopo la sentenza C. Cost.

251/2012. Così hanno stabilito le Sezioni Unite della Cassazione nella sentenza sopra citata SS.UU. Penali n. 42858/2014.

Il Garante ha realizzato incontri con i Garanti locali, l'Avvocatura e con le associazioni di tutela dei diritti dei detenuti, nonché con la Magistratura di sorveglianza. Ha altresì contribuito a diffondere, anche attraverso il sito web, i modelli di istanze elaborati dall'Associazione l'Altro diritto per chiedere la rideterminazione della pena. L'intera modulistica, comprendente nello specifico i modelli relativi alle istanze di incidente di esecuzione per art. 73 comma 1, DPR 309/1990, per art. 73 comma 5 DPR 309/1990, per artt. 73 comma 5 DPR 309/1990 e 99. 4 cp, è scaricabile dal sito del Garante.

Il Garante ha inoltre chiesto notizie alla Procura della Repubblica di eventuali azioni intraprese dalla Procura toscana in materia di rideterminazione della pena ex art. 73 TU 309/90 in conseguenza della sentenza C. Cost. 32/2014.

Sono attualmente all'esame del Parlamento due proposte di legge che mirano a legalizzare il consumo e regolamentare la vendita di droghe leggere (marijuana e hashish). Una (anzi due, una di modifica al TU 309/90 e una di regolamentazione, presentata alla Camera dall'on. Marisa Nicchi) è frutto di un gruppo di lavoro promosso da La Società della ragione. L'altra è quella presentata dall'Intergruppo per la legalizzazione della marijuana, promosso dal senatore Della Vedova, e presentata alla camera dall'on. Giachetti.

La prima proposta (Società della ragione), è costituita da due disegni di legge separati. Il primo, in fase di presentazione alla Camera, è frutto della rielaborazione della proposta presentata dall'on. Boato nella XIV legislatura (AC 4208), a sua volta ricalcata sulla base della elaborazione della Commissione ministeriale presieduta dal Presidente La Greca sotto la responsabilità del sottosegretario Corleone durante il Governo Prodi I, e va a modificare il TU 309/90 negli articoli che prevedono la repressione delle condotte illecite e i servizi per le tossicodipendenze. Il secondo, già presentato alla camera dall'on. Marisa Nicchi (AC 3229), disciplina le modalità di regolamentazione del consumo, produzione e commercio della cannabis.

Si qualifica come lecito il mero consumo delle sostanze stupefacenti, abrogando l'art. 75 che prevede sanzioni amministrative per i consumatori. Si riducono le condotte penalizzate, con la modifica dell'art. 73, che punisce le condotte di produzione (comprende coltivazione, fabbricazione, estrazione), acquisto, detenzione e cessione, semplificandole e limitando i casi di punibilità: per esempio sono fuori dalla penalizzazione la coltivazione (e ogni altra condotta) finalizzata al consumo personale, la cessione totalmente gratuita e la cessione finalizzata al consumo di gruppo.

La produzione è quindi penalizzata solo se destinata ad altri a scopo di profitto. Anche la cessione è penalizzata solo se a scopo di lucro (spaccio). Le pene sono ridotte in maniera considerevole, riconducendo il trattamento sanzionatorio ad una dimensione di proporzionalità rispetto all'offesa, in armonia con i principi costituzionali. Il reato di lieve entità è inserito in un articolo autonomo, e vengono differenziate le pene in ragione della diversa natura della sostanza.

La coltivazione per uso personale e la cessione gratuita sono depenalizzate, escludendo quindi dalla penalizzazione le condotte finalizzate al consumo personale, la cessione gratuita e la cessione di gruppo.

Con la regolamentazione del consumo, produzione, commercio di cannabis e prodotti derivati si vuole incidere in funzione preventiva, favorendo l'emergere e il consolidarsi di meccanismi di autoregolazione nel consumo di cannabis: sono così ammessi la coltivazione e il consumo, anche di gruppo (modello dei "cannabis social club"), ma per fini personali e non in luoghi pubblici o aperti al

pubblico. Nei cannabis social club è lecita la coltivazione in forma associata di piante di cannabis, destinate all'uso esclusivo del gruppo, senza scopo di lucro.

Si prevede di ampliare le alternative al carcere, istituendo presso ogni tribunale un presidio di servizio pubblico per le dipendenze, con il compito di segnalare al giudice l'esistenza di un programma terapeutico in corso o di predisporre tale programma in via d'urgenza. Si introduce il programma di reintegrazione sociale nell'ambito del programma terapeutico e riabilitativo, previsto dal nuovo art. 94-bis, cui si può accedere con limite di pena di otto anni. Per i detenuti stranieri, apolidi o senza fissa dimora si prevede espressamente che essi fruiscano dell'assistenza relativa alla condizione di tossicodipendenza a carico del SSN nel territorio in cui si trovano o dove ha sede il carcere.

Oltre che attraverso i Cannabis Social Club, si prevede che l'approvvigionamento della cannabis avvenga anche attraverso un sistema commerciale, di distribuzione in locali pubblici dotati di apposita licenza. Sono previste anche autorizzazioni per importazione, esportazione, coltivazione della cannabis destinata ai locali pubblici autorizzati.

Si prevede altresì l'istituzione di un'agenzia Nazionale per la regolamentazione delle Sostanze Stupefacenti; come autorità indipendente in materia di salute pubblica e dei consumatori, di autorizzazioni, monitoraggio dei fenomeni sociali connessi, prevenzione rispetto a tutte le sostanze, legali e illegali, interventi sociali e attività di ricerca e sperimentazione in campo sanitario e sociale relativamente all'uso di droghe.

La seconda (Intergruppo per la legalizzazione – proposta Giachetti AC 3235) prevede la legalizzazione della coltivazione in forma personale e associata di cannabis, entro certi limiti (persone maggiorenni e quantitativi limitati: 5 piante femmine), nonché la coltivazione in forma associata, senza fini di lucro, sul modello dei cannabis social club spagnoli, cui possono associarsi persone maggiorenni in numero non superiore a cinquanta.

La detenzione di piccole quantità (5 grammi fuori casa, 15 al domicilio) è considerata lecita, senza necessità di autorizzazione. Si prevede il divieto del consumo pubblico e la non punibilità della cessione gratuita.

Si prevede poi il sistema delle autorizzazioni, in base alle quali possono essere coltivati, preparati e venduti al dettaglio legalmente cannabis e derivati. Tale vendita avviene istituendo un monopolio di stato, e prevedendo anche forme di autorizzazione ai privati per coltivazione, trasformazione e vendita. Dal regime di monopolio sono escluse la coltivazione in forma personale e associata della cannabis.

## Le cifre in chiaro

Come ricorda la *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, “la rilevazione dei dati in forma aggregata presso i singoli Istituti penitenziari continua ad essere condotta dall'Amministrazione penitenziaria. Detta rilevazione – come previsto dalla normativa e dalla Conferenza Stato-Regioni – verrà sostituita dal monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati di pertinenza del Sis (Sistema informativo sanitario), indagine non ancora a regime”.

“Le rilevazioni condotte dall'Amministrazione penitenziaria sono state istituite al fine di monitorare gli effetti del DPR n. 309/90 ed hanno subito una profonda trasformazione dopo il 2008, anno in cui è avvenuto il passaggio della sanità penitenziaria. Sino a quel momento 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 della 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)<sup>8</sup>.

Al 31 dicembre 2014 la percentuale di detenuti tossicodipendenti presenti nelle carceri italiane si attestava sul 24,63%<sup>9</sup> della popolazione detenuta. Si tratta dei detenuti con problemi droga-correlati, da non confondere con i detenuti con una diagnosi di dipendenza, il cui ammontare risulta inferiore. Come conferma il *Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe*, la presenza di detenuti tossicodipendenti è tendenzialmente stabile da circa sei anni a questa parte, dal 2009 in poi. In termini assoluti a fine 2014 i detenuti tossicodipendenti erano 13.205 su una popolazione detenuta di 53.623.

**Tab. 1:** Detenuti presenti e detenuti tossicodipendenti al 31.12. Serie Storica. Valori assoluti e valori percentuali<sup>10</sup>

Anno	Presenti	Tossicodipendenti	Percentuale
2006	39.005	8.363	21,44%
2007	48.693	13.424	27,57%
2008	58.127	15.772	27,13%
2009	64.791	15.887	24,52%
2010	67.961	16.245	23,90%
2011	66.897	16.364	24,46%
2012	65.701	15.663	23,84%
2013	62.536	14.879	23,79%
2014	53.623	13.205	24,63%

Negli Istituti penitenziari toscani, alla stessa data, i detenuti tossicodipendenti si attestavano sul 27,01% della popolazione detenuta nelle 18 strutture per adulti presenti (883 detenuti su 3.269). Alla metà del 2015 la percentuale relativa ai tossicodipendenti era leggermente scesa toccando il 25,75% della popolazione detenuta regionale (836 detenuti su 3.247).

<sup>8</sup> Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, p. 480.

<sup>9</sup> 22% secondo la *Relazione annuale al Parlamento 2015*, p. 481.

<sup>10</sup> Fonte: Dipartimento Amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – Sezione Statistica. Cfr. *Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe. Dopo la Fini-Giovanardi: un anno di transizione e contraddizioni*, Edizione 2015, [www.fuoriluogo.it](http://www.fuoriluogo.it), p. 7.

**Tab. 2:** Detenuti presenti e detenuti tossicodipendenti negli Istituti penitenziari toscani al 31.12.2014. Valori assoluti e valori percentuali<sup>11</sup>

Istituti	Detenuti presenti			Detenuti tossicodipendenti				Detenuti presenti stranieri				Detenuti stranieri tossicodipendenti			
	Situazione al 31 dicembre 2014	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	% su presenti	Uomini	Donne	Totale	% su presenti	Uomini	Donne	Totale
CC Arezzo	25	0	<b>25</b>	10	0	<b>10</b>	40,00%	10	0	10	40,00%	7	0	7	70,00%
CCF Empoli	0	19	<b>19</b>	0	5	<b>5</b>	26,32%	0	10	10	52,63%	0	2	2	20,00%
CC Firenze Mario Gozzini	87	0	<b>87</b>	47	0	<b>47</b>	54,02%	33	0	33	37,93%	16	0	16	48,48%
CC Firenze Sollicciano	640	94	<b>734</b>	172	19	<b>191</b>	26,02%	458	40	498	67,85%	105	4	109	21,89%
CC Grosseto	25	0	<b>25</b>	12	0	<b>12</b>	48,00%	9	0	9	36,00%	3	0	3	33,33%
CC Livorno	114	0	<b>114</b>	38	0	<b>38</b>	33,33%	64	0	64	56,14%	15	0	15	23,44%
CR Livorno Gorgona	62	0	<b>62</b>	0	0	<b>0</b>	0,00%	28	0	28	45,16%	0	0	0	0,00%
CC Lucca	134	0	<b>134</b>	95	0	<b>95</b>	70,90%	78	0	78	58,21%	51	0	51	65,38%
CR Massa	200	0	<b>200</b>	137	0	<b>137</b>	68,50%	75	0	75	37,50%	67	0	67	89,33%
CC Massa Marittima	42	0	<b>42</b>	12	0	<b>12</b>	28,57%	22	0	22	52,38%	7	0	7	31,82%
OPG Montelupo F.no	121	0	<b>121</b>	12	0	<b>12</b>	9,92%	24	0	24	19,83%	1	0	1	4,17%
CC Pisa	209	0	<b>209</b>	28	0	<b>28</b>	13,40%	121	0	121	57,89%	17	0	17	14,05%
CC Pistoia	63	0	<b>63</b>	22	0	<b>22</b>	34,92%	23	0	23	36,51%	5	0	5	21,74%
CR Porto Azzurro	281	0	<b>281</b>	4	0	<b>4</b>	1,42%	141	0	141	50,18%	1	0	1	0,71%
CC Prato	591	0	<b>591</b>	170	0	<b>170</b>	28,76%	299	0	299	50,59%	103	0	103	34,45%
CR S. Gimignano	360	0	<b>360</b>	69	0	<b>69</b>	19,17%	61	0	61	16,94%	15	0	15	24,59%
CC Siena	65	0	<b>65</b>	17	0	<b>17</b>	26,15%	34	0	34	52,31%	5	0	5	14,71%
CR Volterra	137	0	<b>137</b>	14	0	<b>14</b>	10,22%	43	0	43	31,39%	0	0	0	0,00%
<b>Totale</b>	<b>3156</b>	<b>113</b>	<b>3269</b>	<b>859</b>	<b>24</b>	<b>883</b>	<b>27,01%</b>	<b>1523</b>	<b>50</b>	<b>1573</b>	<b>48,12%</b>	<b>418</b>	<b>6</b>	<b>424</b>	<b>26,95%</b>

<sup>11</sup> Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana.

**Tab. 3:** Detenuti presenti e detenuti tossicodipendenti negli Istituti penitenziari toscani al 30.06.2015. Valori assoluti e valori percentuali<sup>12</sup>

Istituti	Detenuti presenti			Detenuti tossicodipendenti				Detenuti presenti stranieri				Detenuti stranieri tossicodipendenti			
	Situazione al 30 giugno 2015	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	% su presenti	Uomini	Donne	Totale	% su presenti	Uomini	Donne	Totale
CC Arezzo	26	0	<b>26</b>	5	0	<b>5</b>	19,23%	5	0	5	19,23%	0	0	0	0,00%
CCF Empoli	0	15	<b>15</b>	0	6	<b>6</b>	40,00%	0	5	5	33,33%	0	1	1	20,00%
CC Firenze Mario Gozzini	87	0	<b>87</b>	37	0	<b>37</b>	42,53%	27	0	27	31,03%	13	0	13	48,15%
CC Firenze Sollicciano	602	91	<b>693</b>	199	22	<b>221</b>	31,89%	420	42	462	66,67%	124	4	128	27,71%
CC Grosseto	21	0	<b>21</b>	6	0	<b>6</b>	28,57%	9	0	9	42,86%	1	0	1	11,11%
CC Livorno	209	0	<b>209</b>	36	0	<b>36</b>	17,22%	70	0	70	33,49%	16	0	16	22,86%
CR Livorno Gorgona	58	0	<b>58</b>	0	0	<b>0</b>	0,00%	27	0	27	46,55%	0	0	0	0,00%
CC Lucca	105	0	<b>105</b>	31	0	<b>31</b>	29,52%	51	0	51	48,57%	20	0	20	39,22%
CR Massa	177	0	<b>177</b>	98	0	<b>98</b>	55,37%	61	0	61	34,46%	17	0	17	27,87%
CC Massa Marittima	40	0	<b>40</b>	15	0	<b>15</b>	37,50%	15	0	15	37,50%	6	0	6	40,00%
OPG Montelupo F.no	92	0	<b>92</b>	8	0	<b>8</b>	8,70%	20	0	20	21,74%	1	0	1	5,00%
CC Pisa	231	28	<b>259</b>	37	6	<b>43</b>	16,60%	125	8	133	51,35%	13	0	13	9,77%
CC Pistoia	18	0	<b>18</b>	3	0	<b>3</b>	16,67%	4	0	4	22,22%	0	0	0	0,00%
CR Porto Azzurro	258	0	<b>258</b>	1	0	<b>1</b>	0,39%	119	0	119	46,12%	0	0	0	0,00%
CC Prato	616	0	<b>616</b>	210	0	<b>210</b>	34,09%	328	0	328	53,25%	134	0	134	40,85%
CR S. Gimignano	372	0	<b>372</b>	81	0	<b>81</b>	21,77%	62	0	62	16,67%	12	0	12	19,35%
CC Siena	63	0	<b>63</b>	16	0	<b>16</b>	25,40%	32	0	32	50,79%	6	0	6	18,75%
CR Volterra	138	0	<b>138</b>	19	0	<b>19</b>	13,77%	48	0	48	34,78%	1	0	1	2,08%
<b>Totale</b>	<b>3113</b>	<b>134</b>	<b>3247</b>	<b>802</b>	<b>34</b>	<b>836</b>	<b>25,75%</b>	<b>1423</b>	<b>55</b>	<b>1478</b>	<b>45,52%</b>	<b>364</b>	<b>5</b>	<b>369</b>	<b>24,97%</b>

<sup>12</sup> Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana.

Se osserviamo gli ingressi nelle carceri italiane di persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti risulta evidente un leggero calo, soprattutto in termini assoluti. “Dopo cinque anni in cui la percentuale di ingressi di tossicodipendenti è stata superiore al 28%, con un picco del 29,52% nel 2008, [...] dal 2013 si è tornati sotto [questa] soglia, registrando un 27,85%; nel 2014 [è continuata] la flessione, con i soggetti tossicodipendenti che [si attestano sul] 27,5%<sup>13</sup> dei detenuti entrati in carcere”<sup>14</sup>. In termini assoluti gli ingressi di soggetti tossicodipendenti nel corso del 2014 sono stati 13.810, su un totale di 50.217.

**Tab. 4:** Numero ingressi complessivi negli Istituti penitenziari italiani ed ingressi di soggetti tossicodipendenti. Serie storica. Valori assoluti e valori percentuali<sup>15</sup>

Anno	Ingressi totali	Tossicodipendenti	Percentuale
2005	89.887	25.541	28,41%
2006	90.714	24.637	27,16%
2007	90.441	24.371	26,95%
2008	92.800	27.397	29,52%
2009	88.066	25.106	28,51%
2010	84.641	24.008	28,36%
2011	76.982	22.432	29,14%
2012	63.020	18.225	28,92%
2013	59.390	16.543	27,85%
2014	50.217	13.810	27,50%

A livello regionale gli ingressi dalla libertà nel secondo semestre 2014 sono stati complessivamente 1.332, di cui 477 tossicodipendenti, pari al 35,81%. Nello stesso periodo sono entrate 854 persone straniere (il 64,11% degli ingressi totali), tra questi il 32,79% (280) erano tossicodipendenti. Appare importante sottolineare che nel secondo semestre 2013 gli ingressi nelle carceri toscane erano stati, nel complesso, 1.657, di cui 890 tossicodipendenti, pari al 56,79% del totale (quasi il 20% in più rispetto al secondo semestre 2014). La tendenza alla diminuzione è confermata anche nel primo semestre del 2015 quando, a fronte di 1.319 ingressi, i detenuti tossicodipendenti ammontavano al 30,02% (396). Gli ingressi di persone straniere in questo semestre sono stati 792 (il 60,05% degli ingressi totali), tra questi il 26,01% (206) erano tossicodipendenti. Pertanto anche relativamente alla componente dei detenuti di origine straniera entrati in carcere, la percentuale di persone tossicodipendenti segna una tendenza al decremento.

La diminuzione degli ingressi dei detenuti tossicodipendenti è certamente da rapportare all’abrogazione per via costituzionale della Legge *Fini-Giovanardi* che, a livello nazionale, come abbiamo visto, ha avuto un’incidenza significativa sull’accesso di detenuti tossicodipendenti considerando che i relativi ingressi sono scesi da 16.543 alla fine del 2013 a 13.810 alla fine del 2014.

<sup>13</sup> 23% secondo la *Relazione annuale al Parlamento 2015*, p. 481

<sup>14</sup> *Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe. Dopo la Fini-Giovanardi: un anno di transizione e contraddizioni*, Edizione 2015, [www.fuoriluogo.it](http://www.fuoriluogo.it), p. 6.

<sup>15</sup> Fonte: Dipartimento Amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – Sezione Statistica. Cfr. *Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe. Dopo la Fini-Giovanardi: un anno di transizione e contraddizioni*, Edizione 2015, [www.fuoriluogo.it](http://www.fuoriluogo.it), p. 7.

**Tab. 5:** Detenuti entrati dalla libertà negli istituti penitenziari toscani al 31.12.2014. Valori assoluti e valori percentuali<sup>16</sup>

Istituti	Entrati dalla libertà			Entrati dalla libertà tossicodipendenti				Entrati dalla libertà stranieri				Entrati dalla libertà stranieri tossicodipendenti			
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	% su entrati	Uomini	Donne	Totale	% su entrati	Uomini	Donne	Totale	% su entrati stranieri
CC Arezzo	98	0	<b>98</b>	45	0	<b>45</b>	45,92%	56	0	<b>56</b>	57,41%	29	0	<b>29</b>	51,79%
CCF Empoli	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%
CC Firenze Mario Gozzini	2	0	<b>2</b>	2	0	<b>2</b>	100,00%	1	0	<b>1</b>	50,00%	1	0	<b>1</b>	100,00%
CC Firenze Sollicciano	343	87	<b>430</b>	138	18	<b>156</b>	36,28%	275	47	<b>322</b>	74,88%	89	5	<b>94</b>	29,19%
CC Grosseto	58	0	<b>58</b>	17	0	<b>17</b>	29,31%	26	0	<b>26</b>	44,83%	4	0	<b>4</b>	15,38%
CC Livorno	103	0	<b>103</b>	53	0	<b>53</b>	51,46%	63	0	<b>63</b>	61,17%	23	0	<b>23</b>	36,51%
CR Livorno Gorgona	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%
CC Lucca	114	0	<b>114</b>	49	0	<b>49</b>	42,98%	77	0	<b>77</b>	67,54%	32	0	<b>32</b>	41,56%
CR Massa	46	0	<b>46</b>	29	0	<b>29</b>	63,04%	23	0	<b>23</b>	50,00%	17	0	<b>17</b>	73,91%
CC Massa Marittima	1	0	<b>1</b>	0	0	<b>0</b>	0,00%	1	0	<b>1</b>	100,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%
OPG Montelupo F.no	21	0	<b>21</b>	6	0	<b>6</b>	28,57%	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%
CC Pisa	192	11	<b>203</b>	32	0	<b>32</b>	15,76%	128	2	<b>130</b>	64,04%	19	0	<b>19</b>	14,62%
CC Pistoia	88	0	<b>88</b>	25	0	<b>25</b>	28,41%	45	0	<b>45</b>	51,14%	7	0	<b>7</b>	15,56%
CR Porto Azzurro	2	0	<b>2</b>	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%
CC Prato	126	0	<b>126</b>	52	0	<b>52</b>	41,27%	92	0	<b>92</b>	73,02%	52	0	<b>52</b>	56,52%
CR S. Gimignano	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%
CC Siena	39	0	<b>39</b>	10	0	<b>10</b>	25,64%	18	0	<b>18</b>	46,15%	2	0	<b>2</b>	11,11%
CR Volterra	1	0	<b>1</b>	1	0	<b>1</b>	100,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%	0	0	<b>0</b>	0,00%
<b>Totale</b>	<b>1234</b>	<b>98</b>	<b>1332</b>	<b>459</b>	<b>18</b>	<b>477</b>	<b>35,81%</b>	<b>805</b>	<b>49</b>	<b>854</b>	<b>64,11%</b>	<b>275</b>	<b>5</b>	<b>280</b>	<b>32,79%</b>

<sup>16</sup> Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana.

**Tab. 6:** Detenuti entrati dalla libertà negli istituti penitenziari toscani al 30.06.2015. Valori assoluti e valori percentuali<sup>17</sup>

Istituti	Entrati dalla libertà			Entrati dalla libertà tossicodipendenti				Entrati dalla libertà stranieri				Entrati dalla libertà stranieri tossicodipendenti			
	Ingressi I semestre 2015	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	% su entrati	Uomini	Donne	Totale	% su entrati	Uomini	Donne	Totale
CC Arezzo	112	0	112	39	0	39	34,82%	58	0	58	51,79%	17	0	17	29,31%
CCF Empoli	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
CC Firenze Mario Gozzini	4	0	4	2	0	2	50,00%	2	0	2	50,00%	0	0	0	0,00%
CC Firenze Sollicciano	381	92	473	83	19	102	21,56%	276	55	331	69,98%	49	5	54	16,31%
CC Grosseto	51	0	51	15	0	15	29,41%	23	0	23	45,10%	4	0	4	17,39%
CC Livorno	104	0	104	17	0	17	16,35%	57	0	57	54,81%	11	0	11	19,30%
CR Livorno Gorgona	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
CC Lucca	93	0	93	49	0	49	52,69%	47	0	47	50,54%	21	0	21	44,68%
CR Massa	39	0	39	11	0	11	28,21%	13	0	13	33,33%	3	0	3	23,08%
CC Massa Marittima	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
OPG Montelupo F.no	7	0	7	3	0	3	42,86%	2	0	2	28,57%	0	0	0	0,00%
CC Pisa	138	42	180	59	5	64	35,56%	94	17	111	61,67%	37	1	38	34,23%
CC Pistoia	68	0	68	12	0	12	17,65%	33	0	33	48,53%	3	0	3	9,09%
CR Porto Azzurro	3	0	3	3	0	3	100,00%	1	0	1	33,33%	1	0	1	100,00%
CC Prato	144	0	144	76	0	76	52,78%	91	0	91	63,19%	52	0	52	57,14%
CR S. Gimignano	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
CC Siena	41	0	41	3	0	3	7,32%	23	0	23	56,10%	2	0	2	8,70%
CR Volterra	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%	0	0	0	0,00%
<b>Totale</b>	<b>1185</b>	<b>134</b>	<b>1319</b>	<b>372</b>	<b>24</b>	<b>396</b>	<b>30,02%</b>	<b>720</b>	<b>72</b>	<b>792</b>	<b>60,05%</b>	<b>200</b>	<b>6</b>	<b>206</b>	<b>26,01%</b>

<sup>17</sup> Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana.

La reale incidenza dell'abrogazione della *Fini-Giovanardi* deve essere però correlata soprattutto con gli ingressi in carcere per violazione della legge antidroga. Come sottolinea il *Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe* "nel 2006 – anno di entrata in vigore della *Fini-Giovanardi* – i detenuti entrati in carcere per violazione dell'art 73 (detenzione di sostanze illecite) della legge antidroga sono stati 25.399 (su un totale di 90.714); nel 2008 erano saliti fino a 28.865 (su 92.800); da allora vi è stata una forte diminuzione in termini assoluti degli ingressi in carcere per violazione della normativa antidroga, in relazione ad un altrettanto consistente diminuzione degli ingressi complessivi: nel 2013 sono state incarcerate per violazione dell'art. 73 *solamente* 18.151 persone (su un totale di 59.390); nel 2014 – [successivamente] all'abrogazione per via costituzionale della *Fini-Giovanardi* – si è scesi a 13.972 su 50.217". Si deve sottolineare che nel calo generale degli ingressi in carcere, dovuto alle politiche deflative messe in campo a seguito della sentenza CEDU, la riduzione di ingressi per detenzione di stupefacenti incide in maniera molto significativa.

Se osserviamo "la percentuale di ingressi in carcere per violazione dell'art. 73 sul totale degli ingressi, nel 2014 possiamo notare una flessione di oltre 2 punti percentuali rispetto all'anno precedente (dal 30,56 al 28,38%) e addirittura di oltre 4 punti percentuali rispetto al 2012 (32,47%), anno in cui [venne registrato] il picco percentuale di ingressi per reati di questo tipo. Il dato percentuale del 2014 è il più basso dal 2007, mentre nel 2006 si attestava al 28%"<sup>18</sup>.

**Tab. 7:** Ingressi nelle carceri italiane per violazione art. 73 DPR 309/90 rispetto al totale degli ingressi. Serie storica<sup>19</sup>

Anno	Ingressi negli Istituti penitenziari per qualsiasi reato			Ingressi per reati in violazione dell'art. 73 DPR 309/90			% reati in violazione dell'art. 73 DPR 309/90 sul totale ingressi
	Italiani	Stranieri	Totale	Italiani	Stranieri	Totale	%
<b>2005</b>	49.281	40.606	<b>89.887</b>	15.670	10.107	<b>25.777</b>	<b>28,68%</b>
<b>2006</b>	47.426	43.288	<b>90.714</b>	15.074	10.325	<b>25.399</b>	<b>28,00%</b>
<b>2007</b>	46.581	43.860	<b>90.441</b>	15.392	11.593	<b>26.985</b>	<b>29,84%</b>
<b>2008</b>	49.701	43.099	<b>92.800</b>	16.564	12.301	<b>28.865</b>	<b>31,10%</b>
<b>2009</b>	47.993	40.073	<b>88.066</b>	15.909	12.460	<b>28.369</b>	<b>32,21%</b>
<b>2010</b>	47.343	37.298	<b>84.641</b>	15.695	10.446	<b>26.141</b>	<b>30,88%</b>
<b>2011</b>	43.677	33.305	<b>76.982</b>	14.226	10.226	<b>24.452</b>	<b>31,76%</b>
<b>2012</b>	36.014	27.006	<b>63.020</b>	11.376	9.088	<b>20.464</b>	<b>32,47%</b>
<b>2013</b>	33.572	25.818	<b>59.390</b>	10.042	8.109	<b>18.151</b>	<b>30,56%</b>
<b>2014</b>	27.470	22.747	<b>50.217</b>	7.225	6.747	<b>13.972</b>	<b>28,38%</b>

Inoltre, le persone ristrette nelle carceri italiane per violazione dell'art. 73, al 31 dicembre 2014, erano 17.995, su un totale di 53.623, pari cioè al 33,56%. L'anno prima i detenuti per art. 73 erano 23.346 su un totale di 62.536, in percentuale il 37,33%. Se osserviamo la serie storica, dal 2010 ad oggi, le persone ristrette per violazione dell'art. 73 sono costantemente scese, sia in termini assoluti che percentuali, facendo registrare un decremento più forte nel corso del 2014.

Nelle carceri toscane i detenuti ristretti per violazione dell'art. 73 sono passati dal 33,71% alla fine del 2014 (1.102 su una popolazione detenuta complessiva di 3.269) al 32,98% alla metà del 2015 (1.071 su 3.247). Si deve però notare che alla fine del 2013 le persone ristrette per art. 73 si attestavano sul 38,37% (1.538 detenuti su un totale di 4.008), un calo significativo ed in linea con la tendenza nazionale.

<sup>18</sup> *Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe, Op. cit.*, p. 5.

<sup>19</sup> Fonte: Dipartimento Amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – Sezione Statistica. Cfr. *Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe, Op. cit.*, p. 5.

**Tab. 8:** Presenze in carcere al 31.12. e presenze ex art. 73 DPR 309/90. Serie storiche. Valori assoluti e percentuali<sup>20</sup>

<b>Data rilevazione</b>	<b>Detenuti presenti</b>	<b>Ristretti per art. 73</b>	<b>% art 73 rispetto ai presenti</b>
<b>31/12/06</b>	39.005	14.640	37,53%
<b>31/12/07</b>	48.693	18.222	37,42%
<b>31/12/08</b>	58.127	22.727	39,10%
<b>31/12/09</b>	64.791	26.052	40,21%
<b>31/12/10</b>	67.961	27.294	40,16%
<b>31/12/11</b>	66.897	26.559	39,70%
<b>31/12/12</b>	65.701	25.269	38,46%
<b>31/12/13</b>	62.536	23.346	37,33%
<b>31/12/14</b>	53.623	17.995	33,56%

<sup>20</sup> Fonte: Dipartimento Amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – Sezione Statistica. Cfr. *Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe*, Op. cit., p. 6.

**Tab. 9:** Detenuti presenti per reato, stato di tossicodipendenza e nazionalità negli Istituti penitenziari toscani al 31.12.2014. Valori assoluti e valori percentuali<sup>21</sup>

Istituti	Detenuti presenti			Detenuti presenti			Detenuti presenti stranieri			Detenuti presenti stranieri		
	Detenuti presenti per reato, stato di tossicodipendenza, nazionalità al 31.12.2014	Ristretti per art. 73 TU 309/90	Ristretti per altri reati	Totale	Tossicodipendenti	Non tossicodipendenti	Totale	Ristretti per art. 73 TU 309/90	Ristretti per altri reati	Totale	Tossicodipendenti	Non tossicodipendenti
CC Arezzo	7	18	25	10	15	25	5	5	10	7	3	10
CCF Empoli	5	14	19	5	14	19	4	6	10	2	8	10
CC Firenze Mario Gozzini	30	57	87	47	40	87	17	16	33	16	17	33
CC Firenze Sollicciano	239	495	734	191	543	734	181	317	498	109	389	498
CC Grosseto	11	14	25	12	13	25	4	5	9	3	6	9
CC Livorno	50	64	114	38	76	114	37	27	64	15	49	64
CR Livorno Gorgona	16	46	62	0	62	62	8	20	28	0	28	28
CC Lucca	36	98	134	95	39	134	29	49	78	51	27	78
CR Massa	73	127	200	137	63	200	35	40	75	67	8	75
CC Massa Marittima	16	26	42	12	30	42	9	13	22	7	15	22
OPG Montelupo F.no	7	114	121	12	109	121	3	21	24	1	23	24
CC Pisa	81	128	209	28	181	209	59	62	121	17	104	121
CC Pistoia	12	51	63	22	41	63	4	19	23	5	18	23
CR Porto Azzurro	97	184	281	4	277	281	63	78	141	1	140	141
CC Prato	196	395	591	170	421	591	125	174	299	103	196	299
CR S. Gimignano	168	192	360	69	291	360	29	32	61	15	46	61
CC Siena	18	47	65	17	48	65	12	22	34	5	29	34
CR Volterra	40	97	137	14	123	137	11	32	43	0	43	43
<b>Totale</b>	<b>1102</b>	<b>2167</b>	<b>3269</b>	<b>883</b>	<b>2386</b>	<b>3269</b>	<b>635</b>	<b>938</b>	<b>1573</b>	<b>424</b>	<b>1149</b>	<b>1573</b>

<sup>21</sup> Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana.

**Tab. 10:** Detenuti presenti per reato, stato di tossicodipendenza e nazionalità negli Istituti penitenziari toscani al 30.06.2015. Valori assoluti e valori percentuali<sup>22</sup>

Istituti	Detenuti presenti			Detenuti presenti			Detenuti presenti stranieri			Detenuti presenti stranieri		
	Detenuti presenti per reato, stato di tossicodipendenza, nazionalità al 30.06.2015	Ristretti per art. 73 TU 309/90	Ristretti per altri reati	Totale	Tossicodipendenti	Non tossicodipendenti	Totale	Ristretti per art. 73 TU 309/90	Ristretti per altri reati	Totale	Tossicodipendenti	Non tossicodipendenti
CC Arezzo	7	19	26	5	21	26	1	4	5	0	5	5
CCF Empoli	6	9	15	6	9	15	2	3	5	1	4	5
CC Firenze Mario Gozzini	27	60	87	37	50	87	12	15	27	13	14	27
CC Firenze Sollicciano	192	501	693	221	472	693	151	311	462	128	334	462
CC Grosseto	7	14	21	6	15	21	4	5	9	1	8	9
CC Livorno	95	114	209	36	173	209	40	30	70	16	54	70
CR Livorno Gorgona	17	41	58	0	58	58	10	17	27	0	27	27
CC Lucca	31	74	105	31	74	105	22	29	51	20	31	51
CR Massa	60	117	177	98	79	177	29	32	61	17	44	61
CC Massa Marittima	16	24	40	15	25	40	7	8	15	6	9	15
OPG Montelupo F.no	7	85	92	8	84	92	2	18	20	1	19	20
CC Pisa	81	178	259	43	216	259	51	82	133	13	120	133
CC Pistoia	5	13	18	3	15	18	3	1	4	0	4	4
CR Porto Azzurro	76	182	258	1	257	258	42	77	119	0	119	119
CC Prato	206	410	616	210	406	616	139	189	328	134	194	328
CR S. Gimignano	172	200	372	81	291	372	28	34	62	12	50	62
CC Siena	25	38	63	16	47	63	17	15	32	6	26	32
CR Volterra	41	97	138	19	119	138	14	34	48	1	47	48
<b>Totale</b>	<b>1071</b>	<b>2176</b>	<b>3247</b>	<b>836</b>	<b>2411</b>	<b>3247</b>	<b>574</b>	<b>904</b>	<b>1478</b>	<b>369</b>	<b>1109</b>	<b>1478</b>

<sup>22</sup> Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana.

Questo quadro deve essere completato mediante alcuni cenni alle misure alternative alla detenzione. Nel 2013, quando la CEDU ha adottato la decisione pilota nel caso *Torreggiani vs. Italia*, in carcere erano detenute più di 65.000 persone: oggi (al 30 settembre 2015) ve ne sono 52.294. Si tratta di un calo della popolazione detenuta straordinario cui l'Italia non è abituata, fatta salva l'esperienza dell'indulto del 2006.

Le misure alternative al 31 dicembre 2014 ammontavano complessivamente a 22.712, comprendendo in questa cifra: l'affidamento in prova (12.011), la semilibertà (745) la detenzione domiciliare (9.453) e la messa alla prova (503). Alla metà del 2015 (30 giugno 2015) le alternative alla detenzione qui considerate erano lievitate a 27.346 (affidamento in prova 12.717; semilibertà 747; detenzione domiciliare 9.913; messa alla prova 3.969), soprattutto grazie all'esplosione delle concessioni di messa alla prova. In questo quadro gli affidati in prova tossicodipendenti (dalla libertà e dalla detenzione) passano da 2.896 al 31 dicembre 2014 a 2.872 alla meta del 2015.

A livello regionale la situazione mostra un andamento piuttosto lineare degli affidamenti in prova ai servizi sociali ex art. 94 T.U. 309/90, con 579 affidati nel 2013 e 565 nel 2014.

**Tab. 11:** Affidati in prova tossicodipendenti. Serie storica. Valori assoluti e valori percentuali<sup>23</sup>

<b>Soggetti affidati in prova al servizio sociale ex art. 94 TU 309/90</b>			
	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015 (fino al 20 ottobre 2015)</b>
Dalla detenzione	207	214	185
Dalla libertà	372	351	297
<b>Totale</b>	<b>579</b>	<b>565</b>	<b>482</b>

La situazione sin qui esposta, ricostruita attraverso dati prevalentemente tratti dalle rilevazioni dell'Amministrazione penitenziaria, ci segnala certamente una diminuzione degli ingressi e delle presenze dei detenuti tossicodipendenti in carcere, accompagnata da una riduzione degli ingressi e delle presenze di persone che hanno violato l'art. 73 del T.U. 309/90. Si tratta di decrementi significativi, soprattutto se osservati in termini assoluti, ma di minor portata se letti in percentuale, che trovano origine in buona parte nella dichiarazione di incostituzionalità della Legge *Fini-Giovanardi*. Tuttavia questo decremento, come già osservato, si colloca dentro un processo deflattivo piuttosto consistente che ha visto ridursi sensibilmente il sovraffollamento carcerario nel suo complesso e che deriva anche da interventi normativi conseguenti alla condanna CEDU.

L'osservazione dei dati disponibili, infine, ci porta a concludere, in termini metodologici, che per la piena comprensione del fenomeno delle tossicodipendenze in carcere è necessario definire maggiormente le modalità di rilevazione dei dati, non sempre chiarissime e, dunque, la reale attendibilità dei dati disponibili. Come già indicato all'inizio di questo paragrafo il "monitoraggio dei detenuti con problemi droga-correlati, fino al 2009 di competenza [...] del 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 Ser.T presenti in carcere, dati sui 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

<sup>23</sup> Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana.

dipendenti e di identificare la quota di soggetti che possono accedere e accedono alla pena alternativa attraverso l'art. 94 del DPF 309/90.

Nel 2014 la percentuale delle Regioni e PP.AA. rispondenti è [stata] pari al 95% (20 su 21), [sono stati] rilevati i soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere per i quali vi [era] una dipendenza da sostanze definita su base clinica diagnostica (ICD-IX CM) e quelli per i quali la dipendenza [era] solo anamnestica o auto dichiarata (mero consumo)<sup>24</sup>.

A questo proposito si inserisce la Tabella 12 che propone le rilevazioni operate dalla Regione Toscana, attraverso i presidi sanitari territoriali operanti presso gli Istituti penitenziari. I dati al 30 giugno 2015, introducendo una nuova modalità di individuazione dei detenuti con problemi droga-correlati, mostrano valori assoluti e percentuali anche sensibilmente diversi da quelli rilevati dall'Amministrazione penitenziaria (Cfr. Tabella 3) evidenziando incongruenze e disomogeneità nei valori relativi ai detenuti con uso o dipendenza da sostanze (ICD IX CM) ed ai detenuti assuntori di sostanze senza dipendenza. Se confrontiamo le percentuali di detenuti con uso o dipendenza da droga, presenti nei diversi istituti, notiamo che queste variano notevolmente: in alcune carceri vi sono percentuali elevatissime, come per esempio a Lucca, dove il 50% dei detenuti ha problematiche legate alle droghe, in altre le percentuali sono particolarmente basse, per esempio Pistoia con l'11% e Pisa con il 16%, senza che vi siano spiegazioni causali riguardo a queste differenze.

Se osserviamo nello specifico la distinzione tra detenuti con dipendenza da sostanze e detenuti assuntori le differenze sono ancora più evidenti: mentre in un carcere come Prato si ha una netta prevalenza degli assuntori (115) rispetto ai dipendenti (82), in altri istituti i dipendenti sono decisamente più numerosi degli assuntori. Per esempio a Massa dove i dipendenti vincono sugli assuntori 65 a 3, o Firenze Sollicciano (dato cumulativo insieme al Mario Gozzini) in cui i dipendenti sono 156 e gli assuntori 31. A Porto Azzurro sono invece tutti dipendenti (57 su 57). Neanche in questo caso esistono spiegazioni causali che possono chiarire queste differenze con ragioni fattuali (diversità dei territori, diversità nella composizione della popolazione detenuta).

Rimane quindi da considerare tale disomogeneità come una delle conseguenze non volute del processo di definizione della condizione di tossicodipendente, per come questa viene messa in pratica nella presa in carico del soggetto detenuto.

Dette differenze nelle rilevazioni, derivanti da approcci metodologici diversi, meritano dunque un chiarimento al fine di rendere il dato maggiormente attendibile.

In questa prospettiva è importante sottolineare, inoltre, che è la stessa definizione di "tossicodipendente" a suscitare, nella comunità scientifica, differenti posizioni<sup>25</sup>.

A livello normativo l'accertamento della condizione di tossicodipendenza è disciplinato in Italia dal Decreto Ministeriale n. 186 del 12 luglio 1990, il cui art. 1, relativo alle "Procedure diagnostiche e medico-legali" per accertare la suddetta condizione, prevede che "L'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su uno o più degli elementi valutativi appresso indicati: a) riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche e private, di soccorsi ricevuti da strutture di pronto soccorso, di ricovero per trattamento di patologie correlate all'abuso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, di precedenti accertamenti medico-legali; b) segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa; c) sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope;

---

<sup>24</sup> Rilevazioni della Regione Toscana.

<sup>25</sup> Urzi, Massimo, (a cura di), *Report – Indagine sulle persone detenute per reati di droga. Ricerca nelle carceri della Regione Toscana*, in Sesto libro bianco sulla legge sulle droghe, Op. Cit., p. 89; pubblicato in versione integrale su <http://www.fuoriluogo.it/librobianco>

d) sindrome di astinenza in atto; e) presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti”.

I criteri utilizzati sono dunque di vario tipo: documentali dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, dei presidi ospedalieri o di altre strutture, anche private, e verifiche di natura fattuale (segni di assunzione abituale, sintomi fisici e psichici, sindrome di astinenza in atto).

Un’ulteriore indicazione in merito ai criteri definitivi della condizione di tossicodipendente sono dettati dal documento “Carcere e droga. Linee di indirizzo per l’incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcol dipendenti sottoposte a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale”, pubblicato nel novembre 2011, dal Dipartimento Politiche Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Uno dei problemi segnalati dal documento riguarda proprio la “questione della diagnosi di dipendenza per le persone detenute” e la eccessiva diversificazione di criteri attraverso cui giungere all’accertamento della loro tossico ed alcol dipendenza, quali condizioni presupposte per l’accesso all’affidamento terapeutico previsto dall’art. 94 D.P.R. 309/1990. E conseguentemente, al fine di “ridurre i margini di errore diagnostico, spesso dovuti anche alle motivazioni della persona ristretta”, si è ritenuto di introdurre un criterio obiettivo: “sono da considerarsi tossicodipendenti e alcol dipendenti tutte le persone diagnosticate e certificate come tali (dal medico del Ser.T competente, Ser.T. interno al carcere e/o di competenza territoriale del soggetto detenuto) mediante l’applicazione di criteri specifici previsti per tale stato dall’ICD IX CM, e in particolare i codici gruppi 303 e 304 solo per la condizione di dipendenza”. L’acronimo “ICD-9-CM”, International Classification of Diseases, 9th revision – Clinical Modification, corrisponde ad un sistema internazionale di classificazione delle diagnosi e delle procedure chirurgiche e diagnostico-terapeutiche.

In altri termini, al fine di rendere l’accertamento della tossicodipendenza meno incerto e di ampliare l’accesso alle misure alternative specifiche per tossicodipendenti (art. 94 TU 309/90) il documento di indirizzo indica una modalità per l’accertamento degli stati di dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope che ritiene obiettiva e rispondente all’esigenza di “ridurre i margini di errore diagnostico”, tramite l’applicazione dei criteri previsti dall’ICD IX CM”, al di fuori dei quali non può riscontrarsi, nei confronti di un soggetto detenuto, la condizione di consumatore problematico.

Un formulario allegato alle *Linee di indirizzo* del Dipartimento Politiche Antidroga è lo strumento pratico volto all’accertamento della condizione di tossicodipendente: si richiede all’operatore che lo riempie di distinguere i detenuti la cui dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope è stata rilevata con i criteri diagnostici ICD IX CM, dai detenuti qualificati come “assuntori di sostanze senza dipendenza”. A questi ultimi le indicazioni dipartimentali suggeriscono di precludere l’accesso a percorsi di affidamento terapeutico (art. 94).

Ora, come è stato opportunamente rilevato, un tale indirizzo può sempre contrastare con quanto è dichiarato essere l’obiettivo perseguito, ossia l’ampliamento dell’accesso alla misura dell’affidamento per tossicodipendenti ex art. 94 TU 309/90. A questo proposito infatti: “non si dubita che la previsione di indici più rigorosi per l’accertamento della tossicodipendenza nei detenuti non possa che assottigliare l’area dei soggetti legittimati ad accedere alla misura dell’affidamento terapeutico previsto dall’art. 94 D.P.R. 309/1990”<sup>26</sup>. Inoltre è importante rilevare che i criteri suggeriti per accertare la condizione di dipendenza patologica da sostanze stupefacenti e psicotrope nei detenuti operano una distinzione non giustificata rispetto ai cittadini liberi, utilizzando criteri più

---

<sup>26</sup> Urzi, Massimo, (a cura di), *Op. cit.*, p. 75.

severi di quelli cui si orientano le strutture socio-sanitarie esterne verso i soggetti liberi (D.M. 186/1990).

A partire da tale incongruenza le associazioni che lavorano in ambito penitenziario (fra gli altri: Gruppo Abele, Forum Droghe, CNCA e Antigone) hanno sostenuto che l'accertamento della condizione di dipendenza deve essere – più propriamente – svolto attraverso le procedure e gli strumenti elaborati secondo le disposizioni ministeriali vigenti (art. 1 D.M. 186/1990). “Queste disposizioni riconoscono la condizione di tossico od alcool dipendenza in soggetti che ne mostrano le tracce, oltre che di carattere strettamente clinico, anche di natura psicologica e sociale e permettono una valutazione complessiva dei singoli casi che tenga conto della loro storia di tossicodipendenza. Sarebbe, in questi termini, fuorviante limitare – come suggerito dal Dipartimento Politiche Antidroga – l'accertamento nei detenuti della condizione di tossicodipendenza sulle risultanze derivanti dall'applicazione di un solo trattamento e criterio diagnostico (ICD IX CM)”<sup>27</sup>. Tale ultimo documento dovrebbe essere considerato come contenente raccomandazioni non vincolanti per gli operatori socio-sanitari e dovrebbe essere disatteso, nei limiti in cui si discosti dalle indicazioni dall'art. 1 del DM 186/1990, che resta la norma di legge vigente in materia.

Tornando a considerare la situazione toscana, descritta nei dati dell'ultima tabella, alla luce delle considerazioni ora svolte, sembra opportuno raccomandare alla Regione Toscana un'attenta valutazione degli effetti prodotti da tali modalità di definizione della tossicodipendenza sulla rilevazione delle tossicodipendenze nelle carceri toscane. Sarebbe, infatti, opportuno l'utilizzo di un criterio condiviso, che abbia come obiettivo quello dell'accesso del maggior numero di detenuti possibile alle misure alternative per tossicodipendenti.

---

<sup>27</sup> Urzi, Massimo, (a cura di), *Op. cit.*, p. 16.

**Tab. 12:** Detenuti con problemi droga-correlati negli Istituti penitenziari toscani al 30 giugno 2015. Valori assoluti e valori percentuali<sup>28</sup>

Azienda USL	Denominazione Istituto penale adulti	N° tot detenuti con uso o dipendenza da droga	N° detenuti con dipendenza da sostanze (ICD-IX-CM)	N° assuntori di sostanze senza dipendenza	N° detenuti su cui è stato eseguito il drug test	% detenuti con uso o dipendenza sul totale dei presenti	Presenti al 30 giugno 2015
Massa Carrara	Casa di reclusione di Massa	68	65	3	37	38,41%	177
Lucca	Casa circondariale Lucca	53	30	23	53	50,47%	105
Pistoia	Casa circondariale Pistoia	2	2	0	2	11,11%	18
Prato	Casa circondariale la Prato	197	82	115	153	31,98%	616
Pisa	Casa circondariale di Pisa	43	43	0	2	16,60%	259
Pisa	Casa di reclusione di Volterra	19	17	2	0	13,76%	138
Livorno	Casa circondariale Livorno	49	36	13		23,44%	209
Livorno	Casa di reclusione di Gorgona						58
Livorno	Casa di reclusione di Porto azzurro	57	57	0	0	22,09%	258
Siena	Casa circondariale di Siena	13	9	4		20,63%	63
Siena	Casa di reclusione di San Gimignano	78	35	43		20,96%	372
Arezzo	Casa circondariale di Arezzo	5	5	0	5	19,23%	26
Grosseto	Casa circondariale di Grosseto	6	4	2	4	28,57%	21
Grosseto	Casa circondariale di Massa Marittima	14	9	5		35,00%	40
Firenze	N.C.P Firenze Sollicciano e Firenze Mario Gozzini	187	156	31	113	23,97%	780
Empoli	OPG Montelupo F.no	8	7	1	0	8,69%	92
Empoli	Carcere circondariale di Empoli	5	5	0	5	33,33%	15
<b>Totale</b>		<b>804</b>	<b>562</b>	<b>242</b>	<b>374</b>	<b>24,76%</b>	<b>3247</b>

<sup>28</sup> Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria della Toscana.

## Gli interventi della Regione Toscana

Con la Delibera 848 del 27 settembre 2010 *Trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie penitenziarie. Interventi di inserimento in comunità terapeutiche dei detenuti tossico alcool dipendenti (misure alternative alla pena) e definizione del percorso assistenziale*, la Regione Toscana, di concerto con il Ministero della Giustizia, predispone un fondo (per un totale di 350.000 euro da dedurre dal capitolo 2047 *Interventi diretti della Regione in sanità*, del bilancio 2010) destinato all'applicazione di misure alternative al carcere volte al recupero di soggetti detenuti tossico o alcool dipendenti.

Gli scopi di tale iniziativa erano quelli di garantire la piena dignità della persona e la tutela della salute dei soggetti detenuti (ex DPCM 1 aprile 2008); di equiparare il percorso di presa in carico dei detenuti tossico alcool dipendenti, incluso l'eventuale inserimento in comunità terapeutica per lo svolgimento di uno dei programmi terapeutici definiti dalla Delibera della Giunta Regionale Toscana 1165/2002; di attivare un confronto costante tra le parti interessate (Aziende, Ser.T, comunità terapeutiche, PRAP Toscano e la Magistratura di sorveglianza) per definire procedure e percorsi assistenziali più idonei per i detenuti con problemi di tossico ed alcool dipendenza sottoposti a misure alternative.

A tale scopo, con Deliberazione 27 dicembre 2011, n. 1232, la Giunta Regionale Toscana provvede all'*Approvazione delle linee guida per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcool dipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere e destinazione di risorse*. Tenendo conto della richiamata Delibera n. 848/2010, la Deliberazione n. 1232 provvede a precisare la modalità attraverso cui i fondi verranno erogati alle Aziende Usl per l'adeguamento delle quote per il trattamento terapeutico in comunità per le persone detenute tossico ed alcool dipendenti sottoposte a misure alternative alla detenzione.

Le *linee guida* sono il risultato del Gruppo di lavoro istituito dalla Delibera della Giunta Regionale 848/2010, che ha elaborato e condiviso tale documento. Nel documento sono puntualmente definiti i passaggi che devono essere seguiti per la determinazione dello stato di tossico ed alcool dipendenza, i soggetti attuatori, le modalità ed i tempi di esecuzione, le modalità di valutazione dell'efficacia delle misure predisposte. Si apre, quindi, la possibilità di espiare la pena attraverso percorsi riabilitativi e terapeutici alternativi al carcere, che possano essere suddivisi in ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e misti, oppure sequenziali (esempio: da residenziale ad ambulatoriale e viceversa); in alcuni casi possono includere anche processi terapeutici volti all'inclusione sociale (inserimento lavorativo, inserimenti socio-terapeutici, tirocini formativi, diritto allo studio ecc.). Le strutture preposte all'attuazione sono: Ser.T penitenziario e territoriale, comunità residenziali o semiresidenziali a gestione pubblica o dagli enti ausiliari della Regione Toscana.

Un ulteriore contributo dato dalla Regione Toscana arriva dal *Protocollo tematico tra Ministero della Giustizia, Regione Toscana, Tribunale di sorveglianza di Firenze ed ANCI Toscana*, firmato dal Presidente Enrico Rossi, dal Ministro della Giustizia Annamaria Cancellieri, dal Presidente del Tribunale di sorveglianza Antonietta Fiorillo e dal Presidente dell'ANCI Alessandro Cosimi, il 17 dicembre 2013 sulla base dei precedenti Protocolli d'intesa sottoscritti in data 27 gennaio 2010. Esso prevede l'attivazione di una serie di attività congiunte rivolte al sostegno di detenuti ed ex detenuti coprendone le diverse necessità in ambito familiare, sociale, sanitario, dell'istruzione anche universitaria, della formazione professionale, lavorative, dell'adeguatezza delle strutture carcerarie, sanitarie, religiose, culturali, sportive. Gli ambiti di intervento sono vari e tra questi ci sono l'edilizia

carceraria, la salute nelle carceri, l'esecuzione penale esterna, progetti specifici (donne, trans gender, stranieri, tossicodipendenti).

Partendo dal riconoscimento della salute come diritto fondamentale di qualsiasi individuo, si punta a garantirne la continuità insieme al recupero sociale dei detenuti. Oltre questo, basandosi su quanto predisposto dal DPCM 1 aprile 2008 *Modalità e criteri di trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*, si delinea il totale superamento degli OPG, si valuta la possibilità di destinare gli istituti di custodia attenuata (ICATT) a tossico e alcol dipendenti, si aspira ad attuare programmi di reinserimento sociale. Lo scopo del Protocollo è quello di migliorare le condizioni di vita carcerarie negli istituti della Regione Toscana, prevedendo il coinvolgimento di 300 detenuti provenienti dagli istituti di Firenze, Livorno, Pisa, Prato, Lucca e Pistoia, potenziando le strutture penitenziarie anche in un'ottica di valorizzazione del territorio e in riferimento alla territorializzazione dell'esecuzione penale, all'ampliamento delle attività trattamentali e degli interventi di supporto relativi a soggetti in esecuzione penale ed all'integrazione del sistema detentivo con il territorio.

## **L'organizzazione della sanità penitenziaria in Toscana**

Il punto di riferimento è la Delibera della Giunta regionale n. 873 del 14/09/2015, che recepisce l'accordo raggiunto in sede di Conferenza Unificata (*linee guida* a livello nazionale per l'erogazione dei servizi e per la realizzazione delle reti sanitarie regionali e nazionali - Allegato A), e approva le *linee guida* per l'erogazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute negli istituti toscani (Allegato B).

A livello nazionale la Conferenza Unificata stabilisce che le Regioni assicurano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta attraverso la Rete dei servizi sanitari penitenziari, che è un sistema articolato di servizi sanitari, con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti, che viene definito dalle Regioni nella sua composizione e funzionamento. Lo scopo è quello di garantire che tutti i bisogni di salute dei detenuti vengano soddisfatti all'interno delle strutture penitenziarie e territoriali. Le caratteristiche generali delle tipologie di servizi sanitari penitenziari, che ogni Regione tiene come riferimento per la propria programmazione, sono descritte nell'allegato all'Accordo. La Regione è il centro di riferimento per le prestazioni sanitarie e il ricorso a servizi sanitari fuori regione è ammesso solo per cure di altissima specializzazione o di particolare complessità clinica. I trasferimenti si possono avere presso altra ASL, oppure presso altra Regione: questo avviene se il Direttore dell'ASL competente certifica l'impossibilità di garantire le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio dell'ASL competente.

Ogni servizio sanitario penitenziario è una sede territoriale della locale azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria con azione multidisciplinare e integrazione di interventi, fa parte della rete di servizi regionali, che assicura la continuità assistenziale. Per la prescrizione di tutte le prestazioni sanitarie è utilizzato unicamente il ricettario unico regionale.

L'Accordo elenca le prestazioni che devono essere assicurate in ogni istituto, tra le quali si possono richiamare la medicina di base, la prevenzione, gli screening e diagnosi precoce, la presa in carico e il trattamento specialistico delle tossicodipendenze e alcolodipendenze e delle patologie psichiatriche, visite specialistiche, protesi e primo soccorso.

Si prevede una specifica programmazione di cure in ambito detentivo per: comorbilità complesse, tossicodipendenti, alcolodipendenti, disagio/disturbo mentale, disabilità. Sono indicati i criteri della pianificazione regionale: realtà esistente come strutture e servizi, capienza dell'istituto, numero annuo ingressi, presenza media detenuti, alto tasso criminalità, particolari tipologie di detenuti, istituti penitenziari con specifiche strutture sanitarie interne con assistenza medica e infermieristica h24. Si promuove il modello organizzativo HUB&SPOKE, che concentra in alcuni centri le patologie più complesse, con individuazione di sezioni sanitarie specializzate e reparti di ricovero e degenza presso le strutture ospedaliere. Le regioni si dotano di un servizio multi-professionale integrato con Sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (ex centri clinici): apertura o soppressione di tali centri è programmata secondo un piano concordato tra sanità regionale e amministrazione penitenziaria.

Particolarmente rilevante nella prospettiva di una parità di trattamento in ambito medico tra detenuti e liberi, è la disposizione secondo la quale la Direzione del carcere può autorizzare l'ingresso di medici di fiducia del detenuto, a spese di questo. Per l'utilizzazione dei locali, beni strumentali e materiali d'uso è necessaria l'autorizzazione della Asl competente e uno specifico corrispettivo. Con atto da definirsi in sede di conferenza unificata sono stabiliti: modalità di rapporto tra medico di fiducia e SSN; tempi e modalità di utilizzo dei locali e beni materiali e criteri per la definizione di un corrispettivo d'uso.

Ogni struttura penitenziaria per adulti è dotata di uno specifico "Servizio sanitario penitenziario", che opera sotto la responsabilità di un medico, il quale coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte, tra cui quelle specialistiche, ospedaliere, delle sezioni specializzate o dedicate, dei servizi territoriali per presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza.

I servizi sanitari penitenziari sono ordinati in base ad un criterio di complessità crescente, dalla medicina di base fino alle sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (SAI) – ex centri Diagnostico-Terapeutici o Centri Clinici, e alle stanze dedicate in ospedale, passando per le sezioni specializzate. Si richiamano qui le direttive riguardanti quest'ultime, rinviando per quanto riguarda le restanti tipologie alle *linee guida* della Regione Toscana, che riprendono sostanzialmente l'Accordo.

Sono possibili tre tipologie di sezioni. Le sezioni per detenuti con malattie infettive, con attenzione ad evitare effetti di segregazione. Le sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali, la cui base normativa si trova, oltre che nell'O.P., nell'Accordo della Conferenza Unificata del 13 ottobre 2011: queste sezioni, in cui gli interventi diagnostici e terapeutici sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale del territorio, comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici" e ospiteranno i soggetti con disturbi psichici gravi (art. 111, co. 5 e 7 – infermità psichica sopravvenuta e vizio parziale di mente -, e art. 112 – accertamento condizioni psichiche - DPR 230/2000, 148 CP – infermità psichica sopravvenuta al condannato).

Vi sono poi le sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96, co. 3 e 4 DPR 309/90). Queste sono dedicate a detenuti con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza, in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze, possono occupare un intero istituto (ICATT) o sezioni di istituti più grandi (SeATT). Gli istituti/sezioni svolgono attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo, anche con personale del Ser.T territoriale, e reinserimento sociale dei detenuti che aderiscono volontariamente al programma. Si auspica la presenza di un istituto (ICATT) per ogni regione. Per la diagnosi, cura, riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il DM 444/90, la L.45/99 e il DPR 309/90. Vi sono poi le Unità a

custodia attenuata per il trattamento della sindrome astinenziale: si tratta di aree di osservazione clinica dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata in carcere.

A livello regionale, l'Allegato B detta le *linee guida* per l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai detenuti negli istituti penitenziari in Toscana e provvede alla ricognizione e classificazione dei presidi sanitari carcerari, nonché all'organizzazione territoriale della salute in carcere.

I 18 istituti penitenziari toscani per adulti sono distribuiti sul territorio regionale insistendo sul territorio di 11 ASL, sulle 12 al momento presenti. Dal 1° gennaio 2016 le ASL saranno invece accorpate in tre grandi ASL, che corrisponderanno alle attuali tre aree vaste (L.R. n. 28 del 16 marzo 2016). Il sistema sanitario toscano comprende poi le tre Aziende Ospedaliero-Universitarie (AUO Careggi, AUO Pisana, AUO Senese e AUO Meyer) delle quali ognuna è punto di riferimento di un'area vasta, mentre la AUO Meyer è riferimento per tutta la Regione.

Area Vasta	ASL competente	Istituto
<b>Area Vasta Nord-Ovest</b>	1 Massa e Carrara	CR Massa
	2 Lucca	CC Lucca
	5 Pisa	CC Pisa
	5 Pisa	CR Volterra
	6 Livorno	CC Livorno
	6 Livorno	CR Gorgona
	6 Livorno	CR Porto Azzurro

Area Vasta	ASL competente	Istituto
<b>Area Vasta Centro</b>	3 Pistoia	CC Pistoia
	4 Prato	CC Prato
	10 Firenze	CC Sollicciano
	10 Firenze	CC Gozzini
	11 Empoli	CC Empoli
	11 Empoli	OPG Montelupo

Area Vasta	ASL competente	Istituto
<b>Area Vasta Sud-Est</b>	7 Siena	Cc Siena
	7 Siena	CR San Gimignano
	8 Arezzo	CC Arezzo
	9 Grosseto	CC Grosseto
	9 Grosseto	CC Massa Marittima

Ogni azienda sanitaria prende in carico la salute delle persone detenute attraverso i presidi penitenziari e con il supporto dei presidi sanitari territoriali e ospedalieri, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza. Ognuna delle 11 ASL coinvolte ha un referente per la salute in carcere.

In ogni Istituto penitenziario è presente un presidio sanitario, che è assimilabile a un presidio distrettuale e, per la specificità logistica, a "una struttura residenziale territoriale con bisogni di assistenza sanitaria di cui l'Azienda sanitaria competente si fa carico includendola nella programmazione corrente ed impiegando i propri servizi, articolazioni sanitarie, sociali territoriali e ospedalieri necessari per il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza per i detenuti e le detenute (adulti e minori), al pari dei cittadini liberi" (punto B).

I principi a cui si rifà la prestazione di assistenza sanitaria ai detenuti sono: globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, unitarietà dei servizi e delle prestazioni, integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria, e garanzia della continuità terapeutica.

Le *linee guida regionali* declinano l'uguaglianza del diritto alla salute fra detenuti e cittadini liberi in maniera non solo formale, affermando che tale diritto non significa solo uguaglianza nell'offerta dei servizi sanitari, ma "assicurare alle persone detenute pari opportunità nell'accesso al bene salute, tenendo conto delle particolari condizioni di vita in un regime di privazione della libertà, che di per sé rappresenta un ostacolo al conseguimento dell'obiettivo salute" (punto C). Si tratta di una presa di posizione fondamentale perché, in armonia con l'art. 3, 2° co, Cost., fa riferimento a un principio di uguaglianza sostanziale, aprendo la possibilità anche all'introduzione di prestazioni sanitarie, per i detenuti, ulteriori rispetto a quelle offerte a tutti i cittadini, proprio in ragione della particolare situazione di difficoltà legata al regime carcerario, e a tutto ciò che lo accompagna: povertà, condizioni di vita malsane, difficoltà di comunicare con l'esterno e di ricevere visite.

Un altro punto di rilievo è quello riguardante il dossier sanitario elettronico, che costituisce uno strumento essenziale per dare agibilità e tempestività delle informazioni sulla salute dei cittadini detenuti: "la disponibilità in formato digitale delle informazioni e dei documenti clinici relativi alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario, ha la finalità di consentire agli operatori sanitari di avere accesso alle informazioni in tempo reale, per garantire una continuità diagnostica e terapeutica e una corretta presa in carico dei pazienti detenuti, spesso sottoposti a trasferimenti da un istituto penitenziario all'altro o da una regione all'altra" (punto C). Il dossier sanitario elettronico semplificherebbe di molto l'attività di conoscenza dei medici, come collegamento tra carcere e territorio e come conoscenza che si trasmette da un istituto penitenziario e un altro. Si deve però richiamare l'attenzione sull'importanza della tutela della privacy dei detenuti nel contesto penitenziario. Risulta indispensabile separare la conoscenza che i medici hanno delle condizioni cliniche del detenuto, dalle relazioni tra detenuto e amministrazione penitenziaria, in particolare impedendo che questa possa accedere ai dati sanitari e/o utilizzarli a fini disciplinari.

Le prestazioni da garantire, con modalità diverse a seconda della struttura, sono:

1. medicina generale: deve essere presente in tutti gli istituti ed è assimilata alla medicina di base del cittadino libero, essa "rappresenta il cardine dell'assistenza sanitaria, con la quale viene preso in carico il soggetto ristretto nella sua globalità con la creazione di un rapporto di fiducia medico/paziente" (punto C. n. 1). Questa figura si raccorda con le altre figure professionali presenti ed è l'anello di congiunzione con tutti gli altri operatori sanitari del presidio. E poi prosegue "Viene individuata una figura professionale di riferimento per il singolo detenuto, in analogia di quanto succede all'esterno, fra i medici operanti all'interno dell'istituto, possibilmente dando la possibilità di scelta per permettere una adeguata continuità diagnostica terapeutica. [...] Al detenuto viene offerta la possibilità di scelta, ancorché limitata, del medico, analogamente al cittadino libero e quindi può effettuare la scelta tra i medici che operano nell'istituto, compatibilmente con un'ideale organizzazione. Questa facilita l'instaurarsi di un rapporto di fiducia medico-paziente. In alternativa e in relazione alla specificità di ogni presidio sanitario, la presa in carico dei bisogni sanitari del detenuto può essere realizzata con il medico Tutor di sezione ovvero attraverso la ripartizione della responsabilità medica delle sezioni a singoli medici" (punto C. n. 1). Il rapporto di fiducia medico-paziente è fondamentale e purtroppo di difficile realizzazione e carente in quasi tutti gli istituti toscani, tranne l'esperienza positiva del carcere di Massa. Eppure, come opportunamente sottolineano le *linee guida*, esso è lo snodo principale dell'assistenza sanitaria e su di esso si fonda la presa in carico del soggetto, sia libero

che ristretto, nella sua globalità. In questa prospettiva è certamente importante incentivare il più possibile la scelta del medico, permettendo ai detenuti di conoscere i diversi professionisti presenti nella struttura e operare una scelta tra di essi. Invece, l'ipotesi alternativa che sembra prospettarsi, cioè quella di ripartire la responsabilità medica delle sezioni a singoli medici, non pare in armonia con tale principio, in quanto così facendo si attribuirebbe un medico a un detenuto in base alla sua collocazione in una sezione piuttosto che in un'altra e non alla sua scelta personale. Cosa che, in realtà a ben vedere, accade anche in parte con la limitazione della scelta del detenuto ai sanitari presenti in istituto: sarebbe in prospettiva auspicabile, dove possibile per la vicinanza territoriale, incentivare il detenuto nella continuità nel rapporto terapeutico con il proprio medico di base, scelto quando era in libertà. A tal fine dovrebbe essere prevista la gratuità delle prestazioni di questo anche quando si reca in carcere a visitare il proprio assistito;

2. assistenza infermieristica;
3. risposta alle urgenze;
4. prestazioni specialistiche: sono fornite per quanto possibile negli Istituti penitenziari, altrimenti si fa riferimento alla rete territoriale e ospedaliera. In particolare, "negli istituti in cui è attiva l'odontoiatria sono fornite le prestazioni e le protesi odontoiatriche con le stesse modalità e le norme vigenti valide per il cittadino libero". Al riguardo è importante rilevare come la mancanza di prestazioni odontoiatriche sia uno dei mali più diffusi negli istituti penitenziari. Il problema che si pone qui riguarda, come veniva affermato in via generale al punto C, una questione di uguaglianza sostanziale dei detenuti rispetto ai cittadini liberi. E' noto che per le prestazioni odontoiatriche la popolazione non detenuta fa un ampio ricorso ai liberi professionisti. Ma tale possibilità di scelta è preclusa ai detenuti, sia per la mancanza della capacità economica sia per la difficoltà e farraginosità di far entrare e operare nel carcere professionisti esterni. Si tratta di una delle situazioni in cui sarebbe auspicabile che, per il principio della parità di cura tra detenuti e liberi, i servizi odontoiatrici offerti dalle ASL all'interno degli istituti penitenziari prevedessero una varietà e una disponibilità più ampie rispetto a quelle cui possono accedere i cittadini liberi;
5. prevenzione e cura delle patologie infettive: particolare attenzione per la percentuale elevata che si riscontra nelle carceri;
6. prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche: la percentuale di detenuti con dipendenze patologiche è alta. Nelle carceri è presente, all'interno del presidio sanitario, una proiezione del Ser.T territoriale. Non sono ulteriormente specificate le modalità di interazione tra Ser.T penitenziario e Ser.T territoriale, cosa che invece sarebbe stata importante perché al momento è causa di molte problematiche nella presa in carico dei detenuti tossicodipendenti.
7. Prevenzione, cura e riabilitazione per la salute mentale: vengono richiamati i dati ARS, che indicano come le patologie psichiatriche rappresentino la prevalenza delle patologie riscontrate nei detenuti (il 41% nel 2012 e il 35% nel 2014 del totale delle patologie). L'azienda USL si fa carico della salute mentale delle persone detenute e in ogni istituto è presente un servizio psichiatrico interno, gestito direttamente dal servizio della ASL, che provvede a:
  - 7.1.1. individuazione precoce del disagio mentale, per prevenzione e riduzione rischio suicidio e auto/etero lesionismo;
  - 7.1.2. individuazione precoce di forme di disagio psichico che possono evolvere in patologie;
  - 7.1.3. cura e riabilitazione;
  - 7.1.4. prevenzione;
  - 7.1.5. assistenza psicologica;

- 7.1.6. integrazione con altri servizi medici Asl, e con servizi sociali;
- 7.1.7. collaborazione con Area trattamentale per accesso a misure alternative;
- 7.1.8. continuità terapeutica con servizi e presidi del territorio.

La collaborazione con l'Autorità giudiziaria è incentivata, allo scopo di costruire percorsi di cura alternativi al carcere (accordi interistituzionali). Un accordo con il PRAP dovrà sovrintendere all'adeguamento della rete regionale per la salute mentale in carcere, secondo l'Accordo della Conferenza Unificata rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011:

- (a) sezioni per accertamento condizioni psichiche detenuti (osservazioni ex art. 112, co. 2, DPR 230/2000);
  - (b) sezioni per persone detenute con disagio o patologia psichica (infermità sopravvenuta e sezioni per infermi e minorati psichici ex art. 111, co. 5 DPR 230/2000 e 148 C.P.);
- 8. tutela della salute delle donne detenute e relativa prole: promosse attività dei consultori territoriali e attività di screening oncologico;
  - 9. telemedicina;
  - 10. assistenza farmaceutica: sono erogati i farmaci presenti nel prontuario ESTAR, compresi i farmaci di fascia C; i farmaci retro virali sono forniti dalla farmacia aziendale su esclusiva prescrizione dei medici dell'U.O di malattie infettive;
  - 11. ausili sanitari;
  - 12. informazione.

La delibera fornisce anche i dati sul numero di personale assegnato, complessivamente, agli istituti penitenziari al 31 dicembre 2014: 186 medici, 186 infermieri, 30 psicologi, 13 personale tecnico, 4 ausiliario, 22 OSS. Tra questi vi sono numerosi professionisti a contratto, soprattutto in alcune categorie: 104 infermieri su 186, 27 psicologi su 30, 14 dei 22 OSS e 4 su 4 di personale ausiliario sono a contratto. Si auspica che nell'arco del 2015 sia stata operata una stabilizzazione del personale in modo da garantire la continuità terapeutica. Merita inoltre ricordare la condizione degli psicologi, il cui rapporto di lavoro, che attualmente ha durata massimo quadriennale non rinnovabile, è regolato da un accordo tra professionista e Direzione penitenziaria, disciplinato da ultimo dalla Circolare DAP n. 3645/6095 del 11 giugno 2013 e art. 80, co. 4, L. 354/1975, ma esistente di fatto in forma precaria da decenni.

Gli Istituti penitenziari sono classificati in diverse tipologie a seconda dell'intensità delle prestazioni sanitarie, fermo restando il fatto che in ognuno devono essere presenti la medicina generale, il Ser.T e il servizio di salute mentale.

- 1. Vi sono i servizi con medicina di base: presidi sanitari tipo 1a e tipo 1b. I presidi tipo 1a accolgono detenuti con ridotti bisogni assistenziali e garantiscono: assistenza sanitaria di base (medico responsabile, infermieristica fino a 6 ore al giorno, urgenze (medico se presente o 118), specialistica a domanda. Sono tali: Arezzo, Empoli, Grosseto, Massa Marittima, Siena e Gorgona. I presidi di tipo 1b accolgono detenuti con bisogni assistenziali non particolarmente impegnativi: assistenza sanitaria di base (con medico da 8 a 24 ore al giorno e infermeria da 12 a 24), risposta alle urgenze e specialistica a domanda. Vi rientrano: Firenze Gozzini, Livorno, Lucca, Pistoia, porto azzurro, San Gimignano, Volterra.
- 2. Servizi medici multiprofessionali integrati, accolgono detenuti con bisogni assistenziali anche importanti, che necessitano di monitoraggio; garantiscono Assistenza di base (medico e infermieristica h24), urgenze, specialistica (interna). Vi rientrano: Massa, Pisa e Prato.

3. Servizio multi professionale integrato con sezione specializzata: accoglie detenuti con bisogni assistenziali impegnativi, che necessitano monitoraggio clinico, ed è presente sezione detentiva sanitaria specializzata; garantiscono: assistenza di base (medico e infermieristica h24), urgenze, specialistica (interna), presidio psichiatrico interno per detenuti di cui agli artt. 111 e 112 DPR 230/2000 e 148 CP. Vi rientra solo Firenze Sollicciano, dove sono attualmente presenti:
- 2 sezioni per le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche ex art. 112 DPR 230/2000: una femminile (1pl) e una maschile (5pl);
  - 1 reparto di casa di cura e custodia femminile per minorate psichiche di cui all'art. 111 DPR 230/2000 e 148 CP;
  - una sezione per tossicodipendenti (maschile) che necessitano di trattamento farmacologico (60 pl);
  - una sezione per tossicodipendenti (maschile) che non necessitano di trattamento farmacologico (60 pl);
  - le detenute tossicodipendenti non hanno una sezione apposita, ma sono collocate nella sezione assegnata in base alla loro posizione giuridica.

Risulta necessario attivare presso Sollicciano, previo accordo con il PRAP:

- 1 sezione femminile per le osservazioni di detenute nelle carceri toscane, per cittadine toscane minorate psichiche (111 DPR 230/2000) e con infermità mentale sopravvenuta (art. 148 CP) per complessivi 3 posti letto;
  - 1 sezione maschile per le osservazioni di detenuti nelle carceri toscane, per cittadini toscani minorati psichici (111 DPR 230/2000) e con infermità mentale sopravvenuta (art. 148 CP) per complessivi 10 posti letto.
4. Servizio medico multiprofessionale integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.). si tratta di strutture che rispondono a bisogni di salute che richiedono assistenza specialistica continuativa, si di tipo extra-ospedaliero (reparto FKT di Massa: 13 pl per cicli di riabilitazione), sia di tipo ospedaliero (Ospedale Fucci presso la CC di Pisa: 44 pl, di cui 9 femminili per particolari interventi medici o chirurgici).
5. Camere dedicate presso presidi ospedalieri territoriali: utilizzate per interventi ospedalieri programmati, in alcuni casi anche in urgenza. In ogni ambito territoriale di area vasta sono presenti posti letto dedicati all'interno dei presidi ospedalieri: Ospedale delle Apuane (2ppl), Ospedale Campo di Marte di Lucca (2ppl), AUO Pisana (2ppl), PO Volterra S.M. Maddalena (2ppl), Ospedale S. Jacopo di Pistoia (1pl), Nuovo Ospedale di Prato (2ppl), AOUS Le Scotte (2ppl), PO Arezzo San Donato (2ppl), Ospedale Misericordia di Grosseto (1pl).

Per quanto riguarda il trattamento delle tossicodipendenze in carcere la Delibera non prevede innovazioni rispetto a quanto precedentemente stabilito, anche se si può pensare che la maggiore integrazione che sarà generata dal coordinamento delle prestazioni sanitarie da parte del medico responsabile possa portare a un miglioramento anche in questo ambito.

## **Post-scriptum**

La questione della tutela della privacy assume un rilievo specifico nella condizione di privazione della libertà, in cui i poteri coercitivi dell'Amministrazione penitenziaria possono non sentirsi sufficientemente frenati, e sconfinare nella violazione della sfera privata dei detenuti, soprattutto in relazione a dati riguardanti le condizioni sanitarie. Si ha notizia di un caso che è stato portato all'attenzione del Garante per la protezione dei dati personali, relativo all'utilizzo di dati sanitari per finalità disciplinari, in particolare accertamenti sulla presenza di stupefacenti nelle urine non richiesti dall'autorità giudiziaria. Il Garante, con provvedimento ancora non definitivo e che non si può dunque espressamente citare, ha dichiarato illecito il trattamento per fini disciplinari dei dati sensibili (referti di analisi su campioni biologici) e dispone, ai sensi degli artt. 143, lett. c) e 154, co. 1, lett. d) del Codice in materia di protezione dei dati personali, il divieto di ogni eventuale ulteriore trattamento per finalità disciplinari dei campioni biologici prelevati dai detenuti (urine) e dei relativi referti di analisi, finalizzati all'erogazione di sanzioni disciplinari a carico dei detenuti.

**Firenze**  
**Novembre 2015**