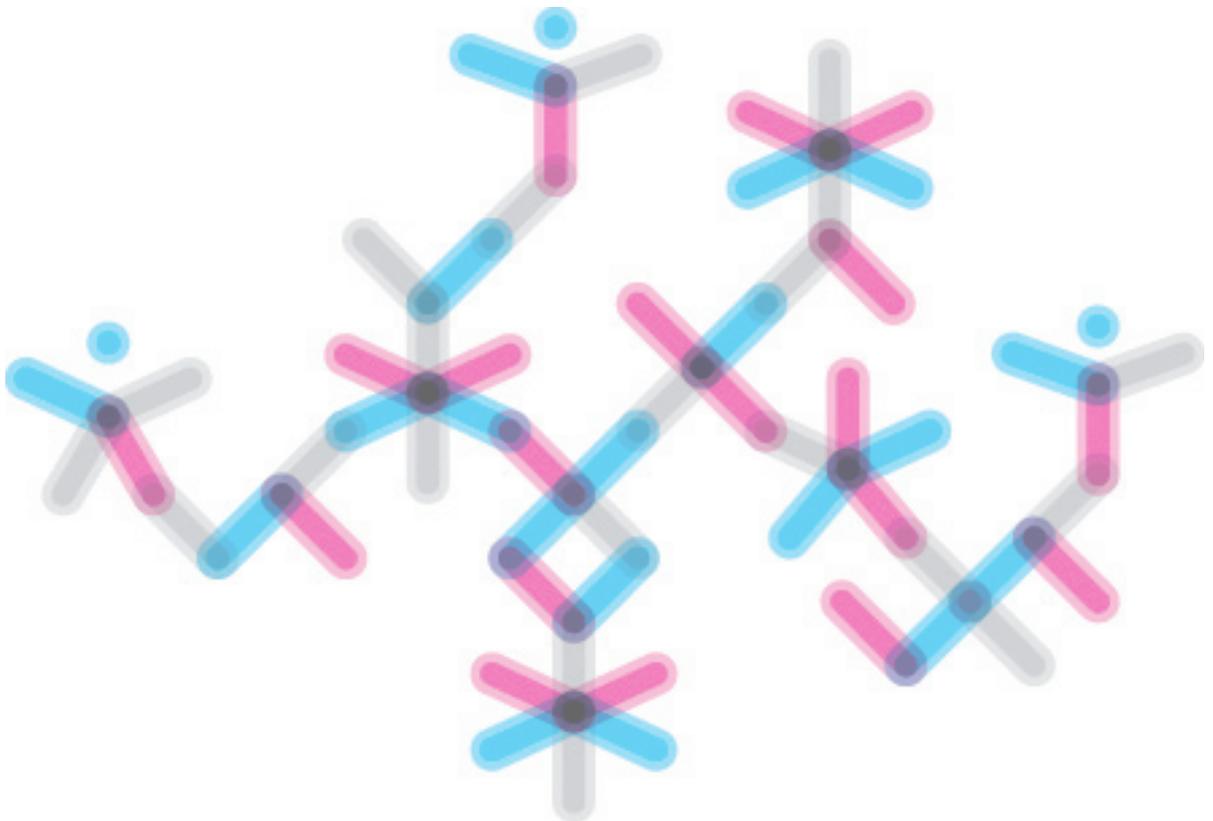


Lo stato di salute dei detenuti toscani



LO STATO DI SALUTE DEI DETENUTI TOSCANI

Coordinamento

Francesco Cipriani Coordinatore Osservatorio di epidemiologia
ARS - Toscana

Autori

Fabio Voller Dirigente settore Epidemiologia
dei determinanti sociali e ambientali di malattia
ARS - Toscana

Laura Aversa Funzionario di ricerca settore Epidemiologia
dei determinanti sociali e ambientali di malattia
ARS - Toscana

Cristina Orsini Funzionario di ricerca settore Epidemiologia
dei determinanti sociali e ambientali di malattia
ARS - Toscana

Caterina Silvestri Funzionario di ricerca settore Epidemiologia
dei determinanti sociali e ambientali di malattia
ARS - Toscana

Un ringraziamento particolare a tutti i medici che hanno collaborato alla rilevazione dei dati e al Centro di documentazione (ARS - Toscana) per aver svolto la ricerca bibliografica.

INDICE

INTRODUZIONE	7
1. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA	9
Popolazione arruolata nello studio	
Composizione socio-demografica della coorte	
Stili di vita	
2. STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DETENUTA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELLA REGIONE TOSCANA	21
Descrizione dei grandi gruppi di malattie	
Diffusione del disturbo mentale	
Autolesionismo e tentato suicidio	
Diffusione delle malattie di tipo internistico	
Conclusioni	
3. UN FOCUS SULL'ISTITUTO PENALE MINORILE	51
Stili di vita	
Principali patologie presenti nella popolazione minorile	
Conclusioni	
4. PANORAMICA SULLA LETTERATURA INTERNAZIONALE DELLA SALUTE IN CARCERE	61
5. PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO PENITENZIARIO	75
Allegato	83
Atti amministrativi recenti per l'aggiornamento del sistema	

INTRODUZIONE

Il processo di riordino della sanità penitenziaria avviato con la riforma (d.p.c.m. 1 aprile 2008) ha previsto il coinvolgimento, a livello regionale, di tutti gli enti: Regioni, Comuni, aziende unità sanitarie locali (AUSL) e istituti penitenziari che responsabilmente concorrono alla realizzazione delle condizioni di tutela della salute dei detenuti.

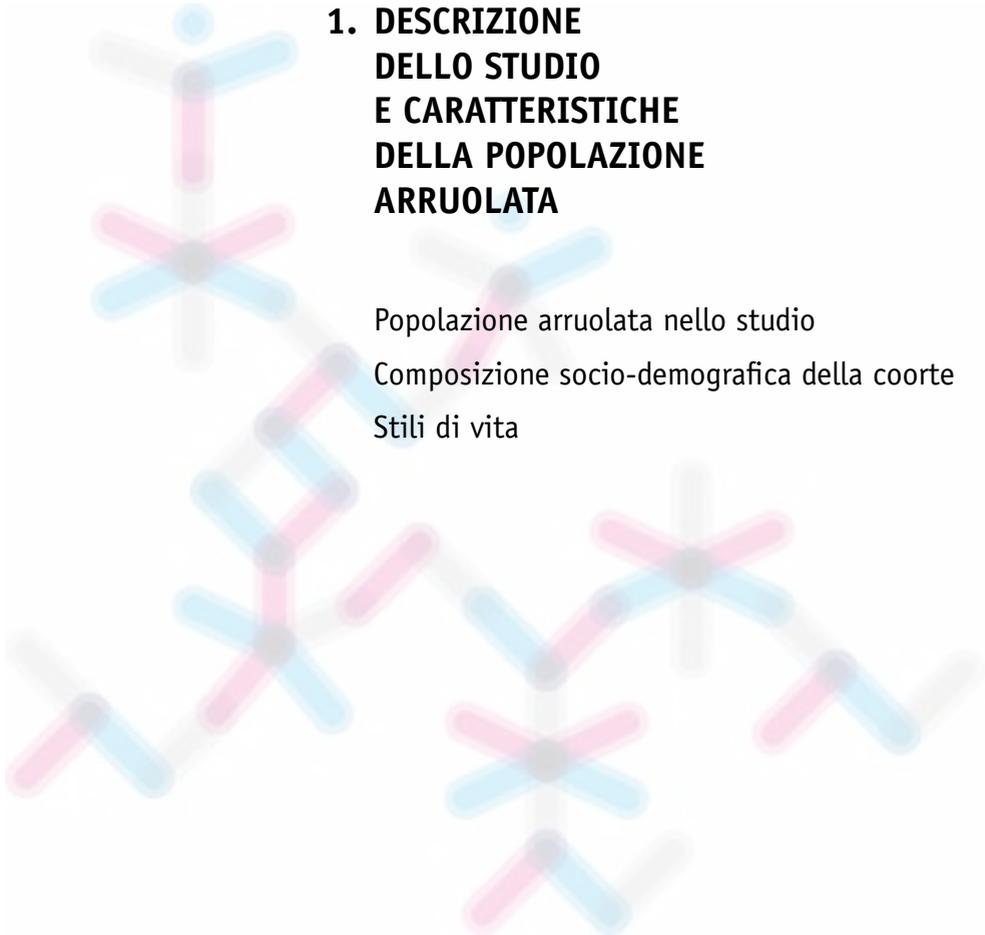
La normativa stabilisce che le attività sanitarie diventino di competenza delle AUSL ove hanno sede gli istituti penitenziari. La continuità terapeutica costituisce il principio fondante per assicurare l'efficacia degli interventi di cura e deve essere sempre garantita, dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante eventuali spostamenti tra i diversi istituti e dopo la scarcerazione.

La Regione Toscana, in linea con il percorso nazionale per l'attuazione della normativa, ha istituito (delibera g.r. 29 ottobre 2007 n. 759) l'Osservatorio regionale per la salute in carcere per svolgere una funzione di supporto diretto e collaborazione sinergica con il Gruppo tecnico di coordinamento regionale interistituzionale ed esercitare funzioni specifiche per monitorare i bisogni di salute della popolazione penitenziaria. L'Osservatorio regionale per la salute in carcere, composto da due rappresentanti dell'Agenzia regionale sanità, di cui uno con funzioni di Coordinatore; due rappresentanti del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP); due rappresentanti del Centro di Giustizia Minorile Toscana ed Umbria; un rappresentante del progetto regionale per la cartella clinica informatizzata per la salute in carcere; un rappresentante della Fondazione Michelucci (decreto 30 novembre 2007 n. 5873), ha dato inizio alle sue attività individuando le tematiche principali da analizzare e le azioni da implementare.

A questo proposito è stato messo a punto e condiviso, tra tutte le istituzioni coinvolte, un piano di lavoro operativo in cui sono stati esplicitati gli interventi specifici da attuare, i quali, in sintesi sono:

1. descrizione del servizio penitenziario attraverso lo studio della sua articolazione e del personale assegnato;
2. descrizione delle condizioni igienico-sanitarie;
3. descrizione del bisogno sanitario;
4. descrizione delle risposte sanitarie;
5. descrizione dei modelli di presa in carico per l'utenza in generale e per particolari tipologie di detenuti (dipendenti da sostanze).

Durante le periodiche riunioni di lavoro sono stati formalizzati i compiti di ciascuno e i relativi tempi di svolgimento tra le parti. In relazione al punto 3 del piano, avente l'obiettivo di descrivere il bisogno sanitario della popolazione carceraria regionale, in particolare le caratteristiche dell'utenza, facendo riferimento al disagio psichico, alle malattie infettive, all'alcol ed alla tossicodipendenza, si è reso necessario definire delle modalità operative valide per realizzare una rilevazione ad hoc ed è stato costituito un sottogruppo di lavoro che ha contribuito fattivamente alla pianificazione di uno studio epidemiologico.



1. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Popolazione arruolata nello studio

Composizione socio-demografica della coorte

Stili di vita

1. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

L'indagine nasce dall'esigenza di costruire una prima esperienza di raccolta dati, a fini epidemiologici nelle carceri della Toscana, con l'intento di fornire una risposta alle richieste istituzionali, in attesa dell'informatizzazione della cartella clinica regionale.

La rilevazione consente di ottenere un monitoraggio utile a mettere a punto delle statistiche cliniche riferite anche ai singoli istituti penitenziari per poter riflettere sulle priorità degli interventi da attuare.

È stato scelto di condurre uno studio di coorte prospettico, con rivalutazione dello stato di salute in tre momenti temporali della detenzione carceraria. Il campione è costituito da tutti i detenuti presenti all'interno degli istituti penitenziari il 15 giugno 2009, data prestabilita per iniziare l'indagine. Il follow up è stato previsto al terzo, al sesto ed al dodicesimo mese successivo all'arruolamento della coorte.

Il medico di guardia afferente al Servizio integrativo per l'assistenza sanitaria (Sias) o il medico incaricato, effettua una visita dei presenti in carcere e redige la scheda elettronica, implementata su programma Access, composta da due sezioni.

La prima sezione raccoglie le informazioni inerenti le caratteristiche socio-demografiche del detenuto. Oltre alle generalità del detenuto, ai dati anagrafici (nome, cognome, sesso, età, nazionalità) ed al titolo di studio conseguito, è prevista anche la registrazione della sua provenienza: da libertà, da altri istituti, da Centro diagnostico terapeutico (CDT), da affidamento sociale, da arresti domiciliari e altro. La seconda sezione della scheda contiene i seguenti gruppi di informazioni:

1. stato di salute dei detenuti;
2. terapie farmacologiche erogate;
3. stili di vita pregressi alla condizione detentiva;
4. atti di autolesionismo e tentato suicidio.

Per lo stato di salute gli item identificati da registrare sono stati: diagnosi principale internistica, diagnosi principale psichiatrica e diagnosi secondaria internistica e/o psichiatrica (fino ad un massimo di quattro). Le patologie sono codificate secondo la Classificazione internazionale delle malattie¹ (ICD IX-CM);

Oltre alle diagnosi cliniche, abbiamo chiesto ai professionisti di indicare i trattamenti farmacologici in atto in modo tale da ottenere un profilo clinico esaustivo. Le informazioni sono relative ai farmaci in uso ed al loro dosaggio.

Infine, per ciò che riguarda stili di vita, sono state richieste le misure antropometriche dei detenuti (peso e altezza), ricavandone il *body mass index* (BMI) attraverso il quale è possibile osservare le situazioni di sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesità. Rispetto alle abitudini di vita, si fa riferimento ai consumi ed alle quantità di alcol e di tabacco. Lo studio focalizza inoltre l'attenzione sugli aspetti legati ai consumi di sostanze stupefacenti. La presenza in carcere di soggetti che ne fanno uso, abuso o ne sono dipendenti, comporta numerose implicazioni sia di tipo gestionale che preventivo.

Nello specifico, si richiede di registrare, per ciascun detenuto facente parte della coorte, il consumo di stupefacenti per tipologia di sostanza principale e secondaria.

All'interno degli istituti penitenziari, la diffusione di atti suicidari e di episodi di autolesionismo costituisce un'emergenza da fronteggiare: a tal proposito è stato chiesto di indicare se nella storia clinica del detenuto siano presenti eventi di questo tipo. La scheda contiene una modalità di risposta sì/no, quindi, non è possibile conoscere la reiterazione del gesto.

Popolazione arruolata nello studio

Lo studio di coorte ha visto la partecipazione dei 19 istituti penitenziari ubicati nel territorio toscano, afferenti alle diverse AUSL, fortemente variegati per dimensione e tipologia.

La Tabella 1.1 riporta il numero dei presenti ed il numero di prime visite effettuate ai detenuti le cui informazioni sono state riportate nella maschera di inserimento dati. Si precisa che la tabella non contiene i dati dell'istituto penitenziario minorile che verranno riportati separatamente (vedi capitolo 3).

Il 15 giugno 2009 risultavano presenti negli istituti penitenziari (escluso il carcere minorile) 4.169 detenuti e nei 18 istituti penitenziari toscani sono stati riportati i dati di 2.985 prime visite (71,6%).

Si precisa che gli istituti penitenziari di Prato, di Porto Azzurro e di Pisa non hanno ultimato la registrazione delle visite dei presenti il 15 giugno, per cui i dati analizzati sono parziali. Per tutti gli altri istituti, il numero dei presenti alla data prestabilita è inferiore al numero delle visite effettuate a causa dei trasferimenti e delle scarcerazioni dei detenuti.

Tabella 1.1
Distribuzione della popolazione oggetto di studio e prime visite effettuate

Istituti penitenziari toscani	Detenuti presenti al 15/09/2009	Prime visite effettuate	% per istituto
Arezzo	126	112	88,9
Empoli	3	3	100,0
Firenze - Gozzini	40	34	85,0
Firenze - Sollicciano	926	735	79,4
Gorgona	65	64	98,5
Grosseto	35	18	51,4
Livorno	400	347	86,8
Lucca	178	130	73,0
Massa	250	249	99,6
Massa Marittima	20	19	95,0
Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) Montelupo Fiorentino	184	179	97,3
Pisa	376	155	41,2
Pistoia	136	115	84,6

Istituti penitenziari toscani	Detenuti presenti al 15/09/2009	Prime visite effettuate	% per istituto
Prato	632	136	21,5
Porto Azzurro	242	157	64,9
San Gimignano	333	294	88,3
Siena	68	63	92,6
Volterra	175	175	118,2
Totale	4.169	2.985	71,6

Composizione socio-demografica della coorte

Dall'analisi per genere, la coorte risulta composta dal 95,5% di maschi (N=2.852) e dal 4,5% di femmine (N=133). La popolazione detenuta ha un'età media di 37,8 anni e risulta più giovane rispetto alla popolazione generale toscana che ha un'età media pari a 45 anni. La distribuzione per classi d'età (Tabella 1.2) evidenzia che il 34,6% della popolazione detenuta appartiene alla classe d'età 30-39 anni ed il 24,5% alla classe d'età 40-49 anni mentre per la popolazione toscana residente tale percentuale si attesta intorno al 18% per entrambe le classi di età.

Tabella 1.2

Confronto della composizione per età e genere della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani e della popolazione generale toscana

Classi d'età	Popolazione detenuta						Popolazione toscana*		
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi	Femmine	Totale
	N	%	N	%	N	%	%	%	%
18-24	270	9,5	17	12,8	287	9,6	7,7	6,7	7,1
25-29	473	16,6	23	17,3	496	16,7	6,8	6,1	6,4
30-39	984	34,5	47	35,3	1031	34,6	19,1	17,1	18,1
40-49	697	24,5	33	24,8	730	24,5	19,1	17,4	18,2
50-59	308	10,8	12	9,0	320	10,7	15,7	15,0	15,4
60-69	93	3,3	1	0,8	94	3,2	14,7	14,7	14,7
70 +	22	0,8	0	0,0	22	0,7	16,9	23,0	20,1
Totale	2.847	100	133	100	2.980	100	100	100	100

* Fonte: Istat 2008

La popolazione detenuta, nonostante la più giovane età, possiede un livello di istruzione più basso rispetto alla popolazione generale toscana (Tabella 1.3); infatti, l'82,3% dei detenuti ha la licenza media o un titolo inferiore rispetto al 57% della popolazione

toscana. Il dato è in accordo con quanto riscontrato nei principali studi presenti in letteratura²; è evidente che la persona detenuta porta con sé il disagio del suo percorso di vita problematico che incide fortemente sulle generali condizioni culturali e sociali.

Tabella 1.3

Confronto tra la distribuzione del titolo di studio per genere della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani e della popolazione generale toscana

Titolo di studio	Popolazione detenuta						Popolazione toscana*		
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi	Femmine	Totale
	N	%	N	%	N	%	%	%	%
Nessun titolo	276	11,9	13	16,0	289	12,1	2,9	5,2	4,1
Licenza elementare	575	24,9	19	23,5	594	24,8	21,0	28,4	24,9
Licenza media	1052	45,5	34	42,0	1.086	45,4	33,4	23,1	28,0
Diploma scuola media superiore	318	13,7	12	14,8	330	13,8	32,8	32,9	32,9
Diploma parauniversitario	3	0,1	0	0,0	3	0,1	1,4	1,9	1,6
Laurea	22	1,0	3	3,7	25	1,0	8,5	8,5	8,5
Altro	66	2,9	0	0,0	66	2,8	0	0,0	0,0
Totale	2.312	100	81	100	2.393	100	100	100	100

* Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2008

Il 49% dei detenuti proviene da libertà ed il 48% da altri istituti (Tabella 1.4). La proporzione di detenuti che provengono da libertà è molto più elevata tra le donne (71,8% vs 47,9%), mentre le detenute che provengono da altri istituti sono solo il 28,2%.

Relativamente alla nazionalità di origine, il 52,9% dei detenuti arruolati possiede la nazionalità italiana e il 47,1% (N=1.429) ha la nazionalità straniera. Gli stranieri maggiormente rappresentati all'interno del nostro campione sono i nordafricani (20,7%) e gli estereuropei (18,2%) per cui, nelle successive analisi ci soffermeremo in particolare su questi gruppi etnici (Tabella 1.5).

Tabella 1.4

Distribuzione del luogo di provenienza della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani per genere

Luogo di provenienza	Popolazione detenuta					
	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Da libertà	1.357	47,9	94	71,8	1.451	49,0
Da altri istituti	1.386	48,9	37	28,2	1.423	48,0
Da CDT	4	0,1	0	0,0	4	0,1
Da affidamento sociale	8	0,3	0	0,0	8	0,3
Da arresti domiciliari	24	0,8	0	0,0	24	0,8
Altro	54	1,9	0	0,0	54	1,8
Totale	2.833	100	131	100	2.964	100

Tabella 1.5

Distribuzione del paese d'origine per genere della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Luogo di provenienza	Popolazione detenuta					
	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Italia	1.490	52,9	66	49,5	1.556	52,8
Africa del Nord	604	21,5	5	3,8	609	20,7
Europa dell'Est	505	17,9	31	23,3	536	18,2
America del Centro-sud	57	2,1	10	7,5	67	2,3
Altra Africa	53	1,9	7	5,3	60	2,0
Asia	52	1,8	7	5,3	59	2,0
Nord e Centro Europa	38	1,3	7	5,3	45	1,5
Paesi Arabi	16	0,6	0	0,0	16	0,5
Totale	2.815	100	133	100	2.948	100

Nella Tabella 1.6 possiamo osservare che gli stranieri residenti in Toscana sono solamente l'8,4%, di questi il 4,5% proviene dall'Europa dell'Est, l'1,5% dall'Asia e lo 0,9% dall'Africa del Nord.

Risulta evidente la differenza tra la struttura per cittadinanza della popolazione residente in Toscana e la popolazione carceraria, in cui la proporzione di stranieri si attesta al 47,2%.

Tabella 1.6
Popolazione residente in Toscana per cittadinanza e genere al 31/12/2008

Cittadinanza	Popolazione residente in Toscana al 31/12/2008					
	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Italia	1.637.820	91,6	1.760.347	91,7	3.398.167	91,6
Africa del Nord	19.779	1,1	12.227	0,6	32.006	0,9
Europa dell'Est	77.040	4,3	90.720	4,7	167.760	4,5
America del Centro-sud	6.273	0,4	11.462	0,6	17.735	0,5
Altra Africa	9.170	0,5	5.331	0,3	14.501	0,4
Asia	29.141	1,6	26.822	1,4	55.963	1,5
Europa	7.362	0,4	11.667	0,6	19.029	0,5
America del Nord	984	0,1	1.393	0,1	2.377	0,1
Oceania	84	0,0	156	0,0	240	0,0
Apolidi	15	0,0	25	0,0	40	0,0
Totale stranieri	149.848	8,4	159.803	8,3	309.651	8,4
Totale residenti	1.787.668	100	1.920.150	100	3.707.818	100

* Fonte: Istat 2008

Stili di vita

Fumo

Il fumo di tabacco, nei paesi sviluppati, costituisce la più importante singola causa di morte prematura, provocando una grande varietà di malattie. La dipendenza dal fumo di sigarette in carcere è un problema diffuso; in genere la fruizione di sigarette è correlata anche alla gestione di eventi critici, quali trasferimenti, situazioni di stress, noia³.

Nella Tabella 1.7 si può osservare come l'abitudine al fumo risulti molto più diffusa tra la popolazione detenuta rispetto alla popolazione toscana, infatti, il 70,2% dei detenuti fuma, mentre il consumo di tabacco tra la popolazione toscana è del 23,2%. Dall'analisi per genere, della popolazione detenuta fumatrice, non si evincono sostanziali differenze (70,1% maschi vs 70,8% femmine). Non sono praticamente presenti gli ex fumatori tra la popolazione detenuta, anche per la loro giovane età rappresentando solo lo 0,8%, contro il 49,7% della popolazione generale toscana. Il consumo medio giornaliero di sigarette è pari al 21,7 tra i detenuti e al 13,6 tra la popolazione toscana.

Tabella 1.7

Confronto tra distribuzione dell'abitudine al fumo per genere della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani e della popolazione generale toscana

Abitudine al fumo	Popolazione detenuta						Popolazione toscana*			
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi	Femmine	Totale	
	N	%	N	%	N	%	%	%	%	
Fumatore	1.871	70,1	92	70,8	1.963	70,2	28,3	18,7	23,2	
Mai fumatore	775	29,1	37	28,4	812	29,0	36,2	18,8	27,1	
Ex fumatore	21	0,8	1	0,8	22	0,8	35,5	62,5	49,7	
Totale	2.667	100	130	100	2.797	100	100	100	100	
<i>Consumo medio giornaliero di sigarette</i>		<i>21,7</i>		<i>21,8</i>		<i>21,7</i>		<i>15,1</i>	<i>11,2</i>	<i>13,6</i>

* Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2008

Il nostro dato trova conferma nella letteratura: citiamo una ricerca condotta dall'University of New South Wales, Australia⁴, in cui si rileva che la presenza di fumatori abituali in carcere è del 79% (l'86% appartenenti alla popolazione carceraria giovanile contro il 64% dei detenuti meno giovani) la maggior parte dei quali fuma tra le undici e le venti sigarette al giorno.

Essendo il fumo un fattore etiologico di malattie anche gravi, la popolazione detenuta ne è maggiormente esposta. L'Università della Virginia nel 2006 ha svolto un'indagine⁵ su un campione di 1.275 detenuti ed ha riscontrato un'alta incidenza di malattie del cavo orale tra i fumatori, evidenziando che la correlazione tra fumo di tabacco e malattie del cavo orale risulta essere pari al 69%.

Alcol

Il consumo di alcol in Toscana continua ad essere sinonimo di consumo di vino e rappresenta una tradizione culturale radicata nel nostro paese, infatti, la popolazione generale toscana è costituita dal 72,3% di bevitori (Tabella 1.8). La tendenza risulta inversa per la popolazione detenuta che è costituita dal 36% di bevitori e dal 64% di non bevitori.

Questo fenomeno può essere dovuto al fatto che la somministrazione di bevande alcoliche può non essere prevista all'interno delle strutture penitenziarie; generalmente è consentito l'uso di una limitata quantità di vino pari a ¼ di litro ed è proibito l'uso di superalcolici. Tale informazione sembra essere poco coerente con l'analisi del consumo medio giornaliero di alcol, inteso come numero medio di bicchieri consumati dai bevitori, dalla quale si evince che per i detenuti tale consumo è pari a 6,4 bicchieri rispetto all'1,3 bicchieri nella popolazione toscana. A tal proposito è necessario specificare che i dati sui consumi di alcol e di sostanze non sono stati riportati in modo univoco da tutti i referenti degli istituti penitenziari; solo alcuni, infatti, hanno fatto riferimento ai consumi (quantità di alcol e tipologia di sostanza illegale) nel periodo che precede la condizione

detentiva. Per poter acquisire le variabili con maggiore completezza e poter effettuare delle comparazioni omogenee, sono state predisposte delle note integrative al protocollo dello studio, da applicare nel successivo step di rilevazione.

Dai risultati di un'indagine rappresentativa svolta confrontando una popolazione detenuta inglese (UK) e una statunitense (US), emerge che l'alcol è la sostanza principalmente usata che crea dipendenza. Le percentuali rilevate sono del 59% per i detenuti UK e del 44% per i detenuti US⁶.

Tabella 1.8

Confronto tra la distribuzione del consumo di alcol per genere della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani e della popolazione generale toscana

Consumo di alcol	Popolazione detenuta						Popolazione toscana*				
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi	Femmine	Totale		
	N	%	N	%	N	%	%	%	%		
Bevitore	963	37,4	10	7,9	973	36,0	85,2	60,5	72,3		
Non bevitore	1.613	62,6	116	92,1	1.729	64,0	14,8	39,5	27,7		
Ex bevitore	1	0,0	0	0,0	1	0,0	-	-	-		
Totale	2.577	100	126	100	2.703	100	100	100	100		
<i>Consumo medio giornaliero**</i>		6,3		8,8		6,4		1,7		0,7	1,3

* Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2008

** Numero medio di bicchieri

Sostanze illegali

Il consumo di sostanze illegali indica un chiaro comportamento a rischio dei soggetti detenuti ed è uno dei principali problemi che il sistema carcerario deve affrontare.

Gli studi esistenti che hanno permesso di trarre informazioni sull'uso di sostanze in ambito carcerario sono pochi e spesso i risultati mostrano situazioni apparentemente allarmanti che non tengono conto della distorsione dovuta proprio alle specifiche caratteristiche della popolazione di studio: coloro che entrano in carcere hanno una maggiore probabilità di essere assuntori di droghe pesanti poiché commettono reati connessi al traffico o allo spaccio di sostanze e mettono in atto più facilmente dei comportamenti devianti⁷.

Infatti, in base alle stime delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nonché alle informazioni fornite dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, le persone che fanno uso di droghe sono sovrarappresentate nelle carceri di tutta Europa. La tossicodipendenza, in particolare quella da eroina, è un importante determinante dei comportamenti illegali, poiché sempre più individui che usano droghe entrano in carcere, sebbene in molti paesi siano state sviluppate misure alternative alla detenzione. I risultati di uno studio italiano⁸ mostrano un uso elevato di sostanze tra i detenuti pari al 55,8%, indicando la cocaina come la principale sostanza utilizzata, nonostante tale uso sia vietato per legge.

Nel nostro studio (Tabella 1.9), al momento della prima visita, il 44% dei detenuti ha dichiarato di fare uso di sostanze e dall'analisi per genere risulta che tale comportamento riguarda maggiormente il genere maschile (44,4% vs 35,2%).

Tabella 1.9
Distribuzione del consumo di sostanze della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani per genere

Consumo di sostanze	Popolazione detenuta					
	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
SI	1.204	44,4	45	35,2	1.249	44,0
NO	1.506	55,6	83	64,8	1.589	56,0
Totale	2.710	100	128	100	2.838	100

Come per lo studio di Rezza et al. anche nella nostra indagine, la sostanza maggiormente utilizzata risulta essere la cocaina (43,7%) seguita dall'eroina (41,5%) ed in proporzione decisamente minore da cannabis (Tabella 1.10) invece per il genere femminile la sostanza principalmente utilizzata è l'eroina (68,9%).

Tabella 1.10
Distribuzione della principale sostanza utilizzata dalla popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani per genere

Sostanza Principale	Popolazione detenuta					
	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Cocaina	529	44,4	11	24,4	540	43,7
Eroina	482	40,4	31	68,9	513	41,5
Cannabis	155	13	2	4,5	157	12,7
Metadone	8	0,7	1	2,2	9	0,7
Ecstasy, amfetamine, GHB	5	0,4	0	0	5	0,4
Psicofarmaci	2	0,2	0	0	2	0,2
Crack	1	0,1	0	0	1	0,1
Allucinogeni (LSD, funghi, ecc.)	2	0,2	0	0	2	0,2
Altro	7	0,6	0	0	7	0,5
Totale	1.191	100	45	100	1.236	100

Eccesso di peso

Gli stili di vita non salutari rappresentano importanti fattori di rischio per l'instaurarsi di patologie croniche. Il comportamento alimentare scorretto e la sedentarietà sono i fattori che maggiormente determinano un eccessivo peso corporeo. Una misura per stimare l'eccesso di peso è rappresentata dall'Indice di massa corporea o *body mass index* ($BMI = \text{peso}(\text{kg}) / \text{altezza}^2(\text{m}^2)$).

Secondo la classificazione dell'OMS, l'obesità nell'adulto è definita da un BMI maggiore o uguale a 30, il sovrappeso da valori maggiori o uguali a 25 e inferiori a 30, il normopeso è indicato da un BMI compreso tra 18,5 e 24,9 e infine, nella condizione di sottopeso il BMI non raggiunge il valore di 18,5.

La distribuzione presentata in Tabella 1.11 mostra una sostanziale omogeneità nella condizione di peso tra la popolazione detenuta e quella residente in Toscana: per entrambe le popolazioni, infatti, circa la metà si trova in una situazione di normopeso mentre la condizione di sovrappeso riguarda circa il 35%.

Tabella 1.11

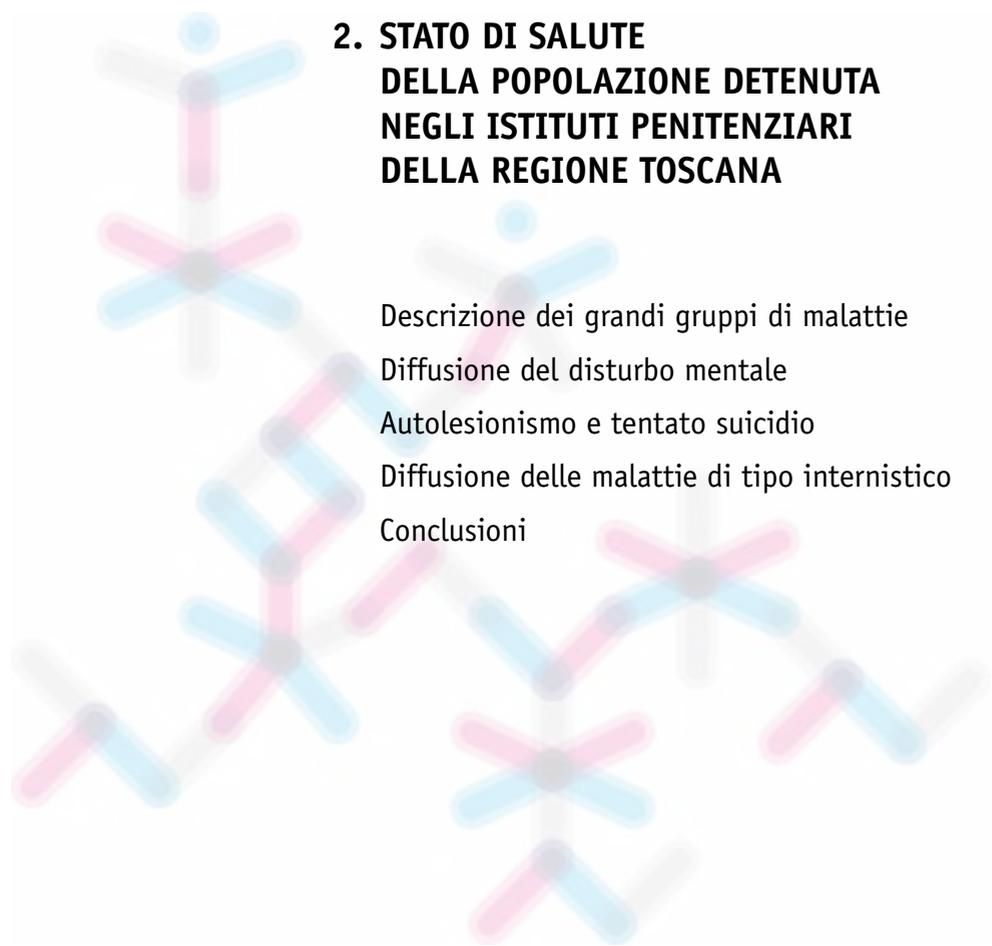
Confronto tra la distribuzione dell'Indice di massa corporea per genere della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani e della popolazione generale toscana

BMI	Popolazione detenuta						Popolazione toscana*		
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi	Femmine	Totale
	N	%	N	%	N	%	%	%	%
Sottopeso	35	1,3	14	11,4	49	1,7	0,3	5,4	3,0
Normopeso	1.392	50,9	63	51,2	1.455	50,9	45,4	57,2	51,5
Sovrappeso	970	35,4	28	22,8	998	34,9	45,1	28,6	36,5
Obeso	339	12,4	18	14,6	357	12,5	9,2	8,8	9,0
Totale	2.736	100	123	100	2.859	100	100	100	100

* Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2008

Note

- 1 International classification of diseases, ninth edition, clinical modification.
- 2 Esposito M., (2007) Malati in carcere, Franco Angeli, Milano, pp. 21-41.
- 3 Uso di droghe e servizi antidroga nelle carceri, in "Quaderni di Sanità pubblica", Salute nelle carceri, Guida dell'OMS sugli elementi essenziali della salute nelle carceri. Rivista trimestrale (2007), Anno 30, n. 147, p. 47
- 4 Belcher J.M., Butler T, Richmond R.L., et al. (2006), Smoking and its correlates in an Australian prisoner population. Drug and alcohol review, vol. 25, pp. 343-348..
- 5 Cropsey K.L., Crews K.M., Silberman S.L., et al. (2006), Relationship between smoking status and oral health in a prison population, Journal of Correctional Health Care, vol. 12, pp. 240-248.
- 6 Yvonne Jones G., and Hoffmann N.G. (2006), Alcohol dependence: International policy implications for prisons populations, Substance abuse treatment, Prevention and policy, vol. 1, p.33.
- 7 WHO Regional Office for Europe (2007), Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health.
- 8 Rezza G., Scalia Tomba G., Martucci P. (2005), Prevalenza di uso di vecchie e nuove droghe nei nuovi ingressi in strutture penitenziarie italiane Ann. Ist. Super. Sanità, vol. 41 (2), pp. 239-245.

The background of the slide features several stylized human figures. Each figure is composed of a central grey vertical bar with four arms extending outwards. The arms are colored in alternating shades of light blue and light pink. The figures are arranged in a scattered, overlapping pattern across the slide.

2. STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DETENUTA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELLA REGIONE TOSCANA

Descrizione dei grandi gruppi di malattie

Diffusione del disturbo mentale

Autolesionismo e tentato suicidio

Diffusione delle malattie di tipo internistico

Conclusioni

2. STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DETENUTA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELLA REGIONE TOSCANA

Questa sezione si prefigge come obiettivo principale quello di fornire una descrizione generale delle più importanti patologie da cui risultano affette le persone detenute negli istituti penitenziari della Toscana. Oltre al quadro complessivo presenteremo, all'interno di sottocapitoli dedicati, aspetti specifici riguardanti le principali categorie diagnostiche presenti nella popolazione oggetto di indagine.

Descrizione dei grandi gruppi di malattie

Su 2.985 detenuti sottoposti alla prima visita medica, solo il 27% (N=807) risulta sano, ovvero senza alcuna patologia in atto. Le persone con almeno una diagnosi risultano essere 2.178 (73%) di cui 1.188 (54,5%) affette soltanto da una patologia di tipo internistico, 239 (11%) con diagnosi esclusivamente di tipo psichiatrico, mentre 751 (34,5%) con diagnosi sia internistica che psichiatrica. Complessivamente, quindi, 1.939 (65%) detenuti risultano portatori di almeno una diagnosi internistica mentre 990 (33,2%) sono affetti da almeno una diagnosi psichiatrica.

Come abbiamo descritto all'interno della sezione riguardante il protocollo di studio, ogni singola patologia diagnosticata è stata codificata attraverso la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD IX-CM)¹ in modo tale da permettere la successiva classificazione delle cause seguendo lo stesso manuale diagnostico.

I grandi gruppi di cause costruiti secondo le indicazioni previste all'interno dell'ICD IX-CM sono i seguenti:

- *Malattie del sangue e degli organi emopoietici*
- *Malattie del sistema circolatorio*
- *Malattie del sistema nervoso*
- *Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo*
- *Malattie dell'apparato digerente*
- *Malattie dell'apparato genitourinario*
- *Malattie dell'apparato respiratorio*
- *Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie*
- *Malattie infettive e parassitarie*
- *Traumatismi e avvelenamenti*
- *Tumori*
- *Disturbi psichici*

La diffusione dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta (Tabella 2.1) risulta in linea con i dati pubblicati nel 2007 dall'OMS² mostrando la grande diffusione, all'interno delle strutture penitenziarie, dei disturbi di natura psichica (33,2%). A questi fanno seguito le malattie dell'apparato digerente (25,4%) e le malattie di tipo infettivo e parassitario (15,9%).

La presenza di un così alto numero di disturbi del tratto digerente, come vedremo nel capitolo ad essi dedicato, è legata prevalentemente a patologie sviluppate a carico del cavo orale.

Tabella 2.1

Distribuzione percentuale* dei grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-CM: analisi per genere della popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-CM	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	14	0,5	5	3,8	19	0,6
Malattie del sistema circolatorio	325	11,4	14	10,5	339	11,4
Malattie del sistema nervoso	142	5,0	9	6,8	151	5,1
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	318	11,2	13	9,8	331	11,1
Malattie dell'apparato digerente	719	25,2	40	30,1	759	25,4
Malattie dell'apparato genitourinario	80	2,8	7	5,3	87	2,9
Malattie dell'apparato respiratorio	179	6,3	7	5,3	186	6,2
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	275	9,6	8	6,0	283	9,5
Malattie infettive e parassitarie	447	15,7	28	21,1	475	15,9
Traumatismi e avvelenamenti	190	6,7	8	6,0	198	6,6
Tumori	26	0,9	4	3,0	30	1,0
Disturbi psichici	946	33,2	44	33,1	990	33,2

* Le percentuali sono calcolate sul totale della popolazione detenuta: ogni detenuto può essere portatore di più di una diagnosi.

Risulta di facile comprensione attribuire la relazione esistente fra salute mentale, malattie infettive e parassitarie e disturbi dell'apparato digerente in quanto tutte riconducibili a condizioni ambientali caratterizzate da un forte stato di deprivazione socio-economica, condizione che non può che accentuarsi una volta inserita all'interno del circuito penitenziario. L'istituzionalizzazione infatti, pur rispettando i principali aspetti igienico-sanitari, priva l'individuo di spazi adeguati allo svolgimento delle normali attività quotidiane costringendo la persona in ambienti sovraffollati che spesso favoriscono l'instaurarsi di comportamenti aggressivi, sintomi somatici connessi allo stress, stati depressivi e dipendenza da sostanze³.

A conferma di questo, pur trattandosi di popolazioni aventi al loro interno caratteristiche diverse, abbiamo provato a confrontare i dati della popolazione carceraria con quelli provenienti dalla popolazione generale. In tal senso abbiamo utilizzato le informazioni cliniche provenienti dal flusso delle Schede di dimissione degli istituti di ricovero (SDO, anno 2008) in nostro possesso contenenti dati relativi ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio toscano.

Tabella 2.2

Distribuzione percentuale* dei grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-CM: confronto fra SDO e popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-CM	Maschi		Femmine		Totale	
	SDO	Pop. detenuta	SDO	Pop. detenuta	SDO	Pop. detenuta
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	1,1	0,5	1,3	3,8	1,2	0,6
Malattie del sistema circolatorio	23,4	11,4	19,0	10,5	21,2	11,4
Malattie del sistema nervoso	6,8	5,0	7,1	6,8	7,0	5,1
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	10,6	11,2	12,2	9,8	11,4	11,1
Malattie dell'apparato digerente	16,0	25,2	11,5	30,1	13,7	25,4
Malattie dell'apparato genitourinario	8,2	2,8	10,8	5,3	9,5	2,9
Malattie dell'apparato respiratorio	12,0	6,3	8,5	5,3	10,2	6,2
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3,7	9,6	5,2	6,0	4,4	9,5
Malattie infettive e parassitarie	3,2	15,7	2,4	21,1	2,8	15,9
Traumatismi e avvelenamenti	12,0	6,7	11,2	6,0	11,6	6,6
Tumori	15,5	0,9	15,6	3,0	15,5	1,0
Disturbi psichici	2,7	33,2	2,7	33,1	2,7	33,2

* Le percentuali sono calcolate sul totale della popolazione detenuta: ogni detenuto può essere portatore di più di una diagnosi.

Il confronto mostrato in Tabella 2.2 mette in risalto differenze interessanti, alcune delle quali probabilmente attribuibili anche alla diversa struttura con la quale si presentano le due popolazioni. Infatti, come già descritto nel paragrafo contenente le informazioni socio-demografiche (Tabella 1.2), mentre gli ultrasessantenni rappresentano soltanto il 3,9% dei detenuti, fra i residenti toscani questi raggiungono il 34,8%. Opposti, invece, risultano essere i dati riguardanti la popolazione giovanile (di età inferiore ai 30 anni) che rappresenta il 26,3% dei detenuti rispetto al 13,5% dei residenti in Toscana.

Alla luce di quanto descritto, risulta più chiara la lettura del confronto riportato in Tabella 2.2 dove patologie largamente diffuse nella popolazione generale – fra cui indichiamo le malattie del sistema circolatorio (21,2% dei residenti toscani vs 11,4% dei detenuti), le patologie oncologiche (15,5% vs 1% dei detenuti) e le malattie dell'apparato genitourinario (9,5% vs 2,9% dei detenuti) – risultano essere molto meno frequenti nella popolazione detenuta. Quest'ultima mostra percentuali nettamente superiori di disturbi di salute mentale (33,2% vs 2,7% riscontrato nella popolazione generale), di disturbi dell'apparato digerente (25,4% vs 13,7%) e di malattie infettive e parassitarie (15,9% vs 2,8%) spesso legate a modalità comportamentali messe in atto in età giovanile.

Dato che la nostra popolazione è composta per il 52,8% da cittadini italiani, per il 20,7% da persone provenienti dall'Africa del Nord e per il 18,2% da detenuti di origine esteropea, ci limiteremo a commentare soprattutto i dati appartenenti a questi tre gruppi etnici.

In Tabella 2.3 viene presentato lo stato di salute della popolazione carceraria toscana, così come risulta dal nostro campione. Tralasciando i gruppi etnici meno presenti tra i detenuti, possiamo notare come sia più bassa la proporzione di detenuti italiani sani rispetto a quella dei detenuti provenienti dall'Africa del Nord e dall'Europa dell'Est.

Osserviamo adesso come si distribuiscono i grandi gruppi di patologie all'interno dei principali paesi di origine (Tabella 2.4).

Grosse similitudini sono presenti fra la popolazione italiana e quella nordafricana dove i disturbi di salute mentale, dell'apparato digerente e di tipo infettivo e parassitario, si confermano essere le principali fonti di malessere. Possiamo però osservare che mentre la salute mentale ed il disturbo dell'apparato digerente, nonostante la diversa numerosità del campione, raggiungono valori tendenzialmente omogenei, le malattie infettive e parassitarie presentano una proporzione di 14 punti percentuali più alta nella popolazione italiana.

Diversi risultano i valori presenti nella popolazione proveniente dall'Europa dell'Est dove i disturbi di salute mentale rappresentano soltanto il 19%, superati di ben 7 punti percentuali dalle patologie a carico dell'apparato digerente. Circa il 10% risulta affetto da malattie del sistema osteomuscolare e connettivo mentre le persone a cui è stata diagnosticata una malattia infettiva o parassitaria scendono al 7,3% (ulteriori analisi di dettaglio verranno riportate nei sottocapitoli dedicati alle singole patologie).

Maggiori sono le affezioni a carico dell'apparato respiratorio dove, nonostante la scarsa numerosità, si raggiungono percentuali molto vicine alla popolazione italiana (Africa del Nord 6,2%; Europa dell'Est 5,2%) mentre le patologie a carico del sistema cardiocircolatorio risultano maggiormente presenti nei cittadini italiani.

Gli altri gruppi etnici non sono stati considerati in Tabella 2.4, data la scarsa numerosità presente nel campione, ma ci sembra comunque doveroso indicare le principali patologie che li riguardano, fra cui la prima risulta essere quella dell'apparato digerente seguita dai disturbi di natura psichica. È da segnalare la percentuale molto elevata (22,2%) di malattie infettive e parassitarie presente nella popolazione proveniente dal Nord e Centro Europa.

Tabella 2.3**Distribuzione percentuale della condizione di salute dei detenuti presenti il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani per Paese di origine**

Paesi di origine	Sani		Malati		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Italia	287	18,4	1.269	81,6	1.556	100
Africa del Nord	195	32,0	414	68,0	609	100
Europa dell'Est	208	38,8	328	61,2	536	100
America del Centro-sud	17	25,4	50	74,6	67	100
Altra Africa	25	41,7	35	58,3	60	100
Asia	32	54,2	27	45,8	59	100
Nord e Centro Europa	15	33,3	30	66,7	45	100
Paesi Arabi	4	25,0	12	75,0	16	100
<i>Dato mancante*</i>	24	-	13	-	37	-
Totale detenuti	807	27,0	2.178	73,0	2.985	100

* Per alcuni detenuti non è stato indicato il paese di origine.

Tabella 2.4**Distribuzione percentuale dei grandi gruppi di patologie nei tre principali gruppi etnici che compongono la popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani**

Grandi gruppi di patologie secondo ICD IX-CM	Italia <i>N=1.556</i>		Africa del Nord <i>N=609</i>		Europa dell'Est <i>N=536</i>	
	N	%	N	%	N	%
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	12	0,8	3	0,5	3	0,6
Malattie del sistema circolatorio	258	16,6	32	5,3	28	5,2
Malattie del sistema nervoso	107	6,9	18	3,0	14	2,6
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	211	13,6	48	7,9	52	9,7
Malattie dell'apparato digerente	388	24,9	163	26,8	141	26,3
Malattie dell'apparato genitourinario	60	3,9	6	1,0	9	1,7
Malattie dell'apparato respiratorio	102	6,6	38	6,2	28	5,2
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	210	13,5	38	6,2	20	3,7
Malattie infettive e parassitarie	355	22,8	53	8,7	39	7,3
Traumatismi e avvelenamenti	114	7,3	35	5,7	34	6,3
Tumori	21	1,3	2	0,3	3	0,6
Disturbi psichici	611	39,3	221	36,3	102	19,0

Diffusione del disturbo mentale

Indagini di popolazione svolti sul territorio italiano, rivelano la presenza di un numero sempre più elevato di persone affette da disturbi appartenenti alla sfera psichica. I risultati della sezione italiana dell'*European Study of Epidemiology of Mental Disorders*⁴ mostrano che il 7,3% delle persone di età superiore ai 18 anni ha sofferto di almeno un disturbo mentale nel corso dell'ultimo anno, ed il 18,3% nel corso della vita. È sempre del 2004 lo studio di prevalenza svolto sul territorio dell'area fiorentina (Sesto Fiorentino) in cui, grazie al coinvolgimento dei medici di medicina generale, è stato possibile sottoporre ad indagini cliniche un'ampia parte della popolazione afferente ai servizi di base. Gli esiti di questo studio, pur con alcune differenze legate alla diversa metodologia utilizzata, confermano il dato precedente mostrando una prevalenza del 10,6% nell'ultimo anno⁵. Trattandosi di studi di popolazione generale, volti ad indagare i principali disturbi mentali non psicotici, riteniamo questi valori difficilmente confrontabili con i dati provenienti dalla popolazione oggetto della nostra indagine. Infatti, studi condotti su persone detenute, hanno portato a risultati ben diversi circa la diffusione della malattia mentale all'interno delle strutture penitenziarie. Il 4% circa dei detenuti di entrambi i sessi risulta affetto da un disturbo psicotico, il 10% degli uomini e il 12% delle donne presenta un disturbo depressivo maggiore, mentre il 42% delle donne e il 65% degli uomini è affetto da un disturbo di personalità⁶. Altre ricerche hanno messo in evidenza che l'89% di tutti i detenuti presenta una sintomatologia depressiva e il 74% presenta sintomi somatici associati allo stress detentivo⁷.

Passando ad illustrare i risultati provenienti dalla nostra indagine, è importante precisare che al fine di uniformare la modalità di inserimento dati nello strumento predisposto, abbiamo scelto di utilizzare, anche per le patologie di salute mentale, la classificazione ICD IX-CM rinunciando alle specificità presenti nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)⁸. Questa scelta è stata anche dettata dalla necessità di confrontare i dati provenienti dalla popolazione detenuta con quelli riferibili alla popolazione residente in Toscana in carico presso un Dipartimento di salute mentale (DSM) attraverso l'utilizzo delle informazioni provenienti dal Sistema informativo regionale sulla salute mentale (SIRSM) che utilizza al proprio interno il manuale ICD IX-CM.

La classificazione utilizzata all'interno del flusso regionale per la salute mentale degli adulti (Tabella 2.5), e applicata ai dati provenienti dalla popolazione oggetto d'indagine, raggruppa i codici diagnostici ICD IX-CM nelle seguenti 10 categorie diagnostiche:

Tabella 2.5
Classificazione utilizzata all'interno del flusso regionale per la salute mentale degli adulti

Categorie diagnostiche SIRSM	Codici ICD IX-CM
Disturbi mentali organici (senili, presenili ed altri)	[290] [293] [294] [310]
Disturbi mentali alcol-correlati	[291] [303] [305.0]
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	[292] [304] [305.2 fino a 305.8]
Disturbi da spettro schizofrenico	[295] [297] [298.2-298.3-298.4] [299]
Disturbi affettivi psicotici	[296] [298.0-298.1-298.8-298.9]

Categorie diagnostiche SIRSM	Codici ICD IX-CM
Disturbi depressivi non psicotici	[300.4] [309.0 e 309.1] [311]
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	[300 a seguire, ad eccezione di 300.4] [306] [316] [308]; [309.2-309.3-309.4] [309.8] [309.9]
Disturbi della personalità e del comportamento	[301] [302] [312]
Disturbi del comportamento alimentare	[307.1] [307.5]
Oligofrenie e ritardo mentale	[317] [318] [319]
Altro	[305.1] [305.9] [307 a seguire, ad eccezione dei punti 307.1 e 307.5] [313] [314] [315]

Pur rientrando nell'ambito della salute mentale, data la rilevanza che il tentato suicidio e l'evento autolesionistico ricoprono in ambito penitenziario, abbiamo preferito dedicare una specifica sezione a questi temi. In questo capitolo, presenteremo soltanto il numero di tentati suicidi e degli atti autolesionistici associati alle singole patologie psichiatriche.

Complessivamente i disturbi psichici rappresentano il 33,2% dei disturbi presenti all'interno delle strutture penitenziarie della Toscana. Come abbiamo già descritto nel paragrafo introduttivo, sono 990 le persone affette da almeno un disturbo di salute mentale di cui 946 maschi e 44 femmine. Trattandosi di una popolazione composta per la quasi totalità da uomini, presenteremo i dati totali tralasciando le specifiche di genere. Il disturbo psichico ha caratteristiche diverse secondo il Paese di origine dei detenuti: il 39,3% della popolazione carceraria italiana soffre di un disturbo psichico; i nordafricani che soffrono di problemi di salute mentale sono il 36,3%, percentuale che si abbassa al 19% se consideriamo la popolazione penitenziaria proveniente dall'Europa dell'Est. Non vengono presentate le proporzioni di detenuti con patologia psichiatrica per gli altri paesi d'origine data la loro scarsa numerosità all'interno del campione.

I dati riportati in Tabella 2.6 rivelano che il disturbo mentale da dipendenza da sostanze rappresenta la principale patologia psichica da cui risultano affetti i detenuti (12,7%), seguito dal disturbo nevrotico e reazioni di adattamento (10,9%) e dal disturbo mentale alcol-correlato (5,7%). Queste tre categorie diagnostiche rimandano facilmente al contesto penitenziario in cui, come ampiamente descritto all'interno delle linee guida sulla salute in carcere pubblicate dall'OMS⁹, l'utilizzo di sostanze, sia di natura alcolica che sotto forma di droghe, rappresenta un mezzo per contrastare la noia e sopportare la durezza della vita carceraria o per superare i momenti di crisi dovuti alla sentenza o alla convivenza forzata in ambienti molto spesso non adeguati¹⁰. Fra i detenuti con almeno una diagnosi psichiatrica, risulta elevato anche il numero di persone con patologie appartenenti all'ambito psicotico: il 12% è affetto da un disturbo affettivo psicotico mentre il 7,5% rientra nella categoria dei disturbi da spettro schizofrenico.

Tabella 2.6

Distribuzione percentuale dei disturbi psichici nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Categorie diagnostiche SIRSM	Detenuti con almeno una diagnosi psichiatrica (N=990)		Percentuale sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	%
Disturbi mentali organici	19	1,9	0,6
Disturbi mentali alcol-correlati	170	17,2	5,7
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	379	38,3	12,7
Disturbi da spettro schizofrenico	74	7,5	2,5
Disturbi affettivi psicotici	119	12,0	4,0
Disturbi depressivi non psicotici	65	6,6	2,2
Disturbi nevrotici e reazioni da adattamento	326	32,9	10,9
Disturbi della personalità e del comportamento	150	15,2	5,0
Disturbi del comportamento alimentare	1	0,1	0,0
Oligofrenie e ritardo mentale	15	1,5	0,5
Altro	5	0,5	0,2

Come ci aspettavamo, confrontando queste informazioni con quelle contenute nel Sistema informativo regionale per la salute mentale (SIRSM), emergono grosse differenze fra le due popolazioni. Come prima informazione non possiamo non osservare l'assenza, nei DSM, di utenti con disturbi mentali da dipendenza da sostanze e alcol-correlati. Questo è dovuto alla netta separazione, all'interno dell'organizzazione dei servizi territoriali, del disturbo da dipendenza (sia da droghe che da alcol) dalle altre patologie di natura psichica; infatti, mentre quest'ultime vengono trattate dai Dipartimenti di salute mentale, le dipendenze fanno parte del Dipartimento di prevenzione e quindi non sono rintracciabili nel flusso SIRSM.

La specificità e la gravità di alcuni disturbi e il trattamento penitenziario spesso ad essi associato, ha reso indispensabile esaminarne la diffusione sia in ambito detentivo generale che nella specificità dell'Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) di Montelupo (Tabella 2.7). Gli internati presenti in OPG, infatti, sia per le loro caratteristiche diagnostiche che per la sintomatologia ad esse associate, risultano avere un maggior parallelismo con la popolazione afferente ai Servizi di salute mentale del territorio.

Rispetto al territorio, l'OPG accoglie un elevato numero di persone affette da disturbi dello spettro schizofrenico che rappresenta la principale categoria diagnostica (34,3%) seguita dai disturbi di personalità e del comportamento (23,1%). Pressoché assenti, invece, risultano i disturbi depressivi non psicotici e i disturbi nevrotici che, al contrario, rappresentano due fra le principali categorie diagnostiche per le quali viene richiesto un intervento in ambito territoriale.

Di facile interpretazione risulta il dato proveniente dalla popolazione detenuta presso gli altri istituti di pena dove, se togliamo lo stato di dipendenza, i disturbi nevrotici e le

reazioni da adattamento rappresentano le patologie da cui risulta più colpita, chiari segni di un disagio psichico di tipo reattivo.

Tabella 2.7

Distribuzione percentuale delle principali categorie diagnostiche: confronto fra utenti attivi di età \geq di 18 anni in carico ai DSM, popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani e detenuti presenti il 15/06/2009 presso l'OPG di Montelupo

Categorie diagnostiche SIRSM	Utenti attivi in carico ai DSM* (N=34.388)	Detenuti con almeno una diagnosi psichiatrica (N=711)	Detenuti in OPG con almeno una diagnosi psichiatrica (N=169)
	%	%	%
Disturbi mentali organici	5,6	1,9	2,4
Disturbi mentali alcol-correlati	1,4	16,2	23,1
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	0,8	43,8	20,1
Disturbi da spettro schizofrenico	14,8	1,7	34,3
Disturbi affettivi psicotici	23,5	8,9	16,6
Disturbi depressivi non psicotici	18,6	5,6	1,2
Disturbi nevrotici e reazioni da adattamento	23,6	34,4	1,2
Disturbi della personalità e del comportamento	6,8	13,5	23,1
Disturbi del comportamento alimentare	1,2	0,0	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	3,7	0,1	0,6
Altro	n.p.	0,5	0

*Le percentuali sono state calcolate considerando solo gli utenti ai quali risulta attribuito un codice diagnostico compilato e valido.

Passiamo adesso ad illustrare alcune fra le principali patologie psichiatriche da cui risulta affetta la popolazione detenuta.

Disturbi mentali da dipendenza da sostanze

Come abbiamo avuto modo di osservare nella parte generale, il disturbo da dipendenze da sostanze rappresenta la principale patologia psichica da cui risulta affetta la popolazione detenuta. Le numerose variabili insite nell'accezione di tossicodipendenza rendono però difficile, soprattutto all'interno di una struttura penitenziaria, definire il reale stato di tossicodipendenza in relazione alla sostanza utilizzata, ai tempi di utilizzo o alle numerose associazioni che spesso vengono messe in atto durante la detenzione. È diffuso, infatti, il cambiamento verso droghe alternative o verso qualsiasi droga sostitutiva con effetti psicotropi e, in molti casi, è proprio l'esperienza detentiva ad attivare il disturbo che può rimanere sommerso anche per periodi molto lunghi.

I nostri dati provengono dalla segnalazione fatta dal medico che, in alcuni casi, può aver riferito un pregresso stato di tossicodipendenza o, in assenza di una conclamata sintomatologia, può aver sottostimato l'entità del fenomeno non rilevando il dato.

Le informazioni in nostro possesso mostrano un maggior interessamento in questo tipo di disturbo da parte del genere maschile ed un'età media, per entrambi i generi, di 36 anni. Il disturbo mentale da dipendenza da sostanza riguarda il 14,5% (N=225) della popolazione penitenziaria di origine italiana, osservandone l'andamento fra gli stranieri, risulta che la popolazione maggiormente coinvolta è quella dei detenuti nordafricani (17,2%, N=105) seguita dalla popolazione carceraria proveniente dai paesi dell'Europa dell'Est (5,6%, N=30) (Tabella 2.8).

Ai fini dell'analisi è utile osservare il peso del disturbo mentale da dipendenza da sostanza sulle malattie psichiatriche dei detenuti provenienti dai paesi più rappresentati. In Tabella 2.8 possiamo osservare come a quasi la metà dei detenuti nordafricani che presentano un disturbo psichiatrico sia stato diagnosticato un disturbo da dipendenza da sostanze. Questo tipo di patologia rimane importante sia fra i detenuti italiani che dell'Europa dell'Est, seppure in proporzione minore.

Tabella 2.8

Il disturbo mentale da dipendenza da sostanza nella popolazione penitenziaria generale e nella popolazione penitenziaria che presenta una diagnosi psichiatrica per Paese d'origine – Popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Paese di origine	Detenuti con disturbi mentali da dipendenza da sostanza	% sui detenuti totali	% sui detenuti che presentano almeno una diagnosi psichiatrica
Italia	225	14,5	36,8
Africa del Nord	105	17,2	47,5
Europa dell'Est	30	5,6	29,4

Il 15,6% dei detenuti che soffrono di disturbi psichiatrici da dipendenza da sostanze ha compiuto atti di autolesionismo e l'8,2% degli stessi ha tentato almeno una volta il suicidio.

Disturbi mentali alcol-correlati

Come per la tossicodipendenza, il disturbo alcol-correlato rappresenta una patologia che interessa in misura maggiore i detenuti di età inferiore ai 45 anni (il 72,4%).

Questo tipo di disturbo riguarda il 6,2% della popolazione penitenziaria di origine italiana e, fra gli stranieri, risultano soffrire di questa patologia il 6,7% dei nordafricani ed il 5% dei detenuti provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est.

In Tabella 2.9 possiamo osservare come il disturbo mentale alcol-correlato abbia un peso maggiore tra i detenuti con diagnosi psichiatrica dell'est Europa piuttosto che tra i nordafricani o gli italiani affetti da un disturbo mentale. In altre parole, mentre è bassa la proporzione di detenuti di origine est europea che soffrono di un disturbo mentale

alcol-correlato (circa 1 su 20), ci accorgiamo che questo tipo di patologia ha un peso importante all'interno della popolazione carceraria est europea che presenta un disturbo mentale. Infatti, in questa popolazione 1 detenuto su 4 ha un problema psichico legato al consumo di alcol.

Tabella 2.9

Il disturbo mentale alcol-correlato nella popolazione penitenziaria generale e nella popolazione penitenziaria che presenta una diagnosi psichiatrica per Paese d'origine – Popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Paese di origine	Detenuti con disturbi mentali alcol-correlati	% sui detenuti totali	% sui detenuti che presentano almeno una diagnosi psichiatrica
Italia	96	6,2	15,7
Africa del Nord	41	6,7	18,6
Europa dell'Est	27	5,0	26,5

Il tentato suicidio sembra essere un fenomeno meno frequente in questo disturbo interessando il 5,9% degli affetti; al contrario, gli episodi di autolesionismo risultano essere molto numerosi (24,7%, N=42).

Disturbi da spettro schizofrenico

La schizofrenia viene definita dai clinici come un disturbo caratterizzato dalla presenza di un insieme di sintomi associati fra loro in diversa misura. I sintomi eclatanti che la rendono una grave patologia psichiatrica sono soprattutto la disorganizzazione del pensiero, le alterazioni della comunicazione verbale e non verbale, l'appiattimento e la discordanza affettiva, i deliri bizzarri, le allucinazioni uditive con conseguente ritiro sociale. Questa psicopatologia ha un'incidenza nella popolazione che varia tra l'1 ed il 2%¹¹ ed ha un esordio giovanile con decorso tendenzialmente cronico.

La gravità del disturbo schizofrenico, come abbiamo già accennato nella parte generale, spiega il ricovero di questi pazienti quasi esclusivamente all'interno dell'Ospedale psichiatrico giudiziario.

L'analisi per genere svolta sulla nostra popolazione, vede il genere maschile maggiormente coinvolto in questo disturbo (73 su 74 detenuti) con un'età media di 42 anni.

Come mostrano i dati presentati in Tabella 2.10, sono i detenuti italiani a soffrirne maggiormente (3,9%) e, sempre tra gli italiani, 1 detenuto su 10 con problemi di salute mentale soffre di questo disturbo.

Tabella 2.10

Il disturbo da spettro schizofrenico nella popolazione penitenziaria generale e nella popolazione penitenziaria che presenta una diagnosi psichiatrica per Paese d'origine – Popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Paese di origine	Detenuti con disturbo da spettro schizofrenico	% sui detenuti totali	% sui detenuti che presentano almeno una diagnosi psichiatrica
Italia	61	3,9	10,0
Africa del Nord	5	0,8	2,3
Europa dell'Est	3	0,6	2,9

La specificità del disturbo schizofrenico spesso favorisce l'associazione con comportamenti suicidari o autolesionistici. Il 24,3% (N=18), infatti, ha messo in atto condotte autolesionistiche mentre il 18,9% (N=14) ha una storia clinica in cui è presente almeno un tentativo di suicidio.

Disturbi nevrotici e reazioni da adattamento

I disturbi nevrotici e le reazioni da adattamento, pur non rientrando nella categoria dei disturbi psicotici, sono caratterizzati da sintomatologia persistente e clinicamente significativa in risposta a fattori stressanti. Nella vita di ognuno di noi, molti possono essere gli eventi in grado di indurre uno stato di ansia o di mancato adattamento a stimoli esterni o a condizioni personali ma, ancora di più, possiamo immaginare quanto la condizione detentiva possa rappresentare una fonte di fattori stressanti ricorrenti o continui, capaci di favorire la nascita di manifestazioni cliniche. Secondo il DSM-IV-TR la prevalenza del disturbo da adattamento è presente nel 10-30% degli utenti che afferiscono ai Servizi di salute mentale ma può raggiungere punte del 50% in popolazioni specifiche.

Nel nostro caso, come mostrano i dati (Tabella 2.7), la popolazione detenuta supera di oltre 10 punti percentuali l'utenza dei DSM confermando come la detenzione rappresenti un fattore di rischio nell'insorgenza di questi disturbi. Osservando il nostro campione possiamo sottolineare la giovane età di coloro che ne risultano affetti (il 43,5% ha meno di 35 anni) e l'elevata associazione con l'utilizzo di sostanze (58,9%, N=192), di alcol (41,4%, N=135) o di entrambe (31,3%, N=102).

In Tabella 2.11 possiamo osservare come di disturbo nevrotico e di adattamento soffra, in particolar modo, la popolazione carceraria nordafricana, con una percentuale del 15,1% contro l'11,5% di quella italiana ed il 7,1% di quella proveniente dall'Europa dell'Est. Sui detenuti che presentano problemi di salute mentale, questo tipo di diagnosi ha un forte impatto indipendentemente dal paese di origine anche se, fra gli stranieri, la percentuale risulta più elevata. Questo può essere ricondotto alle maggiori difficoltà vissute dalla popolazione straniera che, oltre ad affrontare i cambiamenti legati alla condizione detentiva, può incontrare difficoltà nella comprensione della lingua o in altre abitudini non appartenenti alla propria cultura.

Il 16% dei detenuti per i quali è stato riscontrato un disturbo nevrotico o una reazione da adattamento ha commesso atti di autolesionismo, mentre il 6,7% ha tentato il suicidio.

Tabella 2.11

I disturbi nevrotici e le reazioni da adattamento nella popolazione penitenziaria generale e nella popolazione penitenziaria che presenta una diagnosi psichiatrica per Paese d'origine – Popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Paese di origine	Detenuti con disturbo nevrotico e reazioni da adattamento	% sui detenuti totali	% sui detenuti che presentano almeno una diagnosi psichiatrica
Italia	179	11,5	29,3
Africa del Nord	92	15,1	41,6
Europa dell'Est	38	7,1	37,3

Disturbi della personalità e del comportamento

Come sappiamo, i tratti di personalità sono schemi di pensiero e di percezione relativamente stabili nel tempo e nelle diverse situazioni di vita. I disturbi di personalità si manifestano quando tali tratti sono così rigidi e disadattativi da compromettere il funzionamento interpersonale con conseguente incapacità, da parte del soggetto, di adattamento all'ambiente in cui vive. Essendo disturbi ad insorgenza giovanile o della prima età adulta, stabili nel tempo e fonte di forte menomazione per chi ne è affetto, l'elevata percentuale riscontrata all'interno delle strutture penitenziarie rispetto ai Servizi territoriali, può essere letta non soltanto come concausa del reato commesso, ma anche come riacutizzazione del disturbo dovuto alla condizione detentiva che richiede grosse capacità adattive.

Trattandosi di un disturbo psichiatrico fortemente invalidante, non stupisce l'elevata presenza di questi pazienti presso l'Ospedale psichiatrico giudiziario rispetto alle altre strutture (Tabella 2.12). Le informazioni riferite dai medici nel corso della rilevazione inquadrano questi pazienti come appartenenti alla fascia di età 18-40 (oltre il 60%).

Tabella 2.12

Il disturbo della personalità e del comportamento nella popolazione penitenziaria generale e nella popolazione penitenziaria che presenta una diagnosi psichiatrica per Paese d'origine – Popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Paese di origine	Detenuti con disturbo della personalità e del comportamento	% sui detenuti totali	% sui detenuti che presentano almeno una diagnosi psichiatrica
Italia	100	6,4	16,4
Africa del Nord	34	5,6	15,4
Europa dell'Est	9	1,7	8,8

Come mostrato in Tabella 2.12 il disturbo della personalità e del comportamento riguarda più la popolazione carceraria italiana (6,4%) che quella straniera (5,6% Africa del Nord, 1,7% Europa dell'Est). Nell'ultima colonna della tabella, però, risulta chiaro come la proporzione di disturbi della personalità e del comportamento rispetto ai detenuti che hanno un disturbo mentale non si differenzi molto tra italiani (16,4%) e nordafricani (15,4%). Come per i disturbi nevrotici, anche in questo caso è presente una forte associazione con l'utilizzo di droghe (66,7% ne fa o ne ha fatto uso), di alcol (45,3% ne fa o ne ha fatto uso) e di entrambi (34,7%). Rispetto alla messa in atto di tentativi suicidari o autolesionistici, il disturbo di personalità rappresenta la categoria diagnostica in cui sono state riscontrate le percentuali maggiori (18,6% degli affetti ha una storia di tentato suicidio mentre il 39,3% ha compiuto atti autolesionistici) confermando la gravità della patologia.

Riassumendo brevemente l'ampio panorama del disturbo psichico, possiamo concludere dicendo che i disturbi legati alla sfera psichica maggiormente presenti tra i detenuti delle strutture penitenziarie toscane, sono quelli dovuti alla dipendenza da sostanze ed i disturbi nevrotici e di adattamento. Questo risultato segnala il ruolo "patogeno" molte volte attribuito alla condizione detentiva in ambito di salute mentale dove la persona, trovandosi non soltanto privata della propria libertà ma anche costretta in ambienti spesso sovraffollati, può accentuare un disagio psichico di varia natura o mantenere attiva la preesistente condizione di tossicodipendenza sostituendo alla sostanza gli psicofarmaci. Osservando i dati dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, struttura specializzata per la detenzione e cura di malati psichiatrici, la patologia più frequente è quella dei disturbi da spettro schizofrenico che, come sappiamo, rappresenta una grave psicosi tendenzialmente cronica o recidivante.

I detenuti nordafricani soffrono più degli altri di disturbi mentali da dipendenza da sostanze; quelli dell'Europa dell'Est da disturbi mentali alcol-correlati mentre gli italiani del disturbo da spettro schizofrenico.

Autolesionismo e tentato suicidio

Numerosi studi hanno messo in evidenza che la maggior parte dei suicidi si manifestano entro i primi giorni di detenzione nelle carceri o nei centri di custodia cautelare, indicando la necessità di mettere in atto precauzioni speciali in questa fase detentiva¹²; se a questi associamo fattori personali, come l'abuso di sostanze, precedenti atti autolesivi e l'allocatione in alloggi singoli¹³, è possibile tracciare una linea d'intervento nella quale agire con efficaci strumenti preventivi.

Che l'evento suicidiario rappresenti un'emergenza all'interno del sistema penitenziario lo conferma anche la circolare redatta dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione generale dei detenuti e del trattamento - nel gennaio u.s. nella quale, in seguito al progressivo incremento del numero dei suicidi nella popolazione detenuta, si ritiene necessario istituire un *servizio di ascolto* interno all'istituto, in cui la Polizia penitenziaria, l'area educativa e il personale appartenente alle associazioni di volontariato operino con l'obiettivo di rispondere alla criticità in cui può trovarsi il detenuto, in attesa dell'intervento qualificato da parte di professionisti sanitari esperti nel settore.

La nostra rilevazione, avendo come principale obiettivo quello di fornire informazioni sullo stato di salute dei detenuti, non prende in esame i decessi avvenuti per suicidio ma cerca di individuare il numero di persone che hanno tentato il suicidio o messo in atto comportamenti autolesivi durante il periodo detentivo. Nella lettura dei dati che seguiranno è necessario tener presente che lo strumento messo a punto per l'inserimento dei dati, in questo caso, non prevedeva una modalità di risposta numerica ma soltanto la possibilità di segnalare se nel corso della vita era stato messo in atto o meno un gesto suicidiario o autolesivo, di conseguenza non è possibile valutarne la reiterazione. Iniziamo dal tentato suicidio, ma prima di descriverlo all'interno della popolazione detenuta, riteniamo utile soffermarci sulla diffusione di questo gesto nella popolazione generale al fine di valutarne le possibili differenze.

È vero che fornire una stima del tentato suicidio nella popolazione generale non risulta un compito facile sia perché nei casi più lievi le persone possono non ricorrere a strutture di tipo sanitario sia perché, anche quando vi ricorrono, c'è il tentativo di dissimulare la vera motivazione spingendo l'operatore verso l'utilizzo di altri codici diagnostici. Tenendo presente la possibile sottostima del fenomeno, ciò a cui facciamo ricorso per un possibile confronto sono i dati dell'Istituto nazionale di statistica (Istat) derivanti dalle denunce di tentato suicidio compilate dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei carabinieri e dalla Guardia di Finanza in base alle notizie contenute nella scheda all'atto della comunicazione all'Autorità giudiziaria. In base a questi dati, nell'anno 2008 in Italia sono stati registrati 3.327 tentativi di suicidio corrispondenti a 5,6 su 100.000 residenti. Per la regione Toscana questo valore si attesta su 5,9 per 100.000 residenti (N=218). Passando ad esaminare i dati provenienti dalla rilevazione penitenziaria, abbiamo chiesto ai medici di segnalare la presenza nella storia clinica del detenuto di almeno un tentativo di suicidio, ottenendo così, un valore del 4,3% corrispondente a 128 persone (Tabella 2.13). Questa pratica è maggiore fra i detenuti italiani rispetto agli stranieri (5,1% vs 3,4%). Quindi, confrontando il dato di popolazione con quello proveniente dalle strutture penitenziarie, si mette in evidenza, fin troppo chiaramente, l'emergenza presente all'interno di quest'ultime; infatti, mentre il dato Istat non raggiunge l'unità (0,006%), fra i detenuti circa 4 persone su 100 hanno tentato il suicidio almeno una volta.

L'altra informazione in nostro possesso riguarda l'autolesionismo.

Purtroppo, ancor più che per il tentato suicidio, in questo caso il dato proveniente dalla popolazione generale è difficilmente reperibile; ci limiteremo, pertanto, a presentare soltanto il dato inerente alla popolazione detenuta.

Il personale sanitario ha rilevato 315 persone (circa il 10% dei detenuti) che almeno una volta hanno messo in atto azioni autolesive (Tabella 2.13). In questo caso la nazionalità di appartenenza non risulta essere un fattore discriminante (il 10,5% degli italiani vs 10,9% degli stranieri) mentre il genere vede le detenute più dedite a questa pratica.

Purtroppo, non avendo dati riguardanti la modalità messa in atto e le conseguenze che da questa ne sono derivate, non siamo in grado di rappresentare il peso che ricoprono sullo stato di salute dei detenuti.

Tabella 2.13

Distribuzione percentuale del tentato suicidio e degli atti di autolesionismo nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani – Analisi per genere

	Maschi (N=2.852)		Femmine (N=133)		Totale (N=2.985)	
	N	%	N	%	N	%
Tentato suicidio	125	4,4	4	3,0	129	4,3
Atti di autolesionismo	295	10,4	21	15,8	316	10,6

Diffusione delle malattie di tipo internistico

Malattie infettive e parassitarie

A livello internazionale, i cittadini detenuti vengono considerati una popolazione ad alto rischio di contrarre malattie infettive fra cui l'HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), l'epatite virale o altre infezioni sessualmente trasmesse. Questa specificità è causata dall'alta prevalenza di comportamenti a rischio messi in atto durante il periodo detentivo, in particolare attraverso l'uso iniettivo di droghe, rapporti sessuali non protetti o l'uso comune di aghi ipodermici per l'esecuzione di tatuaggi¹⁴.

In Italia, secondo i dati tratti da studi recenti condotti sulla popolazione carceraria¹⁵, tra le malattie virali croniche, l'epatite C (infezione da *Hepatitis C Virus* o HCV) è al primo posto coinvolgendo circa un quarto dei detenuti presenti negli istituti penitenziari presi in esame. La coinfezione fra HIV ed epatite C riguarda il 4% dei casi, quella fra epatite B (infezione da *Hepatitis B Virus* o HBV) e C il 18% dei casi e quella fra HIV e epatite B il 3% dei casi. Confrontare questi dati con quelli provenienti dalla popolazione generale può risultare estremamente difficile e poco affidabile a causa della diversa modalità di notifica a cui le malattie infettive vengono sottoposte (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2009); inoltre, trattandosi di patologie che non richiedono necessariamente il ricovero ospedaliero, l'utilizzo di flussi sanitari correnti come la SDO può risultare una modalità non idonea.

Anche nel nostro caso le difficoltà sopra citate non ci consentono di comparare la diffusione di queste patologie all'interno delle due popolazioni; soltanto nel caso dell'infezione tubercolare, come vedremo, essendo una patologia che nella forma conclamata richiede quasi sempre il ricovero ospedaliero, abbiamo provato a rintracciare il dato di popolazione nella SDO (anno 2008), mentre per l'infezione da HIV ci siamo avvalsi di informazioni provenienti da registri specifici.

Passiamo adesso ad illustrare la presenza di malattie infettive e parassitarie all'interno della popolazione detenuta.

Quasi il 50% delle persone che ne risultano affette appartengono alla fascia giovanile con un'età inferiore ai 40 anni in entrambi i generi. Si conferma l'elevata percentuale di infezione da HCV (Tabella 2.14) che rappresenta la principale causa virale coinvolgendo il 9,1% della popolazione detenuta (N=253). Questo valore, se osservato all'interno di coloro a cui è stata diagnosticata una malattia infettiva, raggiunge il 57,5% rafforzando

Tabella 2.14

Distribuzione percentuale delle malattie infettive e parassitarie nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani – Analisi per genere

Malattie infettive e parassitarie	Maschi		Femmine		Totali		% sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	N	%	N	%	
Epatite A	21	4,7	0	0,0	21	4,4	0,7
Epatite B	63	14,1	2	7,1	65	13,7	2,2
Epatite C	253	56,6	20	71,4	273	57,5	9,1
Epatite Delta	4	0,9	0	0,0	4	0,8	0,1
Altre epatiti	2	0,5	0	0,0	2	0,4	0,1
Condiloma acuminato	3	0,7	0	0,0	3	0,6	0,1
HIV	38	8,5	5	17,9	43	9,1	1,4
Infezione da Helicobacter pylori (H. pylori)	4	0,9	0	0,0	4	0,8	0,1
Infezioni da Herpes simplex	5	1,1	0	0,0	5	1,1	0,2
Infezioni da tricomonas	2	0,4	0	0,0	2	0,4	0,1
Micosi della cute e degli annessi cutanei	11	2,5	1	3,6	12	2,5	0,4
Scabbia	4	0,9	0	0,0	4	0,8	0,1
Sifilide	14	3,1	0	0,0	14	3	0,5
TBC	13	2,9	0	0,0	13	2,8	0,4
Altro	10	2,2	0	0,0	10	2,1	0,3
Totale	447	100	28	100	475	100	-

done la rilevanza. Al virus da HCV fa seguito l'infezione da virus B (2,2% dei detenuti è risultato positivo) e da HIV (1,4% dei detenuti è risultato positivo). Quest'ultimo dato risulta allarmante se confrontato con le informazioni provenienti dal Registro regionale AIDS e dalla sperimentazione sulle infezioni da HIV svolta sempre sul territorio toscano nell'anno 2008 in cui il valore, riferibile alla popolazione generale, si attesta sullo 0,13% (tasso di prevalenza sulla popolazione toscana: 13,5 per 10.000)¹⁶.

Come ci aspettavamo, anche nel nostro caso le coinfezioni fra virus HBV, HCV e HIV risultano essere molto numerose con conseguente aggravamento del decorso clinico (14,9% degli affetti da queste patologie). La coinfezione fra HBV/HCV è stata diagnosticata in 29 persone (27 delle quali tossicodipendenti); la coinfezione fra HCV/HIV è presente in 22 persone (18 delle quali tossicodipendenti); la presenza contemporanea dei virus HBV/HIV è presente in 2 detenuti risultati tossicodipendenti, mentre 3 risultano HBV/HCV/HIV positivi con associata una storia di tossicodipendenza.

Fra le malattie infettive presenti nelle strutture penitenziarie, l'OMS pone un'attenzione particolare all'infezione tubercolare (TBC). Quest'ultima, infatti, raggiunge tassi da 10 a 100 volte superiori rispetto a quelli osservati nella popolazione generale¹⁷. L'incremento e la diffusione di questa patologia fra i detenuti ha stimolato numerosi studi sull'argomento fra cui la ricerca condotta da Aerts e collaboratori¹⁸ in cui emerge l'elevata variabilità presente nelle diverse strutture penitenziarie europee con valori nettamente superiori nei paesi dell'Est dove i detenuti affetti da tubercolosi rappresentano il 93% dei casi.

Prendendo come riferimento la popolazione residente in Toscana, abbiamo provato ad esaminare il numero di persone ricoverate presso una struttura ospedaliera con diagnosi di TBC ed abbiamo confrontato il dato ottenuto con quello presente nella popolazione detenuta. Nella realtà penitenziaria i risultati appaiono fortemente significativi con valori nettamente superiori fra i detenuti che raggiungono una percentuale pari allo 0,4% rispetto allo 0,006% osservato nella popolazione toscana.

Al contrario, la specificità etnica non risulta confermata all'interno della nostra rilevazione dove soltanto 2 persone provenienti dall'Europa dell'Est ne risultano affette rispetto alle 4 di nazionalità africana e alle 5 italiane (Tabella 2.15). Per una corretta lettura del dato è importante precisare che nel nostro caso, non essendo a conoscenza della data di infezione né della storia detentiva della persona, non possiamo valutare se il contagio sia avvenuto prima del loro ingresso all'interno della struttura o durante il periodo detentivo. Andiamo adesso ad osservare come si distribuiscono le malattie infettive nei principali gruppi etnici presenti nelle strutture penitenziarie.

Gli italiani risultano i detenuti maggiormente affetti da malattie infettive con il 22,8% (N=355) delle diagnosi rispetto all'8,7 dei nordafricani (N=53) ed al 7,3% (N=39) dei detenuti provenienti dall'Europa dell'Est.

Il dato interessante che salta subito agli occhi è l'elevata percentuale fra gli italiani di infezioni da HCV (15,2%) rispetto ai nordafricani e agli estereuropei. In questi ultimi due gruppi, pur confermando l'elevata presenza del virus HCV, osserviamo una maggiore omogeneità con l'infezione da HBV e la presenza di epatite da virus Delta che risulta assente negli italiani.

Il maggior coinvolgimento dei detenuti di nazionalità italiana nell'infezione da HCV non sembra essere spiegabile con lo stato di tossicodipendenza di cui, come già descritto nel capitolo riguardante la salute mentale, risulta affetta in misura più elevata la popolazione nordafricana (17,2% vs 14,5%, Tabella 2.8). A conferma di questo risultato, sapendo che l'infezione da HCV si trasmette principalmente per via ematica, abbiamo suddiviso la tossicodipendenza in base al tipo di sostanza usata e, in questo caso, i consumatori di eroina (sostanza generalmente utilizzata per via iniettiva) risultano presenti in percentuale praticamente identica all'interno delle due popolazioni (24,5%). Le informazioni in nostro possesso non ci consentono di approfondire ulteriormente questo risultato ma riteniamo utile segnalare questa discrepanza al fine di valutarne

Tabella 2.15

Distribuzione percentuale delle malattie infettive e parassitarie all'interno dei principali gruppi etnici nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Malattie infettive e parassitarie	Italia (N=1.556)		Africa del Nord (N=609)		Europa dell'Est (N=536)	
	N	%	N	%	N	%
Epatite A	18	1,2	1	0,2	0	0,0
Epatite B	37	2,4	14	2,3	10	1,9
Epatite C	236	15,2	18	3,0	11	2,1
Epatite Delta	0	0,0	3	0,5	1	0,2
Condiloma acuminato	0	0,0	1	0,2	1	0,2
HIV	34	2,2	4	0,7	2	0,4
Infezione da <i>Helicobacter pylori</i> (<i>H. pylori</i>)	1	0,1	2	0,3	1	0,2
Infezioni da Herpes simplex	1	0,1	2	0,3	1	0,2
Infezioni da tricomonas	1	0,1	0	0,0	1	0,2
Micosi della cute e degli annessi cutanei	6	0,4	2	0,3	1	0,2
Scabbia	1	0,1	2	0,3	1	0,2
Sifilide	8	0,5	0	0,0	6	1,1
TBC	5	0,3	4	0,7	2	0,4
Altro	7	0,4	0	0,0	1	0,2

ulteriori possibili sviluppi. Al contrario, la minor diffusione del virus B nella popolazione italiana detenuta, può essere in parte spiegata dall'utilizzo, nel nostro paese, del vaccino contro l'epatite B con conseguente diminuzione anche dell'infezione da virus Delta (che ricordiamo si verifica solo in individui che siano anche infettati dal virus B).

Fra gli stranieri, bassa è la percentuale di HIV positivi mentre, come già descritto dall'OMS¹⁹, è alta la presenza, fra i cittadini estereuropei, di altre malattie a trasmissione sessuale, prima fra tutte la sifilide (1,1% ne risulta affetto) (Tabella 2.15).

La nostra rilevazione, pur non apportando modifiche sostanziali a quanto già ampiamente descritto nella letteratura nazionale e internazionale, tende a confermare l'elevato rischio della diffusione di malattie infettive e parassitarie nella popolazione detenuta che, ricordiamo, coinvolgono il 15,9% dei detenuti.

Malattie dell'apparato digerente

Il grande gruppo delle malattie dell'apparato digerente è composto da disturbi aventi un livello di gravità molto diverso. Patologie come le esofagiti, le gastriti o i disturbi funzionali del tratto gastro-intestinale inferiore, rappresentano il gruppo di affezioni di più frequente riscontrato nell'ambito della patologia addominale e, per la loro elevata incidenza, costituiscono un problema estremamente importante nella popolazione generale. Nel corso

degli anni, scuole di pensiero diverse hanno associato gran parte di queste patologie a stati psicologici particolari o a condizioni di stress tali da favorirne l'insorgenza. A questo proposito, è importante ricordare l'importanza dell'ambiente nella determinazione del nostro stato di salute e, ancora di più, non possiamo ignorare quanto la condizione detentiva possa rappresentare un importante fattore di stress per l'individuo che si trova improvvisamente a dover affrontare una nuova condizione di vita²⁰. A questi disturbi si aggiungono le patologie dentali e del cavo orale le quali, essendo influenzate dalle condizioni socio-economiche ed igienico-sanitarie, assumono un peso rilevante all'interno di una popolazione in gran parte proveniente da contesti ad elevato grado di emarginazione.

Passando a commentare le informazioni raccolte (Tabella 2.16), in linea con precedenti studi svolti sulla popolazione detenuta²¹, le affezioni del cavo orale rappresentano la principale patologia riscontrata nell'apparato digerente coinvolgendo il 14,1% di questa popolazione. Considerando lo stesso dato all'interno della categoria di detenuti a cui è stata diagnosticata una malattia dell'apparato digerente, il valore raggiunge addirittura il 55,3% sottolineandone ulteriormente la loro diffusione rispetto ad altre malattie che coinvolgono lo stesso apparato. Nella popolazione detenuta sono soprattutto i nordafricani a soffrirne con il 18,6% degli interessati seguiti da coloro che provengono dall'Europa dell'Est (15,9%) ed infine dagli italiani (11,9%). Le profonde differenze economiche che caratterizzano questi paesi e le diverse abitudini culturali possono in parte spiegare le disuguaglianze nella cura prestata all'igiene del cavo orale con inevitabili conseguenze sulla salute. Osservandone l'andamento fra coloro a cui è stata fatta una diagnosi che interessa l'apparato digerente, risulta ancor più evidente come queste patologie rappresentino una quota molto elevata fra gli stranieri rispetto alla popolazione italiana (Africa del Nord: 69,3%; Europa dell'Est: 60,3%; Italia: 47,7%) (Tabella 2.17). Dobbiamo inoltre ricordare la forte correlazione esistente fra le patologie del cavo orale ed il consumo di tabacco che, nella popolazione detenuta, coinvolge circa il 70% delle persone.

Al secondo posto fra le malattie dell'apparato digerente troviamo le esofagiti, le gastriti e gli altri processi ulcerativi della mucosa gastro-duodenale diagnosticati nel 5,6% della popolazione detenuta, percentuale che anche in questo caso raggiunge il 21,9% se la osserviamo all'interno della categoria delle malattie dell'apparato digerente.

Un dato interessante che abbiamo cercato di approfondire con maggior dettaglio, riguarda l'elevata prevalenza osservata nella diagnosi di malattia epatica cronica e cirrosi. In questo caso, trattandosi di una patologia che a causa della sua gravità richiede in molti casi il ricovero ospedaliero, abbiamo utilizzato come fonte di confronto sulla popolazione generale, i dati provenienti dal flusso sanitario derivante dalle SDO (anno 2008). La nostra impressione iniziale è stata confermata dai risultati ottenuti. All'interno della popolazione generale residente in Toscana, infatti, i ricoveri per cirrosi epatica raggiungono una percentuale dello 0,15% (4.708 persone si sono ricoverate nell'anno 2008 con questa diagnosi) rispetto al 2,2% ottenuto nella popolazione detenuta.

Pur trattandosi di un dato di facile interpretazione, in quanto legato al diverso stile di vita messo in atto dalla maggior parte delle persone che giungono alla detenzione (maggior utilizzo di alcol e/o sostanze psicotrope iniettive con conseguente aumento delle infezioni virali), è doveroso segnalare che oltre il 65% dei detenuti a cui è stata diagnosticata questa patologia cronica ha un'età inferiore ai 40 anni rispetto al 6,3% dei ricoverati che hanno un'età media di 64 anni indicando, così, l'estrema necessità di mettere in atto interventi atti a ridurne l'insorgenza e l'aggravamento.

Tabella 2.16**Distribuzione percentuale della diffusione di malattie dell'apparato digerente nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani – Analisi per genere**

Malattie dell'apparato digerente	Maschi		Femmine		Totale		% sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	N	%	N	%	
Calcolosi della colecisti	10	1,4	1	2,5	11	1,5	0,4
Ernia addominale	52	7,2	2	5	54	7,1	1,8
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	162	22,5	4	10	166	21,9	5,6
Malattia epatica cronica e cirrosi	66	9,2	1	2,5	67	8,8	2,2
Malattie del pancreas	1	0,2	0	0	1	0,1	0,0
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	39	5,4	1	2,5	40	5,3	1,3
Patologie dei denti e del cavo orale	389	54,1	31	77,5	420	55,3	14,1
Totale	719	100	40	100	759	100	-

Tabella 2.17**Distribuzione nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani delle patologie dei denti e del cavo orale. Confronto tra i principali gruppi etnici**

Nazionalità	Patologie dei denti del cavo orale	% sui detenuti totali	% sui detenuti che presentano almeno una malattia dell'apparato digerente
Italia	185	11,9	47,7
Africa del Nord	113	18,6	69,3
Europa dell'Est	85	15,9	60,3

L'elevata prevalenza dei disturbi che interessano l'apparato gastro-intestinale risulta spiegabile dalla grande diffusione, nella popolazione detenuta, di problemi riguardanti i denti o il cavo orale in genere. È importante ricordare, però, che data la grande diffusione fra i detenuti di disturbi legati all'uso di sostanze iniettive (fra cui ricordiamo l'infezione da HCV) o legati dall'eccessivo consumo di alcol, pur trattandosi di una popolazione estremamente giovane, sono presenti percentuali di epatopatie croniche che superano di gran lunga quelle presenti nella popolazione generale.

Oltre ai tre grandi gruppi di patologie (psichiche, dell'apparato digerente o legate ad un processo infettivo), la popolazione detenuta risulta affetta da altre importanti malattie

internistiche. In questa sezione, pur non entrando nel dettaglio, cercheremo di fornire alcune informazioni sui gruppi di patologie che coinvolgono un maggior numero di casi. Nello specifico tratteremo:

1. le malattie del sistema circolatorio;
2. le malattie dell'apparato respiratorio;
3. le malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie;
4. i traumatismi e gli avvelenamenti.

Malattie del sistema circolatorio

Le patologie dell'apparato circolatorio rappresentano la principale causa di morte, ricovero e disabilità in tutto il mondo occidentale²². Si tratta di una "famiglia" molto ampia di patologie che possono comportare interventi terapeutici carichi di disabilità, impegni riabilitativi e livelli di spesa differenti. Questa categoria di patologie è accomunata dal condividere numerosi fattori di rischio di tipo patologico o fisiologico, come il diabete, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, in parte prevenibili attraverso l'eliminazione di stili di vita dannosi come il fumo di sigaretta, una scorretta alimentazione e lo scarso esercizio fisico.

Come mostrato in Tabella 2.18, tra le patologie del sistema circolatorio presenti all'interno delle strutture carcerarie, la principale è rappresentata dall'ipertensione. Rispetto alla popolazione generale, in cui secondo i dati Istat Multiscopo 2008²³ il 17,6% della popolazione Toscana soffre di ipertensione, tra la popolazione carceraria il disturbo legato a questa patologia coinvolge il 3,9% (N=116) dei detenuti. Al fine di spiegare tale divario è necessario ricordare che la popolazione di cui ci stiamo occupando è composta per il 60% da persone di età inferiore ai 40 anni (soltanto il 3,9% ha più di 60 anni) con conseguente forte riduzione del rischio di essere portatore di un disturbo circolatorio.

Al disturbo ipertensivo fanno seguito le malattie delle vene e dei linfatici di cui soffrono il 3,1% delle persone detenute (queste comprendono le varici degli atri inferiori, le embolie e le trombosi venose e le varici delle vene emorroidarie) e la cardiopatia ischemica, presente nell'1,8% della popolazione carceraria.

Il fumo di tabacco, che ricordiamo rappresenta uno dei principali fattori in grado di favorire l'instaurarsi di patologie a carico del sistema circolatorio, è presente nel 70% dei detenuti rappresentando così un importante fattore di rischio di ammalarsi di malattie cardiocircolatorie per la popolazione carceraria con l'avanzare dell'età.

Malattie dell'apparato respiratorio

I disturbi che interessano l'apparato respiratorio rappresentano, insieme alle malattie circolatorie, uno fra i più importanti problemi di sanità pubblica. Come sappiamo, fra i principali fattori di rischio risultano il fumo di tabacco, l'esposizione professionale a sostanze nocive (come sostanze chimiche, polveri o fumi) o ad altri inquinanti atmosferici. In Tabella 2.19 sono presentati i dati relativi alla diffusione delle malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta.

Fra le malattie respiratorie la principale risulta essere la bronchite cronica (2% dei detenuti ne risulta affetto) seguita dal disturbo asmatico (1,6%). Per la bronchite cronica possiamo confrontare la proporzione di detenuti che presentano tale patologia con quella derivante dai dati Istat Multiscopo 2008, in cui quasi il 5% della popolazione

Tabella 2.18**Distribuzione percentuale della diffusione delle malattie dell'apparato circolatorio nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani**

Malattie dell'apparato circolatorio	Maschi		Femmine		Totale		% sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	N	%	N	%	
Aneurisma dell'aorta	2	0,6	0	0,0	2	0,6	0,1
Aritmie	25	7,7	1	7,1	26	7,7	0,9
Cardiopatía ipertensiva	13	4	0	0,0	13	3,8	0,4
Cardiopatía ischemica	53	16,3	1	7,1	54	15,9	1,8
Ipertensione	110	33,7	6	42,9	116	34,2	3,9
Malattie delle vene e dei linfatici	89	27,4	3	21,5	92	27,1	3,1
Patologie cerebrovascolari	8	2,5	0	0,0	8	2,4	0,3
Patologie valvolari cardiache	7	2,2	2	14,3	9	2,7	0,3
Varici esofagee	8	2,5	0	0,0	8	2,4	0,3
Altro	10	3,1	1	7,1	11	3,2	0,4
Totale	325	100	14	100	339	100	-

Tabella 2.19**Distribuzione percentuale della diffusione delle malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani**

Malattie dell'apparato respiratorio	Maschi		Femmine		Totale		% sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	N	%	N	%	
Asma	48	26,8	0	0,0	48	25,8	1,6
Bronchite cronica	54	30,2	5	71,4	59	31,7	2,0
Deviazione del setto nasale	15	8,4	0	0,0	15	8,1	0,5
Enfisema	3	1,7	0	0,0	3	1,6	0,1
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	18	10,1	0	0,0	18	9,7	0,6
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	19	10,6	0	0,0	19	10,2	0,6

Malattie dell'apparato respiratorio	Maschi		Femmine		Totale		% sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	N	%	N	%	
Pleurite	2	1,1	0	0,0	2	1,1	0,1
Pneumotorace	3	1,7	0	0,0	3	1,6	0,1
Rinite allergica	16	8,9	2	28,6	18	9,7	0,6
Altro	1	0,5	0	0,0	1	0,5	0,0
Totale	179	100	7	100	186	100	-

toscana ha dichiarato di avere una patologia di questo tipo. Come per le malattie del sistema circolatorio, la giovane età dei detenuti spiega le diversità esistenti fra le due popolazioni. Infatti, come è noto, le affezioni croniche a carico del sistema respiratorio, pur presentando i primi segni già in età giovanile, manifestano la loro sintomatologia in età avanzata portando così alla realizzazione di una vera e propria diagnosi. I numerosi fattori di rischio ai quali si sottopone la popolazione carceraria (fumo di tabacco, ambienti a volte insalubri, ecc.) lasciano però presupporre un incremento in questa popolazione di malattie a carico dell'apparato respiratorio: disturbi che pur non presentandosi nel corso del periodo detentivo a causa della giovane età di chi delinque, necessitano di interventi di prevenzione al fine di evitare l'instaurarsi di patologie croniche in età più avanzate.

Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie

Fra le principali patologie che compongono questo grande gruppo di malattie troviamo il diabete tipo I e tipo II. La rilevanza che questo assume sullo stato di salute fa sì che annualmente l'Istat ne monitorizzi l'andamento nella popolazione generale. Per il 2008, secondo i dati riportati nell'annuario statistico, risulta diabetico il 4,8% degli italiani, pari quasi a 3 milioni di persone, con un incremento rispetto all'indagine multiscopo del 1999-2000, secondo cui era diabetico il 3,7% degli italiani. Come per gran parte delle patologie croniche la prevalenza del diabete aumenta con l'età fino a toccare il 18,8% nelle persone di 75 anni o più. In Toscana, i dati tratti dalla Relazione sanitaria regionale 2006-2008, mostrano una prevalenza di diabete nella popolazione di oltre 15 anni, sovrapponibile al dato italiano con il 4,6% della popolazione interessata (N=149.026).

I detenuti affetti da questa patologia (Tabella 2.20) risultano percentualmente inferiori con un valore che, complessivamente, si attesta sul 3,5% (N=104). Anche in questo caso, trattandosi di una patologia che si manifesta principalmente in età avanzata, la giovane età dei detenuti spiega il diverso andamento fra le due popolazioni.

Tabella 2.20

Distribuzione percentuale della diffusione delle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	Maschi		Femmine		Totale		% sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	N	%	N	%	
Diabete tipo I	13	4,7	0	0,0	13	4,6	0,4
Diabete tipo II	87	31,6	4	50,0	91	32,2	3,0
Dislipidemie	104	37,8	0	0,0	104	36,7	3,5
Gotta	12	4,4	0	0,0	12	4,2	0,4
Malattie della tiroide	19	6,9	1	12,5	20	7,1	0,7
Obesità	37	13,5	2	25,0	39	13,8	1,3
Altro	3	1,1	1	12,5	4	1,4	0,1
Totale	275	100	8	100	283	100	-

È importante ricordare, però, che come molte patologie croniche, anche il diabete risente della condizione socio-economica a cui appartengono i cittadini con notevole svantaggio per le classi inferiori. Questa differenza, legata al diverso stile di vita intrapreso (scorretto regime alimentare, scarsa attività fisica, ecc.), può risultare ancor più evidente all'interno di una struttura penitenziaria dove il livello d'istruzione ed economico è inferiore rispetto alla popolazione generale e dove l'attività fisica e l'alimentazione possono risultare elementi in grado di subire notevoli variazioni.

Oltre al diabete, la dislipidemia, presente nel 3,5% della popolazione detenuta (N=104), risentendo anch'essa di uno stile di vita sedentario e di abitudini alimentari scorrette, può rappresentare un fattore in grado di incrementare l'insorgere di patologie cardiovascolari in età avanzata.

Traumatismi e avvelenamenti

Questo grande gruppo di cause, contenendo al proprio interno l'infortunistica stradale, rappresenta un'importante fonte di malattia se osservato nella popolazione generale mentre nel nostro caso, trattandosi di persone reclusi (Tabella 2.21), ricopre un peso minore rispetto ad altre patologie (6,6% dei detenuti ne risulta affetto; N=198).

La percentuale maggiore, infatti, è costituita dai postumi delle fratture (2,4% del totale dei detenuti; N=71) e dalle forme allergiche non specificate (1,5% del totale dei detenuti; N=44). Rispetto alle forme traumatiche, che siano ferite, fratture o lussazioni, in assenza del dato temporale e della storia clinica del detenuto, non siamo in grado di valutare se le lesioni siano avvenute prima o dopo la detenzione. Questo dato potrebbe ricoprire un ruolo importante nella valutazione di quanto l'istituzione rappresenti, in alcuni casi, una fonte di malattia.

Tabella 2.21

Distribuzione percentuale della diffusione di traumatismi ed avvelenamenti nella popolazione detenuta presente il 15/06/2009 nei 18 istituti penitenziari toscani

Traumatismi e avvelenamenti	Maschi		Femmine		Totale		% sul totale dei detenuti (N=2.985)
	N	%	N	%	N	%	
Allergia, non specificata	39	20,5	5	62,5	44	22,2	1,5
Altri traumi e ferite	21	11,1	0	0,0	21	10,6	0,7
Avvelenamento da eroina	3	1,6	0	0,0	3	1,5	0,1
Fratture	51	26,8	0	0,0	51	25,8	1,7
Lussazione	5	2,6	0	0,0	5	2,5	0,2
Postumi di fratture	68	35,8	3	37,5	71	35,9	2,4
Ustioni	2	1,1	0	0,0	2	1,0	0,1
Altro	1	0,5	0	0,0	1	0,5	0,0
Totale	190	100	8	100	198	100	-

Conclusioni

Più volte, nel corso di questo capitolo, abbiamo fatto riferimento alla giovane età della popolazione oggetto di studio, e di come le principali cause di malattia rilevate nella popolazione generale, non soltanto regionale ma anche nazionale e internazionale, sembrano non rappresentare un problema sanitario all'interno delle strutture penitenziarie. In realtà è necessario tener presente i numerosi fattori di rischio a cui si sottopone la popolazione detenuta per capire il peso che ricoprono le patologie legate al sistema circolatorio, respiratorio o metabolico. Infatti, l'eccessivo consumo di tabacco, l'uso di sostanze psicotrope o di alcol associati ad una vita sedentaria o ad un'alimentazione non appropriata, possono favorire l'insorgenza di gravi patologie croniche ad un'età inferiore rispetto a quella riscontrata nella popolazione generale.

Proprio la giovane età dei detenuti caratterizza lo stato di salute di questa popolazione che risulta coinvolta principalmente da tre grandi temi: salute mentale, disturbi dell'apparato digerente e malattie infettive e parassitarie. In particolare, i disturbi di natura psichica, che ricordiamo coinvolgono circa il 33% dei detenuti, sono caratterizzati principalmente da disturbi legati all'abuso di sostanze e da disturbi di tipo nevrotico spesso associati a reazioni di adattamento connesse all'inserimento in ambiente penitenziario.

A questi vanno associati i numerosi tentati suicidi che, come sappiamo, rappresentano un'emergenza per il sistema penitenziario con valori di gran lunga superiori rispetto a quelli riferiti alla popolazione generale (0,006% vs. 4%).

La conduzione di uno stile di vita associato all'utilizzo di sostanze psicotrope, risulta facilmente collegabile all'aumento del rischio di contrarre malattie infettive e parassitarie

come l'infezione da HCV, HBV e HIV. Infatti, fra i portatori di una malattia infettiva, il 57,5% è affetto da HCV, il 13,7% da HBV ed il 9,1% da HIV. Frequenti risultano anche le coinfezioni con un conseguente aggravamento del decorso clinico.

Si conferma, anche nel nostro studio, un incremento dell'infezione tubercolare in ambiente penitenziario con un valore dello 0,4% rispetto allo 0,006% riscontrato nella popolazione residente.

Il terzo grande gruppo di patologie che coinvolge questa popolazione è rappresentato dai disturbi dell'apparato digerente, in cui oltre il 50% delle diagnosi effettuate sono rappresentate dalle affezioni del cavo orale; patologie, queste, fortemente correlate con abitudini igienico-sanitarie inadeguate oltre all'elevato consumo di tabacco che, ricordiamo, riguarda il 70% dei detenuti.

Alla luce di questi primi risultati, appare fin troppo evidente la necessità di attuare interventi di carattere preventivo al fine di ridurre non soltanto la diffusione di patologie già esistenti ma, soprattutto, di limitare tutti quei fattori in grado di favorire l'instaurarsi di gravi patologie croniche fortemente invalidanti per l'individuo.

Note

- 1 Di Liso G., Corvino G., Nonis M., et al. (a cura di) (1999), Guida all'ICD IX-CM: Manuale pratico per la compilazione della parte sanitaria nella nuova scheda di dimissione ospedaliera. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- 2 WHO Regional Office for Europe (2007), Health in prison. A WHO guide to the essentials in prison health.
- 3 European Centre for disease prevention and control (2009), Surveillance report. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe, p. 71.
- 4 De Girolamo G., Polidori G., Morosini P., et al. (2004), La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH. Una sintesi (<http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/seemed.pdf>).
- 5 Faravelli C., Abrardi L., Bartolozzi D., et al. (2004), The Sesto Fiorentino study: point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers, *Psychother Psychosom.* Jul-Aug; 73 (4): 226-34.
- 6 Fazel S., Danesh J. (2002), Serious mental disorder among 23.000 prisoners: systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359: 545-550.
- 7 Blaauw E., Kerkhof A., Vermunt R. (1998), Psychopatologia in police custody. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21 (1), pp. 73-87.
- 8 Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. (edizione italiana a cura di) (2005), DSM-IV-TR: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4a ed. Milano, Masson.
- 9 V. nota n.2.
- 10 Quaderni di Sanità pubblica (2007), Salute nelle carceri. Guida dell'OMS sugli elementi essenziali della salute nelle carceri. Uso di droghe e servizi antidroga nelle carceri, *Rivista trimestrale*, Anno 30, n.147, settembre, p. 43.
- 11 Einarson A., Boskovic R.J. (2009), Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy, *Psychiatr Pract*, 15, pp. 183-192.
- 12 Stuart H. (2003), Suicide behind bars. *Curr Opin Psychiatry*, 16, pp. 559-564.
- 13 Fazel S., Lubbe S. (2005), Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatry*, 18, pp. 550-554.
- 14 Allwright S., Bradley F., Long J. (2000), Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV in risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321, pp. 78-82.
- 15 La Torre G., Miele L., Chiaradia G., et al. (2007), Determinanti socio-demografici di coinfezioni da HIV, epatiti B e virus dell'epatite C nel centro di prigionieri italiani. *BMC Infect Dis.* 7 : 100.: 100. Pubblicato on-line il 30 agosto 2007. DOI: 10.1186/1471-2334-7-100.
- 16 Soggetti HIV+ prevalenti: 5.000 (3.600 HIV positivi + 1.400 AIDS conclamato).
Fonti: prevalenza AIDS tratta dal Registro regionale AIDS; prevalenza HIV+ (no AIDS) tratta dalla sperimentazione della scheda di raccolta dati sulle infezioni da HIV in Toscana (periodo 01/01/2008-30/09/2008).
- 17 V. nota n. 2
- 18 Aerts A., Hauer B., Wanlin M., et al. (2006), Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *Int J Tuberc Lung Dis.* 10 (11), pp. 1215-23.
- 19 V. nota n. 2
- 20 Tyson G.A. (1983), Stress and detention, *S. Afr Med J*, 64 (22), pp. 858-859.
- 21 Nobile C., Fortunato L., Pavia M. (2007), Oral health status of male prisoners in Italy. *International Dental Journal*, 57, pp. 27-35.
- 22 European Heart Network (2008), European cardiovascular disease statistics.
- 23 ISTAT (2008), Indagine multiscopo sulle famiglie: Aspetti della vita quotidiana.



3. UN FOCUS SULL'ISTITUTO PENALE MINORILE

Stili di vita

Principali patologie presenti
nella popolazione minorile

Conclusioni

3. UN FOCUS SULL'ISTITUTO PENALE MINORILE

Nell'istituto penale minorile afferiscono tutti i giovani che hanno commesso un reato in età inferiore ai 18 anni e rimangono a scontare la pena all'interno dell'istituto fino al compimento del ventunesimo anno.

Trattandosi di una popolazione molto giovane, parlare di "stato di salute" all'interno dell'istituto penale minorile può risultare abbastanza difficile. In questo caso, infatti, più che di salute parleremo di stili di vita, e cioè di quei comportamenti che, se protratti nel tempo, possono favorire l'insorgere di stati patologici anche gravi.

Oltre alla caratteristica demografica, la diversa modalità detentiva che identifica i minori ci ha spinto ad apportare alcune modifiche al protocollo di studio adottato per la popolazione detenuta adulta (vedi capitolo 1); in particolare, nel caso dei minori, la permanenza in istituto può risultare molto breve rendendo difficile la rivalutazione delle stesse persone nei tre step successivi. Per ovviare a questa particolarità e ricavare un numero significativo di ragazzi, abbiamo deciso di arruolare nello studio tutti i giovani che afferiscono alla struttura penitenziaria nel periodo indice (15 giugno 2009 - 15 settembre 2010) svolgendo su ognuno di loro soltanto la prima visita. Il dato che ricaviamo, pur non permettendo di valutare la progressione dei disturbi né l'insorgenza degli stessi all'interno della struttura penitenziaria, ci offre la possibilità di fornire una descrizione, in ambito di salute e di comportamenti a rischio ad essa associati, dei ragazzi che giungono alla struttura penitenziaria.

L'istituto penale minorile "Meucci" di Firenze è una struttura dedicata esclusivamente al genere maschile, pertanto non disponiamo di informazioni che riguardano il genere femminile minorene.

I dati che presentiamo sono relativi al periodo giugno - ottobre 2009.

Complessivamente, in quattro mesi di rilevazione sono stati arruolati 66 ragazzi con un'età media di 17 anni. Come mostrano i dati (Tabella 3.1), una quota consistente di ragazzi detenuti nella struttura minorile ha un'età maggiore di 18 anni (24,3%) lasciando supporre le possibili ricadute provocate dalla convivenza di ragazzi dall'età e dalle esperienze così diverse.

Tabella 3.1
Distribuzione per età della popolazione minorile detenuta

Età certificata o dichiarata	N	%
14	1	1,5
15	12	18,2
16	8	12,1
17	29	43,9
18	9	13,7
19	5	7,6
20	1	1,5
21	1	1,5
Totale	66	100

Tabella 3.2

Distribuzione dei titoli di studio: confronto fra popolazione detenuta nella struttura minorile e popolazione toscana libera di età compresa fra 15 e 18 anni

Titolo di studio	Popolazione minorile detenuta		Popolazione toscana*
	N	%	15-18 anni %
Nessun titolo	16	25,4	1,4
Licenza elementare	15	23,8	3,1
Licenza media	32	50,8	95,5
Totale	63	100,0	100
<i>Sconosciuto</i>	3	4,5	-

*Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2008

Il 38% (N=25) è giunto alla struttura fiorentina per trasferimento da altra struttura, il 31,8% (N=21) dal centro di prima accoglienza mentre il restante 30% (N=20) direttamente dallo stato di libertà.

I minori che delinquono sono soprattutto stranieri costituendo il 77,3% (N=51) della nostra popolazione e, fra questi, i paesi più rappresentati si confermano essere quelli dell'Europa dell'Est (39,4%; N=26) e dell'Africa del Nord (33,3%; N=22).

Rispetto alla popolazione generale della fascia di età corrispondente, in cui il 95,5% dei ragazzi ha conseguito la licenza media, i giovani detenuti hanno un basso grado di istruzione con il 25,4% di loro che non ha alcun titolo di studio ed il 23,8% che ha concluso soltanto le scuole elementari (Tabella 3.2). Trattandosi di una popolazione con età media di 17 anni appare evidente l'isolamento sociale e la condizione di marginalità in cui spesso questi giovani vivono.

Stili di vita

Passiamo adesso ad illustrare la diffusione di alcuni fra i principali stili di vita considerati a rischio per la salute confrontando i dati ottenuti con quelli provenienti dalla popolazione generale della fascia di età corrispondente. Per quest'ultimi faremo riferimento ai risultati ottenuti attraverso l'indagine triennale "Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana" (EDIT) svolta dall'Agenzia Regionale di Sanità sui giovani appartenenti alla fascia di età 14-19 anni che frequentano gli istituti superiori della Toscana¹.

Fumo

Partendo dal fumo di tabacco possiamo subito osservare (Tabella 3.3) che i ragazzi presenti in istituto consumano tabacco in percentuale di gran lunga superiore rispetto ai coetanei liberi. Infatti, secondo i dati EDIT riferibili all'anno 2008, il 35,5% dei giovani toscani di età compresa fra i 14 ed i 19 anni ne fa uso con regolarità rispetto all'83,3% dei ragazzi inseriti nel circuito penitenziario. Anche l'età ed il consumo medio giornaliero risultano essere sensibilmente diversi. I giovani detenuti iniziano a fumare

Tabella 3.3

Consumo di tabacco: confronto fra popolazione detenuta nella struttura minorile e popolazione libera residente in Toscana della stessa fascia di età

Consumo di tabacco	Popolazione minorile detenuta			Popolazione toscana*		
	% Fumatori regolari	Età media d'inizio	N medio di sigarette al dì	% Fumatori regolari	Età media d'inizio	N medio di sigarette al dì
	83,3	13	18	35,5	15	6 - 10

* Fonte: Studio EDIT, ARS

in media a 13 anni ed hanno un consumo medio giornaliero di 18 sigarette, mentre i ragazzi della stessa fascia di età che frequentano gli istituti superiori della Toscana iniziano a fumare mediamente a 15 anni e riferiscono un consumo che si attesta fra le 6 e le 10 sigarette al giorno.

Alcol

Per indagare il consumo di bevande alcoliche, abbiamo chiesto ai medici di inserire il dato riferito al periodo che precede la detenzione. Per ogni bevanda abbiamo chiesto di indicare la quantità consumata giornalmente (Tabella 3.4).

Partendo dal vino, l'11,7% (N=11) dei ragazzi riferisce di farne uso con un consumo che nel 72,7% dei casi (N=8) è di 2-3 bicchieri al giorno. Utilizzando per il confronto i risultati ottenuti dallo studio EDIT sopra citato, abbiamo avuto modo di osservare che rispetto alla popolazione giovanile non detenuta, questi ragazzi fanno meno uso di vino (il 54,6% dei giovani toscani di sesso maschile ne ha fatto uso nell'ultimo mese). Questo risultato può essere letto alla luce del diverso contesto culturale e sociale dal quale provengono (ricordiamo che il 77,3% sono cittadini stranieri) che spesso non contiene, al proprio interno, il vino come bevanda abitualmente consumata ai pasti, abitudine, questa, fortemente radicata nella cultura italiana.

Passiamo al consumo di birra. A conferma di quanto appena detto, osserviamo una maggiore similitudine fra le due popolazioni nel consumo di questa bevanda con percentuali più alte nei ragazzi detenuti (68,2% dei detenuti vs il 56,1% dei ragazzi liberi che afferma di averne fatto uso nell'ultimo mese). Il 55,6% riferisce di berne 2-3 lattine al giorno mentre il 15,6% raggiunge, addirittura, le 4-5 lattine al giorno.

La cultura degli aperitivi, sempre più diffusa tra i giovani, non sembra invece interessare questa popolazione che, infatti, ne fa uso soltanto nel 16,7% (N=11) dei casi (di questi il 36,4% ne beve più di un bicchiere al giorno) rispetto al 53,8% dei ragazzi di sesso maschile intervistati all'interno dell'indagine EDIT. Questo dato risulta facilmente interpretabile alla luce del diverso contesto sociale al quale i due gruppi di giovani appartengono.

Vediamo, infine, il consumo di superalcolici. Venticinque (37,9%) sono i ragazzi detenuti che hanno dichiarato di farne uso bevendone, nel 44% dei casi, almeno un bicchierino. Fra i coetanei "liberi" di sesso maschile residenti in Toscana, il consumo di superalcolici e long drinks nell'ultimo mese è del 46,9% confermando quanto la diversa modalità di aggregazione possa intervenire sul tipo di bevanda consumata.

Tabella 3.4

Consumo di bevande alcoliche: confronto fra popolazione detenuta nella struttura minorile e la popolazione libera residente in Toscana della stessa fascia di età

Bevande consumate	Popolazione minorile detenuta				Popolazione toscana*			
	% Vino	% Birra	% Aperitivi	% Superalcolici	% Vino	% Birra	% Aperitivi	% Superalcolici
	16,7	68,2	16,7	37,9	54,6	56,1	53,8	46,9

* Fonte: Studio EDIT, ARS – In questa indagine ci riferiamo al consumo effettuato nell'ultimo mese.

Sostanze illegali

Il consumo di sostanze psicotrope illegali, come sappiamo, è un fenomeno molto frequente fra i giovani e può esserlo ancora di più in ragazzi vulnerabili e marginalizzati come quelli che entrano a far parte del circuito penitenziario in età così precoce. Fra i giovani detenuti nella struttura minorile, infatti, circa il 60% (N=40) ha dichiarato di aver usato almeno una sostanza psicotropa nella vita rispetto al 40,5% dei giovani che frequentano gli istituti superiori della Toscana (EDIT, 2008).

Passando ad analizzare le singole sostanze, vediamo che il 57,6% dei ragazzi detenuti ha dichiarato di aver utilizzato cannabis nella vita e di aver iniziato ad un'età media di 14 anni. Come mostrano i dati riportati in Tabella 3.5, la cannabis, pur rappresentando anche per i coetanei liberi la prima sostanza utilizzata, raggiunge una prevalenza d'uso molto inferiore rispetto ai dati ottenuti nella nostra rilevazione. Passando alle altre sostanze, il 13,6% dichiara di aver utilizzato cocaina almeno una volta nella vita e il 10,6% eroina. L'età media d'inizio, per entrambe le sostanze, si attesta sui 15 anni. Secondo i dati provenienti dallo studio EDIT, che ricordiamo indaga i comportamenti a rischio nella popolazione studente di età compresa fra i 14 ed i 19 anni residente in Toscana, i giovani liberi fanno un uso maggiore di ecstasy ed altri stimolanti rispetto ai ragazzi detenuti dei quali soltanto il 4,5% ha dichiarato di averne fatto uso almeno una volta nella vita. Come per il consumo di alcune bevande alcoliche, il diverso contesto sociale al quale appartengono le due popolazioni giovanili può rappresentare uno fra i principali fattori in grado di influenzare non soltanto il maggior consumo di sostanze ma anche il tipo di sostanza utilizzata. Inoltre, come mostrano studi svolti all'interno di strutture penitenziarie, la prevalenza nell'assunzione di droghe di sintesi (ad es. ecstasy, amfetamine e GHB) risulta essere ancora relativamente bassa fra la popolazione detenuta, rappresentando sostanze secondarie spesso utilizzate in associazione alla sostanza responsabile dello stato di dipendenza².

Oltre al consumo nella vita, la scheda rivolta ai minori prevedeva anche la domanda riguardante il consumo nell'ultimo mese ma, in questo caso, la maggior parte dei ragazzi ha dato una risposta negativa probabilmente a causa del *bias* prodotto dalla motivazione che ha portato all'arresto. Su 40 ragazzi che hanno affermato di averne fatto uso nella vita, infatti, soltanto 10 dichiarano di averne fatto uso nell'ultimo mese (4 con frequenza giornaliera) mentre 30 affermano di non averle mai utilizzate o, addirittura, di non ricordare.

Tabella 3.5

Distribuzione percentuale del consumo di sostanze psicotrope illegali nella vita: confronto fra popolazione detenuta nella struttura minorile e popolazione libera residente in Toscana della stessa fascia di età

Sostanze usate nella vita	%	
	Popolazione minorile detenuta	Popolazione toscana "libera" *
Cannabis	57,6	36,0
Cocaina	13,6	6,8
Eroina	10,6	1,2
Ecstasy, amfetamine, GHB	4,5	5
Metadone	1,5	-
Ketamina	3,0	-

* Fonte: Studio EDIT, ARS

Eccesso del peso

Come per la popolazione adulta, abbiamo cercato di tracciare un quadro dello stato nutrizionale dei giovani presenti nel circuito penitenziario confrontando i dati ottenuti con quelli provenienti dalla popolazione studente residente in Toscana (EDIT, 2008). Trattandosi di una fascia di età particolare in cui, come è noto, avvengono numerose modificazioni fisiche, per la valutazione dello stato nutrizionale abbiamo fatto riferimento ai cut-off indicati da Cole et al.,^{3,4} ampiamente utilizzati nella letteratura scientifica internazionale che si occupa di questo tema.

I risultati ottenuti mostrano un andamento simile nelle due popolazioni (Tabella 3.6). L'aspetto interessante è rappresentato, anche in questo caso, dal numero elevato di giovani considerati sovrappeso/obeso; infatti quasi 2 ragazzi su 10 appartengono a queste categorie con possibili ricadute sul loro stato di salute.

Tabella 3.6

Distribuzione percentuale dello stato nutrizionale: confronto fra popolazione detenuta nella struttura minorile e popolazione libera residente in Toscana della stessa fascia di età

Stato nutrizionale	Popolazione minorile detenuta		Popolazione toscana*
	N	%	%
Sottopeso**	3	4,5	5,6
Normopeso	51	77,3	75,5
Sovrappeso	10	15,2	15,8
Obeso	2	3,0	3,1
Totale	66	100	100

* Fonte: Studio EDIT, ARS

** La categoria sottopeso comprende i tre gradi di magrezza indicati da Cole.

Principali patologie presenti nella popolazione minorile

Abbiamo già accennato, nella parte introduttiva di questo capitolo, che parlare di stato di salute in una popolazione così giovane può risultare eccessivo. Nonostante questo, riteniamo utile fornire alcune brevi informazioni riguardanti le principali patologie da cui questi ragazzi risultano affetti.

Il 60,6% (N=40) dei ragazzi sottoposti a visita medica al momento dell'ingresso in istituto, non presentava alcuna patologia. Un disturbo di natura internistica è stato diagnosticato in 25 ragazzi con l'associazione di un disturbo di natura psichica in 4 casi. Soltanto in un caso la diagnosi è stata esclusivamente psichiatrica.

Tredici ragazzi soffrono di micosi cutanee (19,7%), 8 hanno problemi del cavo orale (12,1%) e 6 riportano esiti di eventi traumatici (9,1%).

Fra le diagnosi psichiatriche, 3 sono riferite allo stato di tossicodipendenza da sostanze, 1 rientra nel disturbo d'ansia e 1 nel disturbo del controllo degli impulsi (Tabella 3.7).

A conferma di quanto riportato nel paragrafo precedente, probabilmente i ragazzi che non presentano uno stato di tossicodipendenza al loro ingresso in struttura, tendono a non dichiarare il consumo di sostanze riducendo così la percentuale di coloro a cui potrebbe essere attribuita una diagnosi di natura psichica. Ricordiamo, infatti, che mentre 40 ragazzi hanno affermato di averne fatto uso nel corso della vita, soltanto 4 ne hanno dichiarato un uso giornaliero nel corso dell'ultimo mese.

Tabella 3.7
Distribuzione percentuale delle diagnosi effettuate all'ingresso in istituto

Categorie diagnostiche	N	% sul totale della popolazione (N=66)
Micosi della cute degli annessi cutanei	13	19,7
Carie dentale	8	12,1
Traumatismi e avvelenamenti	6	9,1
Dipendenza da sostanze	3	4,5
Scabbia	2	3,0
Disturbo d'ansia	1	1,5
Disturbo del controllo degli impulsi	1	1,5
Rinite	1	1,5
Altro	1	1,5

Un dato interessante sul quale riflettere riguarda l'elevata percentuale di atti autolesionistici presenti in questa fascia di età (Tabella 3.8). Rispetto alla popolazione detenuta adulta, in cui gli atti di autolesionismo nel genere maschile raggiungono una percentuale del 9,8%, nei ragazzi che accedono alla struttura minorile la percentuale sale al 16,7% (N=11) sottolineando l'elevato grado di malessere di cui sono portatori. Per una corretta lettura del dato è importante ricordare che, trattandosi di una visita eseguita all'ingresso in istituto, l'atto di autolesione può non corrispondere allo stato detentivo. La storia clinica di questi ragazzi non conteneva nessun tentato suicidio.

Tabella 3.8
Distribuzione degli atti di autolesionismo nella popolazione minorile

Autolesionismo	N	%
Si	11	16,7
No	55	83,3
Totale	66	100

Conclusioni

L'analisi svolta sulla popolazione che accede alla struttura minorile mette in risalto soprattutto la necessità di applicare, su questa fascia di popolazione, interventi educativi volti a favorirne un adeguato reinserimento sociale più che veri e propri interventi di carattere sanitario.

Come abbiamo avuto modo di osservare attraverso l'analisi dei dati, il principale problema di cui risultano affetti riguarda il consumo di sostanze, siano esse legali o illegali, che come sappiamo può avere gravi ricadute non soltanto sullo stato di salute ma anche nel favorire la condizione di marginalità con esclusione dal circuito scolastico e lavorativo.

Note

- 1 Comportamento a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati dell'indagine EDIT 2005-2008. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità n. 41, novembre 2009.
- 2 Rezza G., Scalia Tomba G., Martucci P., et al. (2005), "Prevalenza" di uso di vecchie e nuove droghe nei nuovi ingressi in strutture penitenziarie italiane, Ann. Ist. Super Sanità, 41(2), pp. 239-245.
- 3 Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., et al. (2000), Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey, BMJ, 320, pp. 1-6.
- 4 Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., et al. (2007), Body Mass Index cut offs to define thinness in children and adolescent: International survey, BMJ, 335, pp. 194-7.

**4. PANORAMICA
SULLA LETTERATURA
INTERNAZIONALE
DELLA SALUTE IN CARCERE**



4. PANORAMICA SULLA LETTERATURA INTERNAZIONALE DELLA SALUTE IN CARCERE

Bibliografia

<p>Esposito M, (2010), The health of Italian Prison Inmates today: a critical approach; <i>Journal of Correctional Health Care</i>, May 12. [Epub ahead of print]</p>	<p>Obiettivo: sintetizzare i risultati di uno studio svolto nel 2005 in Italia per tracciare una mappa epidemiologica delle principali malattie della popolazione detenuta.</p> <p>Materiali e metodi: il monitoraggio clinico del detenuto è stato effettuato utilizzando una scheda, denominata indice dello stato di salute (ISS) o indice di comorbilità, composta da 29 item relativi alle principali patologie, finalizzata ad evidenziare la patogenicità della detenzione sulla base di un giudizio qualitativo espresso dal medico.</p> <p>Risultati: sono stati descritti i livelli di severità delle patologie di un campione costituito da 117.217 detenuti adulti. I macro gruppi di patologie sono stati valutati in base ai seguenti parametri relativi allo stato di salute: buono, discreto, mediocre, compromesso, grave. La prima analisi dei dati evidenzia la prevalenza di alcune malattie dei detenuti rispetto alla popolazione generale. Dalla distribuzione è stata riscontrata principalmente la diffusione di problemi relativi all'abuso di droghe, a cui fanno seguito le malattie del cavo orale, le malattie osteoarticolari, le malattie epatobiliari, la depressione, le malattie gastroenteriche, le malattie mentali, le malattie respiratorie.</p>
Malattie infettive: TBC	
<p>Niveau G., (2006), Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review, <i>Public health</i>, 120 (1), 33-41</p>	<p>Obiettivo: revisione di studi che definiscono i fattori di rischio della trasmissione delle malattie infettive al fine di promuovere la salute in carcere.</p> <p>Materiali e metodi: sono stati consultati specifici database elettronici (Medline, Embase, Current Contents, OMS e Council of Europe) e selezionati gli studi evidence-based.</p> <p>Risultati: è emerso che i principali fattori di rischio nelle carceri sono: la promiscuità, i comportamenti sessuali non protetti, le droghe utilizzate per via endovenosa. I grandi gruppi di malattie infettive che necessitano di interventi preventivi urgenti sono: TBC, HIV, epatiti e malattie a trasmissione sessuale.</p> <p>La prevenzione deve basarsi sulla diffusione di specifiche raccomandazioni incentrate sui seguenti elementi: informazione, educazione, screening, distribuzione di preservativi, utilizzo di aghi non infetti, trattamenti specifici e vaccinazioni.</p>

<p>Drobniewski A., et al. (2005), Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners, <i>European Respiratory Journal</i>, 26 (2): 298-304</p>	<p>Obiettivo: analizzare la prevalenza della TBC e dell'HIV tra la popolazione detenuta e civile per definire azioni appropriate di salute pubblica.</p> <p>Materiali e metodi: studio trasversale di prevalenza svolto nel Sanatorio di Samara (Federazione Russa) su due popolazioni reclutate, mediante la somministrazione di un questionario strutturato finalizzato alla raccolta di informazioni socio-demografiche e sanitarie.</p> <p>Risultati: le carceri sono i maggiori vettori di trasmissione della tubercolosi, dell'HIV e delle malattie a trasmissione ematica. Il 12,2% dei detenuti risulta essere affetto da HIV, il 24,1% da epatite B o C. Il 48,6% usa droghe, di questi i 2/3 ne fa uso per via iniettiva e il 40,2% effettua scambi di siringhe. Inoltre, il 68,6% dei detenuti con TBC risulta essere più resistente alle terapie farmacologiche rispetto alla popolazione generale con TBC.</p>
<p>Aerts A., Hauer B., et al. (2006), Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons, <i>International Journal of Tuberculosis and lung disease</i>, 11:1215-1223</p>	<p>Obiettivo: esaminare la presenza di misure di controllo della TBC nelle carceri dei paesi europei.</p> <p>Materiali e metodi: studio descrittivo svolto in 52 istituti penitenziari, mediante la somministrazione di un questionario strutturato tradotto in inglese ed in russo per rilevare la prevalenza della TBC, i tassi d'attacco, le strategie di prevenzione, le responsabilità a fini preventivi.</p> <p>Risultati: ventidue paesi hanno risposto all'indagine (42,3%). La TBC colpisce 83,6 volte in più i detenuti rispetto alla popolazione generale. Il 90,9% dei paesi effettua di norma uno screening attivo per la TBC al momento dell'ingresso in carcere. L'86,4% dichiara di collocare i detenuti affetti da TBC in sezioni separate, mentre l'81,8% effettua attività di sorveglianza. Nonostante lo studio abbia coinvolto meno della metà dei paesi, i risultati enfatizzano la vulnerabilità dei detenuti affetti da TBC.</p>
<p>Martin V., Guerra J.M., Cayala J., et al. (2001), Incidence of tuberculosis and the importance of treatment of latent tuberculosis infection in a Spanish prison population, <i>International Journal of Tuberculosis and lung disease</i>, 10:926-932</p>	<p>Obiettivo: conoscere l'incidenza della tubercolosi correlata con il trattamento dell'infezione tubercolare latente (LTIT).</p> <p>Materiali e metodi: studio condotto in un istituto penitenziario spagnolo, dal 1991 al 1999, in una coorte di 1.050 soggetti a cui sono stati effettuati dei test clinici specifici e richieste informazioni inerenti: le caratteristiche socio demografiche; gli stili di vita; l'esposizione ai fattori di rischio per HIV e TBC.</p> <p>Risultati: il 10% dei detenuti appartenenti al campione risulta affetto da HIV e da <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. I casi osservati affetti da tubercolosi sono 23 e corrispondono ad un tasso di incidenza al follow up del 6,39 per 1.000 anni/persona. L'analisi multivariata ha mostrato che i soggetti affetti da HIV hanno un rischio maggiore di sviluppare la tubercolosi. La presenza di coinfezioni (HIV e <i>Mycobacterium tuberculosis</i>), costituisce il fattore di rischio principale per contrarre la tubercolosi, mentre il trattamento dell'infezione tubercolare latente (LTIT) ne riduce significativamente l'incidenza.</p>

Malattie infettive: Epatite	
Miller E.R., et al. (2009), Hepatitis C virus infection in South Australian prisoners: seroprevalence, seroconversion, and risk factors, <i>The Journal of Infection</i> , 13: 201-208	<p>Obiettivo: esaminare la prevalenza del virus HCV tra i detenuti.</p> <p>Materiali e metodi: studio descrittivo svolto, per circa un anno, su una coorte di detenuti carcere del sud dell'Australia, reclutati settimanalmente e sottoposti a test clinici specifici.</p> <p>Risultati: la prevalenza del virus HCV tra 662 detenuti intervistati è elevata; il 64% ha utilizzato nel corso della vita sostanze illegali per via endovenosa. I tatuaggi non sono risultati un fattore di rischio significativo per la diffusione del virus.</p>
Baudieri S., Longo B., Sarmati L., et al. (2005), Correlates of HIV, HBV, and HCV Infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy, <i>Journal of Medical Virology</i> , 76:311-317	<p>Obiettivo: analizzare la correlazione delle infezioni HIV, HCV e HBV in otto carceri italiane.</p> <p>Materiali e metodi: studio multicentrico trasversale svolto su un campione costituito da 973 detenuti a cui è stato somministrato un questionario anonimo standardizzato.</p> <p>Risultati: la popolazione arruolata nello studio è rappresentata prevalentemente dal genere maschile con un'età media di 36 anni. È stata riscontrata un'alta sieroprevalenza di HIV e HCV tra coloro che utilizzano droghe per via iniettiva. In particolare, la prevalenza di HIV è alta tra i detenuti provenienti dal nord Italia e dalla Sardegna; l'HBV aumenta con l'aumentare dell'età, mentre la durata della detenzione è associata solo con l'anti-Hbc. Il numero di arresti e i tatuaggi sono associati ad una positività elevata di HCV e HIV.</p>
Dolan K, Shearer J, Bethany W, et al. (2005), Four year follow up of imprisoned male heroin users and methadone treatment mortality, re-incarceration and Hepatitis C infection, <i>Addiction</i> , 100 (6):820-828.	<p>Obiettivo: esaminare l'impatto a lungo termine del trattamento MMT (mantenimento con metadone) sulle cause della mortalità, della detenzione e dell'epatite C tra i detenuti maschi consumatori di eroina.</p> <p>Materiali e metodi: studio longitudinale prospettico svolto su una coorte di 382 detenuti australiani di genere maschile, seguita al follow up dal 1998 al 2002.</p> <p>Risultati: è stato dimostrato che il trattamento sostitutivo in carcere riduce sia il consumo droghe per via iniettiva tra i reclusi sia l'incidenza dell'epatite C.</p> <p>Il rischio di essere nuovamente arrestati è più basso tra coloro che sono trattati con metadone per periodi più lunghi. Brevi periodi di detenzione (meno di 2 mesi) sono significativamente associati ad un maggior rischio di contrarre l'epatite C.</p>
Allwright S., Bradley F., Long J., (2000), Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of national cross sectional survey, <i>British Medical Journal</i> , 321:78-82	<p>Obiettivo: determinare la prevalenza degli anticorpi dell'epatite B, dell'epatite C e del virus dell'HIV in una popolazione di detenuti appartenenti a 9 istituti penitenziari della Repubblica d'Irlanda ed esaminare i relativi fattori di rischio.</p> <p>Materiali e metodi: studio cross-sectional condotto su un campione di 1.366 detenuti mediante la somministrazione di un questionario anonimo e prelievi di liquidi orali per test specifici di laboratorio.</p> <p>Risultati: la prevalenza di anticorpi del virus dell'epatite B tra i rispondenti (88%) è risultata di 104/1.193 (8,7%; IC 7,2%-10,5%); epatite C 442/1.193 (37%; IC 34,3%-39,9%), e HIV 24/1.193 (2%; IC 1,3%-3%). Le droghe utilizzate per via endovenosa costituiscono il principale fattore di rischio per contrarre l'epatite.</p>

HIV	
<p>Bryan A, Robbins RN, et al. (2006), Effectiveness of an HIV prevention intervention in prison among African Americans, Hispanics, and Caucasians. <i>Health Education Behav.</i> 33(2):154-77</p>	<p>Obiettivo: valutare l'efficacia di un programma educativo/formativo (The Beyond Fear Program) implementato in 19 istituti penitenziari del Connecticut per migliorare le strategie di prevenzione inerenti HIV/AIDS. Incrementare le conoscenze dei detenuti sui principali fattori di rischio in carcere, realizzando un intervento di formazione formatori (formare i detenuti affinché diventino a loro volta formatori).</p> <p>Materiali e metodi: sono stati raccolti ed analizzati i principali studi e teorie sulle strategie per realizzare percorsi formativi sulla prevenzione. I detenuti provenienti da carceri di diversa tipologia sono stati reclutati su base volontaria e suddivisi in 37 gruppi. Gli incontri formativi, realizzati per 6 settimane, hanno avuto la durata di 90 minuti.</p> <p>Risultato: dalla valutazione del monitoraggio, ex ante ed ex post, emerge un aumento della conoscenza delle principali strategie di prevenzione dell'HIV. Pur con alcuni limiti nell'analisi, viene sottolineata l'importanza della prevenzione in una popolazione ad alto rischio come quella carceraria e la necessità di monitorare i comportamenti a rischio.</p>
<p>Longo B., Novati S., et al. (2008), HIV-1 diversity among inmates of Italian prisons, <i>Journal of Medical Virology</i>; 80:1689-1694</p>	<p>Obiettivo: evidenziare l'incremento graduale della diffusione del Virus HIV-1, sottotipo non-B in cinque istituti penitenziari italiani (Milano, Genova, Torino, Viterbo, Sassari) e analizzarne i relativi fattori di rischio.</p> <p>Materiali e metodi: studio retrospettivo svolto su 262 detenuti positivi al virus HIV e trattati precedentemente con terapia retro virale non risultata efficace. I dati clinici e demografici sono stati desunti dalle cartelle cliniche. I prelievi ematici sono stati analizzati dall'ISS.</p> <p>Risultati: sono risultate fondamentali le informazioni sulle categorie a rischio di contagio, a seconda del periodo della prima positività al test HIV (1982-1990, 1991-1999, 2000-2006), la percentuale di detenuti infettati dal sottotipo non-B è aumentata esponenzialmente, dal 4,4% al 21,9%, principalmente tra coloro che sono stati contagiati recentemente. Gli eterosessuali sono la categoria più a rischio, presumibilmente già positivi al virus al momento dell'ingresso in carcere.</p> <p>In nessuno dei partecipanti è stata riscontrata contemporaneamente l'associazione tra uso di droghe per via endovenosa, omosessualità e trasfusioni di sangue.</p> <p>Si auspica una maggiore conoscenza della diffusione dei diversi sottotipi del virus in carcere per facilitare la scelta della terapia retrovirale più efficace.</p>
<p>Jurgens R., Ball A., et al. (2009), Interventions to reduce HIV Transmission related to injecting drug use in prison, <i>Lancet, Infect. Dis.</i>; 9:57-66.</p>	<p>Obiettivo: dimostrare l'efficacia degli interventi di prevenzione sull'HIV negli istituti penitenziari.</p> <p>Materiali e metodi: selezione della letteratura attraverso le banche dati più accreditate (documentazione relativa agli anni 2005-2007). Sono stati inclusi nel criterio di ricerca gli studi che analizzano gli stili di vita dei detenuti e i programmi preventivi per ridurre il rischio di infezioni HIV e le sier conversionsi avvenute tra i detenuti.</p>

	<p>Risultati: il principale comportamento a rischio per la salute messo in atto dai detenuti è l'assunzione di oppioidi. L'intervento preventivo più diffuso ed efficace, finalizzato a contrastare il consumo di sostanze illegali è incentrato sull'utilizzo di terapie sostitutive.</p> <p>Risulta evidente l'esigenza di validare rigorosamente e scientificamente i programmi di prevenzione per migliorare la sicurezza, la salute dei detenuti e del personale del sistema penitenziario.</p>
<p>La Torre G., Miele L., Chiardaia G., et al. (2007), Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, Hepatitis B and Hepatitis C viruses in central Italian prisoners, <i>Bio Med Central Infectious diseases</i>, 7:100</p>	<p>Obiettivo: analizzare i determinanti socio-demografici sulle coinfezioni HIV/HCV/HBV.</p> <p>Materiali e metodi: studio cross-sectional, autorizzato dal Ministero della Giustizia, condotto in tre istituti penitenziari del Lazio (Cassino (502), Frosinone (485), Latina (60)), della durata di un mese. Sono stati effettuati dei test a 1.047 detenuti per effettuare la diagnosi di sieropositività applicando il metodo ELISA; con specifici modelli di regressione logistica multipla è stata verificata l'influenza delle variabili socio-demografiche sulle coinfezioni HIV/HBV/HCV.</p> <p>Risultati: le coinfezioni HIV/HCV; HBV/HCV; HIV/HBV sono molto diffuse nella popolazione osservata e associate significativamente all'uso iniettivo di droghe, tra coloro che effettuano scambi di siringhe, hanno nazionalità italiana e sono fumatori. La sieropositività è correlata maggiormente a coloro che hanno un'età compresa tra i 25 ed i 44 anni.</p>
<p>Baudieri S, Stagnini G, Brunetti B, et al. (2003), HIV e infezioni correlate negli istituti penitenziari Italiani: note di epidemiologia e di organizzazione sanitaria, <i>Annali Istituto Superiore di Sanità</i>, 39 (2) 251-257</p>	<p>Obiettivo: analizzare la prevalenza delle infezioni da HIV nelle carceri italiane in relazione alle caratteristiche della popolazione e ai comportamenti a rischio messi in atto.</p> <p>Materiali e metodi: lo studio analizza i dati dell'indagine nazionale sui detenuti tossicodipendenti e affetti da virus HIV, pubblicati semestralmente dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria.</p> <p>Risultati: i dati mostrano una diminuzione della sieroprevalenza di HIV dal 9,7% nel 1990 al 2,6% nel 2001. La prevalenza di positività da HIV nei detenuti tossicodipendenti per via endovenosa è passata dal 32,6% all'81%. I detenuti con diagnosi di aids sono aumentati dall'1,6% nel 1990 all' 11,9% nel 2001. Tali dati sono sottostimati, incompleti e soggetti a distorsioni dovute all'autoselezione dei reclusi.</p>
Dipendenze	
<p>Boys A., Farrell M., Bebbington P., et al. (2002), Drug use and initiation in prison: results from national prison survey in England and Wales <i>Addiction</i>, 97:1551-1560</p>	<p>Obiettivo: analizzare le caratteristiche di coloro che fanno uso di eroina e cocaina in carcere.</p> <p>Materiali e metodi: studio trasversale, facente parte di un'indagine nazionale sulla morbidità psichiatrica, condotto su un totale di 3.142 detenuti britannici ai quali è stato sottoposto un questionario strutturato per esplorare le caratteristiche demografiche, la morbidità e l'assunzione di droghe. I disordini di personalità sono stati diagnosticati con un'intervista clinica strutturata del DSM-IV ed i sintomi valutati utilizzando le schede cliniche (CIS-R).</p> <p>Risultati: più del 60% dei detenuti fa uso di cannabis e di eroina. Tra gli utilizzatori di eroina, più di un quarto ha iniziato a farne uso in carcere. L'utilizzo di eroina e di cocaina è un fattore di rischio per la detenzione rispetto alle caratteristiche personali e psichiatriche.</p>

<p>Fazel S., Bains P., Doll H., (2006), Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review, <i>Addiction</i>, 101:181-191</p>	<p>Obiettivo: valutare la prevalenza dell'abuso di alcol e droga tra i detenuti.</p> <p>Materiali e metodi: revisione sistematica di studi ricercati tra le principali banche dati on line, utilizzando specifiche parole chiave. La prevalenza stimata dell'abuso di alcol e di droga è comparata con altri studi trasversali.</p> <p>Risultati: sono stati inclusi nel criterio prescelto trenta studi condotti su un totale di 7.563 detenuti, ed è stata riscontrata una sostanziale eterogeneità tra gli studi.</p> <p>La stima della prevalenza dell'abuso di alcol varia dal 18% al 30% nel genere maschile e dal 10% al 24% per il genere femminile. L'elevata variabilità delle dipendenze è da imputare ai diversi disegni di studio presi in esame. Sono state registrate basse stime di prevalenza negli studi in cui le interviste sono state effettuate da psichiatri.</p> <p>L'analisi della sensibilità indica delle stime di prevalenza differenti nelle categorie combinate di abuso e di dipendenza.</p>
<p>Lukasiewicz M., Falissard B., et al. (2007), Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study, <i>Subst Abuse Treat. Prev. Policy</i>, 4:2:1.</p>	<p>Obiettivo: valutare i fattori di rischio associati alle dipendenze.</p> <p>Materiali e metodi: studio trasversale randomizzato condotto in Francia, in 23 istituti penitenziari diversificati per tipologia. Le diagnosi dei detenuti adulti arruolati sono state certificate da due psichiatri che hanno effettuato delle interviste cliniche aperte per raccogliere informazioni socio-demografiche e sanitarie su alcuni aspetti ricavati dal DSM IV, MINI 5 plus, con valutazione TCI (Cloninger's Temperament and Character Inventory) per la comorbidità psichiatrica.</p> <p>Risultati: i detenuti arruolati hanno un'età media di 40 anni, vissuto familiare problematico, bassa scolarità e sono predisposti alla depressione, quasi il 50% ha commesso crimini contro la persona, e sono stati arrestati più volte. La durata media della detenzione al momento della valutazione è di un anno e mezzo.</p> <p>Negli ultimi dodici mesi, più di 1/3 dei detenuti ha fatto abuso di alcol e droga, e la sostanza illegale principalmente utilizzata è la cannabis. Questi ultimi dati sono in linea con quelli rilevati sulla popolazione generale francese, infatti la cannabis ha sostituito gli oppioidi e sono diminuiti notevolmente gli atti criminosi correlati con l'introduzione delle terapie di mantenimento. L'abuso e la dipendenza da alcol si associa principalmente con i disturbi della personalità (antisociale). Il monitoraggio sistematico dei consumi di alcol e droga nelle prigioni dovrebbe diventare una priorità di sanità pubblica anche per individuare soluzioni alternative allo stato detentivo tradizionale.</p>
<p>Yvonne Jones G., and Hoffmann N.G., (2006), Alcohol dependence: International policy implications for prisons populations, <i>Substance abuse treatment, Prevention and policy</i>, 1:33</p>	<p>Obiettivo: indagine sulla prevalenza dei disordini causati dall'abuso di sostanze. Analisi della relazione tra consumo di alcol e messa in atto di crimini violenti.</p> <p>Materiali e metodi: studio eseguito su 155 nuovi ingressi in un carcere inglese, a confronto con i detenuti degli Stati Uniti. È stato utilizzato il CAAPE (comprehensive addictions and psychological evaluation) per le interviste strutturate.</p> <p>Risultati: la dipendenza da alcol è la principale causa di disordini tra i detenuti UK ed US più delle altre sostanze illegali (marijuana, cocaina, eroina, stimolanti).</p>

<p>Kora De Beck, Kerr T., et al. (2006), Incarceration and drug use patterns among a cohort of injection drug users <i>Addiction</i>, 104:69-76</p>	<p>Obiettivo: analizzare la relazione tra la detenzione e i pattern dell'uso di droghe iniettate. Materiali e metodi: studio di coorte longitudinale, della durata di 9 anni, condotto su un campione costituito da 1.603 detenuti che usano droghe per via endovenosa; di essi il 53% ha smesso di utilizzare sostanze per via endovenosa da almeno 6 mesi. È stato utilizzato il test di Mc Nemer per analizzare e valutare i cambiamenti nell'uso di droghe prima e dopo il periodo di detenzione sia tra i detenuti che tra la popolazione generale non detenuta. Risultati: nell'analisi multivariata la recente detenzione è associata negativamente all'uso di droghe iniettive (OR aggiustato=0,43, 95% intervallo di confidenza (CI) 0.37-0.50); l'uso del metadone è associato positivamente con la cessazione delle droghe iniettate (AOR=1.38, 95% CI 1.22-1.56). Il metadone è associato positivamente alla cessazione del consumo di droghe iniettate.</p>
<p>Rezza G., Scalia Tomba G., Martucci P., (2005), "Prevalenza" di uso di vecchie e nuove droghe nei nuovi ingressi in strutture penitenziarie italiane – <i>Annali Istituto Superiore di Sanità</i>, 41(2):239-245</p>	<p>Obiettivo: valutare la prevalenza dell'uso di droghe tra i nuovi ingressi nelle strutture penitenziarie italiane. Materiali e metodi: studio trasversale svolto in 9 istituti penitenziari, reclutando 1.267 detenuti a cui è stato somministrato un questionario standardizzato, previo consenso informato scritto. Risultati: l'uso di sostanze stupefacenti risulta essere pari al 55,8% anche se con una variabilità pronunciata tra i detenuti appartenenti ai diversi istituti penitenziari. La maggioranza dei partecipanti è di sesso maschile, l'età media varia fra 31,6 e 36,6 anni. Il range di risposte affermative alla domanda generale sull'uso di sostanze stupefacenti risulta compreso fra il 33%/ ed il 96% a seconda dell'istituto considerato. L'uso di sostanze illegali è associato al consumo di tabacco: il 61% dei fumatori riferisce di aver utilizzato sostanze stupefacenti. Le principali sostanze menzionate sono: cocaina (42%), eroina (34%), marijuana/cannabis (33%), ecstasy (7%), LSD o altro allucinogeno (6%), amfetamine (5%). Il 32% di coloro che fanno uso di droghe ha indicato una sola sostanza, il 31% due sostanze, il 23% tre sostanze e il 14% da quattro a sei tipi di sostanze. I risultati rilevano, al momento dell'ingresso negli istituti penitenziari, un elevato uso di sostanze stupefacenti tra la popolazione carceraria.</p>
<p>Cropsey K.L., et al. (2006), Relationship between smoking status and oral health in a prison population, <i>Journal of Correctional Health Care</i>, 12, pp. 240-248</p>	<p>Obiettivo: analizzare la correlazione tra fumo di tabacco e malattie del cavo orale tra i detenuti. Materiali e metodi: studio trasversale condotto su una popolazione di 788 detenuti a cui sono stati aggiunti 487 nuovi arrivati. Risultati: il 69% dei detenuti arruolati è fumatore abituale, il 15% ex fumatore e il 16% non ha mai fumato. Inoltre, si attesta una relazione positiva tra fumo e malattie del cavo orale.</p>

<p>Singleton N., Pendry E., Colin T., et al. (2003), Drug related mortality among newly released offenders, <i>Newspaper Home Office Building safe Findings</i>, 187</p>	<p>Obiettivo: esaminare la mortalità correlata all'uso di droga dopo la detenzione. Materiali e metodi: studio di coorte condotto su un campione di 12.438 detenuti comparando i risultati ottenuti con la popolazione generale inglese. Risultati: i detenuti hanno una probabilità di morire 40 volte maggiore rispetto alla mortalità della popolazione generale, nella settimana che segue il rilascio. È stato stimato che l'uso multiplo di droghe raddoppia il rischio di mortalità per ogni sostanza aggiunta. La fascia d'età compresa tra i 25 e 39 anni presenta una mortalità più elevata dopo la scarcerazione.</p>
<p>Dolan K., et al. (2007), Prison and Drugs: A global review of incarceration, drug use and drug services. <i>The Beckley Foundation Drug policy programme Report</i>, twelve-June</p>	<p>Obiettivo: esaminare la prevalenza dell'uso di droga in carcere. Materiali e metodi: analisi di alcune raccomandazioni tra i paesi europei nell'ultimo decennio, utilizzando i database principali. Risultati: è stato stimato che nell'Unione europea il 50% dei detenuti ha fatto uso di droga nella sua vita. I detenuti continuano ad usare droga in carcere, soprattutto per via endovenosa, nonostante sia illecito. Nella popolazione generale la maggior parte dei tossicodipendenti ha scontato una pena in carcere.</p>
Patologie del cavo orale	
<p>Nobile CGA, Fortunato L, et al. (2007), Oral health status of male prisoners in Italy <i>International Dental Journal</i>, 57:27-35</p>	<p>Obiettivo: determinare la prevalenza delle patologie del cavo orale tra i detenuti. Materiali e metodi: studio trasversale condotto in quattro istituti penitenziari della Calabria la dimensione del campione casuale è di 544 detenuti. I partecipanti hanno risposto ad una intervista strutturata e sono stati sottoposti a visita odontoiatrica condotta seguendo le indicazioni dell'OMS. Risultati: i detenuti osservati hanno un'età media di 38,7 anni, metà di essi sono sposati, solo il 14,5% ha un livello di istruzione alto. Il 2% dei casi non presenta carie. Quasi tutti (92,2%) riferiscono di avere l'abitudine di lavarsi i denti. Le visite sono state effettuate per: estrazioni dentarie (38,4%); trattamenti di conservativa (32%); prescrizione di farmaci (12,7%); igiene orale (6,6%); trattamento protesico (4,2%). Non sono stati visitati da un dentista, da più di un anno, 213 detenuti. I detenuti più anziani presentano le patologie più gravi.</p>
<p>Osborn M, et al. (2003), Oral health status of prison inmates – New South Wales, Australia – <i>International Dental Journal</i>, 48 (1);34-38</p>	<p>Obiettivo: valutare le condizioni del cavo orale dei detenuti e identificare i fattori di rischio ad essa associati. Materiali e metodi: studio trasversale svolto in 27 istituti del Nuovo Galles del Sud su un campione casuale di 789 detenuti (657 maschi e 132 femmine), stratificato per sesso, età ed aboriginalità. È stata condotta un'intervista faccia a faccia sullo stato di salute e sui comportamenti a rischio. Risultato: negli ultimi 12 mesi il 50% dei detenuti (391) è stato visitato dal dentista, principalmente per: visite generali nel 62% dei casi; per otturazioni nel 38%, per estrazioni nel 28%. Il 42% del campione osservato ha espresso la necessità di un check up odontoiatrico. Il bisogno di cure è percepito maggiormente dalle donne rispetto agli uomini.</p>

	<p>La ricerca mostra che lo stato di salute del cavo orale dei detenuti è in cattive condizioni, anche prima della detenzione. Da ciò si evince la necessità di maggiore attenzione alla promozione delle cure dentarie all'interno delle carceri.</p>
<p>Walsh T., Tickle M., et al. (2008), An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. <i>Br. Dental Journal</i>. 28; 204(12):683-9; discussion 667</p>	<p>Obiettivo: valutare la qualità della ricerca svolta nelle diverse istituzioni carcerarie sulla salute dentale.</p> <p>Materiali e metodi: è stata eseguita una strategia di ricerca utilizzando specifiche parole chiave tra le principali banche dati bibliografiche (Medline, Embase, Cinhal, Ssci). Sono stati selezionati anche articoli di ricerche non strutturate rispondenti al criterio di selezione principale. Due revisori indipendenti hanno valutato gli articoli; in caso di discordanza la discussione è avvenuta con un terzo revisore. Gli studi individuati sono specifici su: esami clinici; stato generale della salute orale e periodontale; igiene orale; numero medio di visite effettuate dal dentista in relazione alla durata della pena detentiva.</p> <p>In alcuni casi il campione è stato confrontato con indagini svolte sulla popolazione libera.</p> <p>Risultati: l'eterogeneità degli studi e dei metodi della valutazione non ha consentito la generalizzazione dei risultati.</p> <p>In tutti gli articoli viene rilevata un'alta prevalenza di patologie del cavo orale tra i detenuti ed evidenziata la scarsa attenzione delle istituzioni nella promozione di indagini di maggiore qualità.</p>
<p>Mc Grath C., (2002), Oral health behind bars: a study of oral disease and its impact on the life quality of an older prison population, <i>Gerodontology</i> Dec. 1, 9; (2):109-14</p>	<p>Obiettivo: conoscere la prevalenza delle malattie del cavo orale tra i detenuti.</p> <p>Materiali e metodi: studio trasversale sulla prevalenza delle malattie del cavo orale e sull'impatto sulla qualità della vita dei detenuti ultrasessantenni di Hong Kong.</p> <p>Risultati: la prevalenza delle malattie del cavo orale risulta alta, il 40% dei detenuti presenta profonde sacche parodontali; il 75% necessita di un trattamento protesico. Più della metà dei detenuti ha avuto uno o più problemi di salute dentale negli anni precedenti la detenzione.</p> <p>Risulta determinata l'associazione tra i fattori socio demografici; abitudine al fumo e condizioni generali del cavo orale.</p>
Malattie mentali	
<p>Tyson G.A., (1983), Stress and detention, <i>S Afr Medical Journal</i>, 64 (22): 858-859</p>	<p>Obiettivo: analisi della risposta psicologica alla detenzione.</p> <p>Materiali e metodi: revisione di studi internazionali sullo stato stress-post traumatico Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM).</p> <p>Risultati: lo stress in carcere è associato a fattori strutturali e logistici (isolamento e/o sovraffollamento), cognitivi (mancanza di controllo della situazione), personali (capacità di superare le difficoltà, coping e adattamento). Sono stati riscontrati molteplici episodi di psicosi reattiva breve. La ricerca finalizzata alla conoscenza dei disturbi psicologici derivanti dallo stato detentivo e post detentivo dovrebbe essere intensificata.</p>

<p>Shaw J., Hunt I., Flynn S., Meehan J., et al. (2006), Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey, <i>The British Journal of psychiatry</i>, 188: 143-147.</p>	<p>Obiettivo: valutare i disordini mentali tra i colpevoli di omicidio e stimare la relazione tra condanna ed esiti nella coorte.</p> <p>Materiali e metodi: il campione è costituito da 1.594 detenuti dell'Inghilterra e del Galles. Il set di dati è stato impiantato in tre stadi: 1) recupero di report psichiatrici dei colpevoli di reato, indipendentemente dalla loro storia di salute mentale, per estrarre le informazioni inerenti: caratteristiche demografiche, storia clinica, stato mentale al tempo del reato, consumo di alcol e droga e relativa l'influenza di queste sostanze sul reato; 2) informazioni sui reati precedenti ottenuti dai pc della polizia nazionale; 3) dati clinici dei servizi di salute mentale che mostrano i contatti con i servizi e relativa presa in carico.</p> <p>Risultati: il 34% del campione presenta malattie mentali; in particolare il 5% è schizofrenico; il 10% ha presentato sintomi di malattia psichiatrica, quando ha commesso il reato. Le conclusioni attestano una forte associazione tra schizofrenia e condanna per omicidio.</p> <p>Molti detenuti con gravi patologie sono reclusi in carceri non attrezzati a contenere tali disturbi.</p>
<p>Fazel S., Lubbe S., (2005), Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons. <i>Curr. Opin. Psychiatry</i>. 18; (5):550-4.</p>	<p>Obiettivo: analisi dello stato della salute mentale tra i detenuti.</p> <p>Materiali e metodi: revisione della letteratura. Gli studi sono stati suddivisi per ambiti tematici (prevalenza delle patologie; caratteristiche dei detenuti).</p> <p>Risultati: per la sezione sulla prevalenza vengono citati studi, in genere altre revisioni di letteratura, in cui la popolazione detentiva viene messa a confronto con la popolazione generale. I fattori di rischio riportati come causa di disordini mentali sono le dipendenze da alcol o da sostanze psicotrope, storie di abusi fisici e psicologici familiari, isolamento. Poche sono le ricerche sulle cure per i detenuti affetti da psicopatologie.</p>
<p>Fazel S., Cartwright J., Norman-Nott A., Hawton K., (2008), Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. <i>Journal Clinic Psychiatry</i>, 69; (11):1721-31</p>	<p>Obiettivo: analisi dei fattori di rischio che inducono i detenuti al suicidio.</p> <p>Materiali e metodi: ricerche bibliografiche effettuate su database specifici: Medline (1950-febbraio 2007), Psychinfo (1806-febbraio 2007), Embase (1974-febbraio 2007), Cinahl (1982-febbraio 2007) senza limiti nella lingua, utilizzando i termini di ricerca: prison, jail, felon, detainee, penal e custody associati a suicide. Sono stati identificati 35 studi dei quali 12 degli Stati Uniti che analizzano i fattori associati al suicidio.</p> <p>Risultati: fattori di rischio più significativi sono: occupare una cella singola; pregressa volontà di suicidio o tentativo recente; disturbi psichiatrici con problemi alcol-correlati; perdita dei legami sociali, solitudine associata ai disturbi mentali. L'identificazione precoce dei comportamenti a rischio, dei trattamenti farmacologici e psichiatrici mirati quale efficace base di prevenzione e cura.</p>

<p>Sarchiapone M., Carli V., Di Giannantonio M., Roy A., (2009), Risk factor for attempting suicide in prisoners. <i>Suicide & Life – Threatening Behaviour</i>, 39; (3):343-350</p>	<p>Obiettivo: determinare i fattori di rischio di suicidio in carcere.</p> <p>Materiali e metodi: 903 detenuti di genere maschile di cinque carceri abruzzesi sono stati sottoposti, volontariamente e consensualmente, a differenti test psicometrici: scala di valutazione diagnostica semistrutturata MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview); valutazione del grado di aggressività (Brown-Goodwin Assessment for Lifetime History of Aggression-BGLHA) e di depressione (Hamilton Depression Rating Scale-HDRS); valutazione dei traumi infantili (Childhood Trauma Questionnaire-CTQ), disturbi della personalità (Eysenck Personality Questionnaire-EPQ). Impulsività (Barratt Impulsivity Scale-BIS e grado di resilienza (Connor-Davidson Resilience Scale-CD-RISC).</p> <p>Nelle analisi statistiche i soggetti sono stati suddivisi tra chi ha tentato in precedenza un suicidio e chi non ha commesso tale gesto. Le differenze sono state esaminate utilizzando le analisi del chi quadrato per variabili categoriali e T test per variabili continue. Le variabili associate al tentativo di suicidio sono analizzate con modello di regressione logistica. I risultati sono stati confrontati con studi europei e statunitensi. Lo studio è stato approvato dalla commissione etica dell'università del Molise.</p> <p>Risultati: il suicidio è un atto multi-determinato, i fattori di rischio predisponenti rilevati sono: traumi infantili, abusi sessuali, fisici, emotivi, psicologici, aggressività, storie familiari di suicidi, disordini psichiatrici, abuso di sostanze stupefacenti. Lo stress, la promiscuità e i comportamenti violenti legati alla detenzione sono fattori di rischio distali e prossimali. La prevenzione efficace del suicidio in carcere dovrebbe fondarsi su una attività di monitoraggio costante e su studi prospettici frequenti e sistematici.</p>
<p>Fazel S. e Danesh J., (2002), Serious mental disorder among 23000 prisoners: systematic review of 62 surveys, <i>Lancet</i>, 359:545-550.</p>	<p>Obiettivo: analisi della prevalenza dei disordini mentali della popolazione detenuta.</p> <p>Materiali e metodi: revisione sistematica di 62 ricerche, basate su interviste, svolte in 12 paesi in un campione di 22.790 detenuti dal 1966 al 2001.</p> <p>Risultati: il 3,7% del campione soffre di un disturbo psicotico; presenta una depressione maggiore il 10% degli uomini e il 12% delle donne. Presenta disturbi di personalità il 42% delle donne e il 65% degli uomini, di questi il 21% (donne) e il 47% (uomini) risulta affetto da disturbo antisociale della personalità.</p> <p>Si evince una sostanziale eterogeneità tra gli studi, specialmente per quelli attinenti ai disordini di personalità antisociale. Solo una piccola percentuale effettua delle stime del tasso di prevalenza tra i detenuti in attesa di giudizio e tra i detenuti che sono stati condannati. I detenuti sono maggiormente depressi e hanno disturbi antisociali della personalità dieci volte in più rispetto alla popolazione generale.</p>

<p>Stuart H., (2003), Suicide behind bars, Curr Opin Psychiatry, 16:559-564</p>	<p>Obiettivo: revisione della letteratura sul suicidio dei detenuti e dei relativi programmi di prevenzione.</p> <p>Materiali e metodi: ricerca di fonti bibliografiche su specifici database: Medline, Clinpsych, Healthstar, Social Science Citation Index, e selezione manuale da altre fonti bibliografiche.</p> <p>Risultati: è dimostrato che negli istituti penitenziari in cui vengono implementati programmi di prevenzione e valutazioni sistematiche della salute mentale dei detenuti, la frequenza degli atti di autolesionismo diminuisce gradualmente. Dalla letteratura selezionata sono emersi i seguenti fattori predittivi del suicidio: disturbi mentali, traumi infantili, abusi fisici e psichici, atti di bullismo, coping inadeguato.</p>
<p>Balaw E., at al. (1998), Psychopathology in police custody, International Journal of law and psychiatry, 21:1:73-87.</p>	<p>Obiettivo: analisi dello stato psicopatologico dei detenuti.</p> <p>Materiali e metodi: sono state confrontate le condizioni psicopatologiche di tre popolazioni diverse: coorte costituita dai detenuti presenti in 11 stazioni di polizia olandesi; popolazione generale afferente ai servizi psichiatrici; detenuti presenti negli istituti penitenziari olandesi.</p> <p>Le informazioni sono state rilevate con interviste, utilizzando delle scale di valutazione delle condizioni psicopatologiche.</p> <p>Risultati: livelli di somatizzazione, depressione e ostilità elevati sono stati riscontrati tra i detenuti presenti nelle stazioni di polizia, a causa dell'alta vulnerabilità percepita. Lo studio mostra la relazione forte tra le condizioni di salute mentale e i fattori ambientali.</p> <p>Risultati: livelli di</p>

**5. PROCESSO
DI ATTUAZIONE
DELLA RIFORMA
DEL SERVIZIO SANITARIO
PENITENZIARIO**



5. PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO PENITENZIARIO

Quadro normativo nazionale di riferimento

Nel panorama legislativo della sanità penitenziaria si sono succedute leggi che hanno avuto l'obiettivo di assicurare la salute dei detenuti e di rendere l'assistenza sanitaria in carcere di pari livello rispetto a quella prevista per i cittadini liberi. Di seguito, si ripercorrono le principali tappe temporali nell'evoluzione della normativa al fine di facilitare la lettura della griglia di sintesi riportata in allegato.

La Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (*United Nations*, 1966) sancisce il diritto, per tutti i cittadini, di standard il più elevati possibili per la tutela della salute fisica e mentale. I detenuti, come tutti gli esseri umani, hanno i diritti fondamentali di godere di buona salute e di ricevere standard di assistenza sanitaria almeno equivalente a quelli forniti a tutta la collettività.

Nell'ambito di un più vasto intervento riformatore riguardante l'intero assetto del sistema assistenziale pubblico, nel 1998 inizia la riorganizzazione del Sistema sanitario nazionale che coinvolge anche l'organizzazione penitenziaria.

Avviamo la ricostruzione soffermandoci sull'approvazione della legge 419/1998 (Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 – Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 1998, n. 286).

Il legislatore, in questo caso, ha inteso comprendere l'avvio del riordino della sanità penitenziaria mediante la realizzazione di forme progressive d'inserimento, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'Amministrazione penitenziaria, dirette a garantire condizioni dignitose e umane ai detenuti, secondo i dettati costituzionali. Risulta evidente la necessità di dare risposte idonee a ridurre i rischi dell'allarme sulla qualità e sull'efficacia del Servizio sanitario erogato alla popolazione carceraria.

L'impianto del decreto legislativo n. 230 del 22 giugno 1999, di attuazione della delega l. 419, rappresenta un primo provvedimento che prepara ai futuri decreti di riordino della medicina penitenziaria e si articola sulla base delle seguenti linee programmatiche:

- le prestazioni sanitarie diventano di competenza delle AUSL;
- l'Amministrazione penitenziaria deve provvedere alla sicurezza dei detenuti e degli internati;
- il passaggio di competenze deve avvenire a costo zero;
- gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti e degli internati devono essere precisati nei programmi delle Regioni, delle AUSL e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, differenziati in rapporto alla tipologia degli istituti penitenziari e delle strutture minorili, ubicati in ciascuna regione.

I criteri di ripartizione dei compiti di programmazione, finanziari, operativi fra stato, regioni, comuni, AUSL, istituti penitenziari sono fissati con formule che distribuiscono le responsabilità di ciascun organo.

Viene sancita la "parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini

liberi", si dispone il transito immediato delle funzioni relative alla prevenzione, all'assistenza e cura dei detenuti tossicodipendenti e il trasferimento delle altre funzioni sanitarie, al termine della sperimentazione da realizzarsi in alcune regioni.

Il decreto ministeriale del 20 aprile 2000 conferma la sperimentazione, da svolgere in tre regioni (Toscana, Lazio e Puglia), con lo scopo di acquisire conoscenze utili ad ottimizzare il passaggio delle funzioni sanitarie svolte dal Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) - al Servizio sanitario nazionale, mettendo in atto forme di collaborazione fra le strutture penitenziarie e quelle sanitarie ubicate nei territori regionali. Tale fase è stata avviata in ritardo rispetto ai termini stabiliti, tanto che il successivo decreto legislativo n. 433 del 22 dicembre 2000 proroga il termine per completare le attività sperimentali e, mediante la partecipazione di altre regioni e province autonome, predispone l'ingresso dell'Emilia Romagna, della Campania e del Molise.

Il d.lgs. 230 ha dettato anche le linee essenziali del progetto obiettivo (art. 5), da svilupparsi in tre anni, con gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari e verso modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati secondo la tipologia di istituto. Inoltre, sono definite le linee guida finalizzate a favorire, all'interno degli istituti penitenziari, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata, assicurando l'applicazione di livelli uniformi, essenziali ed appropriati di assistenza.

La pubblicazione del progetto obiettivo per la salute in ambito penitenziario avviene con il decreto ministeriale del 21 aprile 2000, in cui vengono indicati i settori prioritari di intervento per il Servizio sanitario nazionale: prevenzione, assistenza medica generica, medicina d'urgenza, malattie psichiatriche, tossicodipendenza, problemi degli immigrati, malattie infettive, assistenza ai minori, attività di riabilitazione. Tra gli obiettivi specifici da realizzare è prevista una rilevazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione detenuta e internata, dei rischi, della morbilità e delle cause di morte, finalizzata a rendere disponibile al Servizio sanitario nazionale ogni informazione utile alla programmazione e al governo delle attività di prevenzione, di cura e riabilitazione.

Ai Ministeri competenti della salute, della giustizia, di concerto con il tesoro e d'intesa con la conferenza unificata è affidato il compito di precisare gli indirizzi che dovranno adottare le regioni alle quali è richiesto di recepire le indicazioni del progetto nei relativi piani sanitari.

Al Ministro della salute è richiesto di inserire annualmente, nella Relazione sullo stato sanitario del paese, un apposito capitolo sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. È nel 2001, con la modifica del Titolo V della Costituzione, che vengono formalmente affidate alle regioni competenze in tema di organizzazione dell'assistenza alla salute attraverso il Servizio sanitario regionale. Viene stabilita « ... la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni civili e sociali da garantire in tutto il territorio nazionale»; «... spetta alle Regioni la podestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello stato...».

Non figurando la sanità penitenziaria tra le materie riservate allo stato, le regioni devono intervenire in merito superando divisioni di competenza e conseguenti frammentazioni degli interventi. L'orientamento è quello di assicurare l'assistenza sanitaria in carcere attraverso una piena partecipazione all'organizzazione per l'integrazione di servizi dei tre attori principali: Ministero della salute, Ministero della giustizia (attraverso il DAP) e regioni (attraverso il Servizio sanitario regionale).

La realizzazione dell'assistenza in carcere deve essere rivolta ad evitare la sovrapposizione o la duplicazione di interventi, per una corretta gestione delle risorse, e a definire i rispettivi ambiti di competenza. Negli stessi anni, presso il Ministero della sanità, viene istituito il "Comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale" a cui è affidato il compito di coordinare e controllare i lavori in corso.

Il decreto interministeriale del 2002 nomina la "Commissione mista" di studio per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario. La Commissione evidenzia la mancata e tardiva attuazione del trasferimento delle funzioni, la resistenza del personale coinvolto in tali passaggi, l'erosione delle risorse e la necessità di prolungare la sperimentazione. A tal fine, elabora un ventaglio di proposte che costituiscono le basi per una bozza di disegno di legge. Nel periodo 2001-2004, in attuazione delle disposizioni contenute nel d.lgs. 230/1999, la Corte dei conti (sezione centrale di controllo sulle amministrazioni dello stato) ha svolto indagini per verificare gli esiti dell'attuazione della riforma; la lacunosità delle informazioni da parte delle amministrazioni penitenziarie al Ministero non ha permesso di effettuare indagini esaustive. Appare perciò evidente la necessità di modificare gradualmente il sistema, ripartendo compiti e responsabilità tra ciascun ente istituzionale coinvolto.

Viene altresì rilevata disparità di risposta tra le regioni. Tra quelle che hanno messo in atto interventi virtuosi si distinguono: l'Emilia Romagna, che ha attivato una cartella clinica e una scheda farmaceutica informatizzata; la Toscana, che ha preparato il terreno normativo per una legge regionale in materia; la Puglia, che ha attivato il progetto obiettivo regionale.

La legge finanziaria del 2007 (art. 2, commi 283 e 284) riordina le funzioni sanitarie penitenziarie: le disposizioni sono volte a dare attuazione alla sanità penitenziaria. Il comma 283 prevede l'emanazione di un decreto del presidente del consiglio dei ministri, da adottare entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, che dà attuazione definitiva alla riforma penitenziaria.

Il sopra indicato decreto viene emanato il primo aprile 2008 e disciplina le modalità del passaggio del personale sanitario alle AUSL competenti per territorio, contiene le "Linee di indirizzo per interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) nelle case di cura e custodia" e le "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".

La riforma, perfezionata dal DPCM, può essere così sintetizzata: le funzioni sanitarie sono state interamente trasferite al Servizio sanitario nazionale, incluse quelle concernenti il rimborso per le comunità terapeutiche per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici, nonché le spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti e quelle per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e giovani adulti; il personale dipendente di ruolo, in servizio alla data del 15 marzo 2008, che esercitava funzioni sanitarie nell'ambito del DAP e del Dipartimento della giustizia minorile, del Ministero della giustizia è stato trasferito, ope legis, alle AUSL, nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili ove tale personale restava in servizio. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di precedente proprietà del DAP e del Dipartimento della giustizia minorile sono trasferiti, in base alle competenze territoriali, alle AUSL, mentre i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie sono stati concessi in uso a titolo gratuito.

I principi generali di riferimento della riforma sono volti ad assicurare: il riconoscimento della

piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale; la necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale; la complementarietà degli interventi a tutela della salute, con gli interventi mirati al recupero sociale del soggetto sottoposto a limitazione della libertà personale; la garanzia, compatibilmente con le misure di sicurezza, di condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona.

Al fine di avviare i percorsi indicati dal decreto è stato costituito, fin dal mese di aprile 2008, a Roma, presso il Coordinamento commissione salute della Conferenza delle regioni e province autonome (struttura associativa interregionale), un gruppo tecnico di rappresentanti delle regioni al quale sono stati invitati a partecipare delegati del Ministero della salute e del Ministero della giustizia.

Tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile sono state trasferite al Servizio sanitario nazionale, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti (di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del Testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti riferito all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272).

Le regioni garantiscono l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le AUSL, nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili di riferimento. Il trasferimento delle funzioni sanitarie, nei confronti dei detenuti e degli internati, dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, è l'atto conclusivo di un lungo processo di riflessione e di ricerca che ha visto progressivamente coinvolti organi politici, studiosi e addetti ai lavori di questo settore.

Nel corso del 2009 sono stati approvati diversi Accordi della Conferenza Unificata della Presidenza del Consiglio dei Ministri il cui obiettivo è quello di implementare le convenzioni tra gli Enti preposti e di definire le specifiche aree di collaborazione.

Citiamo l'Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 del 26 novembre 2009 per la costruzione di una cartella clinica informatizzata sviluppata sul livello regionale e la realizzazione di una cartella clinica nazionale.

La cartella è stata oggetto di esperienze in alcune regioni, spesso con una visione mirata a specifiche patologie (dipendenze, salute mentale).

L'utilità della cartella cresce quanto più viene condivisa nell'uso, consente di far registrare l'informazione sanitaria una sola volta per poterla utilizzare successivamente in tutti i contesti utili, fornendo una visione del trattamento socio-sanitario del soggetto detenuto nella sua completezza.

La Regione Toscana con il DAP ha avviato la sperimentazione della cartella informatizzata anche in relazione ad un progetto nazionale.

Quadro normativo Regione Toscana

La Regione Toscana ha attivato numerose iniziative a supporto concreto della sanità penitenziaria, finalizzate a dare attuazione alla legge nazionale 230/1999 e a governare la fase di transizione della riforma. In tale ottica ha istituito, d'intesa con il Ministero della giustizia (PRAP), un Gruppo di lavoro con funzioni di coordinamento per il

perseguimento delle finalità indicate nel “progetto obiettivo” in corso di definizione da parte del Ministero della sanità (delibera giunta regionale 13 dicembre 1999, n. 1419). Successivamente, la Regione ha fornito degli indirizzi operativi ed ha emanato un protocollo utile ad avviare forme concrete di collaborazione tra le AUSL e gli istituti penitenziari, soprattutto nei settori delle dipendenze e della prevenzione. Questo primo percorso ha costituito la premessa per rendere uniformi i trattamenti negli istituti penitenziari, consentendo di realizzare modalità omogenee di assistenza a regime (delibera giunta regionale 19/3/2001, n. 275) e, con la pubblicazione della legge regionale n. 64 del 2 dicembre 2005, ha reso esecutive le azioni volte ad assicurare il diritto alla salute dei detenuti negli istituti toscani. È la Regione infatti ad esercitare le competenze in ordine alle funzioni di programmazione e di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi, assumendo a base della propria azione, il principio della parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria fra persone libere e persone detenute.

La Giunta regionale, a seguito della stipula del protocollo di intesa, sentiti gli organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile, approva il progetto obiettivo triennale per la salute dei detenuti e degli internati nelle carceri toscane, dando attuazione agli indirizzi contenuti nel Piano sanitario regionale.

Il progetto obiettivo viene adottato allo scopo di rimuovere gli ostacoli ambientali ed organizzativi che caratterizzano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, mediante la formulazione di criteri e di indirizzi volti ad attivare una rete di presidi e di servizi sanitari in grado di soddisfare la domanda di assistenza, migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione e garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Con la finalità di rendere uniforme l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, vengono individuati e forniti specifici modelli organizzativi (come previsto dal d.lgs. 230 del 1999), anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza numerica degli istituti ubicati nel territorio regionale.

Si procede altresì alla definizione dei criteri e delle modalità per la costruzione di un sistema informativo regionale, finalizzato alla rilevazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione detenuta negli istituti della regione. L'implementazione della cartella clinica informatizzata costituirà uno strumento utile per raggiungere gli obiettivi di prevenzione, di cura e di riabilitazione previsti nella programmazione sanitaria regionale.

L'intento della Regione Toscana, del Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria Toscana e del Centro giustizia minorile Toscana e Umbria è quello di predisporre un idoneo sistema di ricognizione della realtà esistente, anche sul piano epidemiologico; viene siglato un Protocollo di intesa (del. g.r. 12/3/2007, n. 178) finalizzato a consentire una proficua collaborazione interistituzionale e dare attuazione ai dettati costituzionali.

A seguito di quanto enunciato nella legge 64/2005, si rende necessario istituire un apposito Gruppo tecnico di coordinamento regionale interistituzionale per la salute in carcere (del. g.r. 29/10/2007, n. 759), avente la funzione di operare come “cabina di regia” e di monitoraggio tecnico in ciascuna delle tre Aree vaste regionali. Tale gruppo è composto da rappresentanti delle singole aziende sanitarie coinvolte e degli istituti penitenziari di competenza con compiti di rilevazione, elaborazione territoriale e proposta operativa per l'effettiva presa in carico dei detenuti. Nella stessa delibera si va costituire l'Osservatorio epidemiologico per la salute in carcere, che deve svolgere attività di supporto diretto e collaborazione sinergica con il gruppo tecnico di cui sopra, esercitando funzioni di:

- monitoraggio delle attività dei servizi sanitari;
- analisi del volume delle prestazioni;
- valutazione epidemiologica sulle caratteristiche dell'utenza e dei pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari;
- valutazione del grado di utilizzo e efficienza delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito a livello regionale e nazionale;
- supporto alla ricerca e miglioramento continuo della qualità.

L'Osservatorio è coordinato dall'Agenzia regionale di sanità ed è costituito da rappresentanti del PRAP, del Centro giustizia minorile Toscana ed Umbria, della Fondazione Michelucci (decreto dirigenziale 30/11/2007, n. 5873) che hanno il compito di attivare, con una modalità omogenea, verificabile, riproducibile ed applicabile, un sistema di rilevazione dei dati relativi ai bisogni di salute dei detenuti degli istituti penitenziari e definendone un profilo di salute. Con la del. g.r. 8/9/2008, n. 693, la Regione costituisce il Centro regionale di coordinamento per la salute in carcere per favorire la costruzione di un modello organizzativo regionale omogeneo e al contempo assicurare, ad ogni istituto, un referente con compiti di controllo interno in sinergia con le altre realtà carcerarie.

Il Centro regionale è composto da sei coordinamenti: uno per ciascuna area vasta, uno per il superamento dell'OPG, uno per il Centro clinico del carcere di Pisa e uno per l'Osservatorio regionale.

Nel Piano sanitario 2008-2010 la Regione intende proseguire l'azione di raccordo con l'amministrazione penitenziaria e facilitare le possibili forme di collaborazione per migliorare le condizioni di salute negli istituti penitenziari, garantire la continuità dei percorsi di assistenza e di cura.

La del. g.r. 25/1/2010, n. 67 approva gli schemi dei protocolli d'intesa (allegati A, B, C, D) fra la Regione e gli enti interessati all'applicazione operativa delle attività previste in ambito carcerario:

- all. A: attuazione dell'attività universitaria in ambito penitenziario;
- all. B: attuazione di attività e progetti finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita (edilizia penitenziaria) e volti all'esecuzione della pena in condizioni di rispetto della condizione della dignità umana al fine di un pieno e totale reintegro nella società (es. esecuzione penale esterna, interventi trattamentali, trattamento dei minori);
- all. C: programma operativo delle azioni sanitarie da svolgere sinergicamente in ambito sanitario. Nell'art. 15, in particolare, le parti (Regione Toscana, PRAP, Centro giustizia minorile) si impegnano a sviluppare percorsi di integrazione delle attività attraverso l'attuazione di specifici progetti; nello specifico, l'amministrazione penitenziaria metterà a disposizione dell'Osservatorio epidemiologico per la salute in carcere i dati quantitativi relativi ad eventi critici con riferimento ai tentativi di suicidio sventati a cura del personale penitenziario.
- all. D: attuazione sperimentale di una sezione a custodia attenuata specializzata per donne imputate o condannate aventi bambini sino a tre anni.

Ai protocolli di intesa faranno seguito i protocolli operativi locali che verranno stipulati tra tutte le direzioni delle strutture coinvolte e in cui verranno individuate tutte le soluzioni organizzative idonee a sviluppare la collaborazione nel rispetto delle diverse competenze.

ALLEGATO

Atti amministrativi recenti
per l'aggiornamento del sistema



Allegato

NORMATIVA NAZIONALE	CONTENUTI
<p>L. 30 novembre 1998, n. 419 Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" pubblicata nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 286 del 7 dicembre 1998</p>	<p><i>art. 5. Riordino della medicina penitenziaria</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi: <ol style="list-style-type: none"> a) prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate mediante forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria; b) assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria; c) prevedere l'organizzazione di un' attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento e l'esercizio delle funzioni di certificazione rilevanti a fini di giustizia; d) prevedere che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle Regioni ed alle Aziende unità sanitarie locali; e) prevedere l'assegnazione, con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, al Fondo sanitario nazionale delle risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione del Ministero di grazia e giustizia, nonché i criteri e le modalità della loro gestione. 2. Entro diciotto mesi dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il Governo adotta, anche con riferimento all'esito delle sperimentazioni, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive dei decreti legislativi di cui al comma 1, sentito il parere delle competenti Commissioni parlamentari. 3. L'esercizio della delega di cui al presente articolo avviene attraverso l'esclusiva utilizzazione delle risorse attualmente assegnate al Ministero di grazia e giustizia secondo quanto disposto dal comma 1, lettera e), e senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato.
<p>d. lgs 22 giugno 1999 n. 230 Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art.5, della legge 30 novembre 1998, n.419.</p>	<p><i>art.1 Diritto alla salute dei detenuti internati</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei Piani sanitari regionali e in quelli locali. 2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti internati: <ol style="list-style-type: none"> a) livelli di prestazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi; b) azione di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute; c) informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere, durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà; d) interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale; e) l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e di consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate. <p><i>Art. 5 Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario.</i> Il progetto obiettivo indica, in particolare:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Ssn verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari;

NORMATIVA NAZIONALE	CONTENUTI
	<p>b) i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati a seconda della tipologia di istituto;</p> <p>c) le esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;</p> <p>d) le linee guida finalizzate a favorire all'interno degli istituti lo sviluppo di modalità sistematiche di revisioni e valutazione dell'assistenza erogata e ad assicurare l'applicazione dei livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza;</p> <p>e) gli obiettivi di salute da raggiungere in un triennio nell'ambito degli istituti penitenziari.</p> <p><i>Art. 8 Trasferimento delle funzioni e fase sperimentale</i> A decorrere dal 1 gennaio 2000 sono trasferite al Ssn le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti internati tossicodipendenti. Sono individuate tre regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie.</p>
<p>circolare. 29 dicembre 1999, n. 578455/14 Trasferimento al Ssn delle funzioni sanitarie relative al settore della prevenzione ed al settore dell'assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti</p>	<p>Il trasferimento delle risorse (umane, logistiche, strumentali e finanziarie) avverrà gradualmente per cui resteranno inquadrate nell'amministrazione penitenziaria i locali, le attrezzature e gli altri beni strumentali. Al Ssn sarà attribuita la disponibilità delle risorse, la responsabilità gestionale ed organizzativa.</p>
<p>L. 12 luglio 1999, n. 231 Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave</p>	<p><i>Art 4 bis</i> Non può essere disposta né mantenuta la custodia cautelare in carcere quando l'imputato è persona affetta da AIDS conclamata o grave deficienza immunitaria per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere.</p> <p><i>Art.4 quinquies.</i> La custodia cautelare in carcere non può comunque essere disposta o mantenuta quando la malattia si trova in una fase avanzata da non rispondere più, secondo certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative.</p>
<p>d.m. 20 aprile 2000 Individuazione delle regioni nelle quali avviare il trasferimento, in forma sperimentale, delle funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. Determinazione della durata della fase sperimentale prevista dall'art.8, comma 2, del decreto legislativo 22 giugno 1999 n. 230.</p>	<p><i>Art.1 Individuazione delle regioni nelle quali attuare la fase sperimentale: Toscana, Lazio, Puglia.</i> Nelle suddette regioni sono trasferite al servizio sanitario nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Ministero della Giustizia. L'inizio della fase sperimentale entro trenta giorni dall'entrata in vigore del d.lgs 239/99- 15 agosto 1999 Avviata con d.m. 20 aprile 2000 – (ritardo di otto mesi)</p>
<p>d.m. 21 aprile 2000 Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario</p>	<p>Individua le aree prioritarie di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati, indicando programmi per la prevenzione, cura e la riabilitazione delle malattie maggiormente diffuse. Nella condizione di restrizione della libertà personale, i problemi della quotidianità risultano determinanti per lo stato di salute dei detenuti internati. I problemi ambientali costituiscono il primo campo di intervento per la tutela della salute. Definire: programmi di igiene pubblica; attività di cura; strumenti idonei a rilevare i dati necessari ad alimentare i flussi informativi.</p>

NORMATIVA NAZIONALE	CONTENUTI
<p>d. lgs. 22 dicembre 2000, n. 433 Disposizioni correttive del decreto legislativo 22 giugno 1999, n.230, recante il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n.419</p>	<p>Riapre i termini per la partecipazione delle regioni e delle province autonome al programma sperimentale con l'ingresso dell'Emilia Romagna, della Campania e del Molise. Prorogato di diciotto mesi il termine per completare le attività sperimentali, per il primo gruppo di regioni.</p>
<p>d.m. 18 maggio 2001 Costituzione comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale</p>	<p>Istituzione, presso il Ministero della Sanità del comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale in conformità al Decreto interministeriale 433/2000: Al comitato è affidato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il <u>coordinamento</u> dei lavori ai Sottosegretari di Stato dei Ministeri della salute e della giustizia "competenti nella materia del riordino della medicina penitenziaria", assicurando così anche forme di controllo politico sullo svolgimento dei lavori; - l'<u>individuazione dei componenti titolari</u> (tre appartenenti al Ministero della Sanità, tre al Ministero della Giustizia ed uno a ciascuna delle regioni scelte nel 2000); - la <u>definizione dei compiti</u> da svolgere e documentare le verifiche effettuate con relazioni da far pervenire ai Ministri competenti "per il successivo inoltro alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome".
<p>del. Corte dei Conti 26 settembre 2001, n. 45/2001/G Relazione sui risultati dell'indagine sulla gestione dell'assistenza sanitaria in favore dei detenuti - Esercizi 1997/1999 Assistenza sanitaria in favore dei detenuti (gestione anni 1997/1999 e prospettive di riordino del servizio - d.lgs. n. 230/99)</p>	<p>In attuazione delle disposizioni contenute nel d.lgs. n. 230/1999 (riordino della medicina penitenziaria) la Corte dei conti ha svolto un'indagine per valutare la gestione della spesa sostenuta dal Ministero della giustizia per il servizio di assistenza sanitaria della popolazione carceraria. L'indagine ha riguardato il periodo di spesa che precede la fase di avvio della riforma in modo da evidenziare gli eventuali aspetti problematici della gestione. Pur astenendosi da giudizi tecnici in ordine alla qualità dei servizi, i risultati hanno messo in luce diverse criticità a livello di efficacia di massima della gestione complessiva, rilevando che l'economicità del servizio si manifesta meno elevata nelle zone del territorio in cui la quota capitaria media dell'assistenza è sensibilmente più alta rispetto a quella della media nazionale.</p>
<p>d. interministeriale 16 maggio 2002 Nomina della commissione per il rinnovamento del Servizio Sanitario Penitenziario.</p>	<p>Istituzione di una commissione 'mista' formata da esperti del Ministero della Giustizia e del Ministero della Salute per lo studio congiunto di una riforma della sanità penitenziaria con l'obiettivo di migliorarne l'efficienza e l'efficacia.</p>
<p>del. Corte dei conti n. 1/2004/G Programmazione delle attività di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato per l'anno 2004 (allegata indagine)</p>	<p>La Sezione centrale di controllo sulle amministrazioni dello Stato della Corte dei conti autorizza l'esecuzione di un'indagine sullo stato di attuazione della disciplina di riordino della disciplina inerente alla medicina penitenziaria da realizzarsi ai sensi dell'art. 5 della legge n. 419/1998 e del d.lgs. 230/99. Nell'indagine si verificano gli esiti dopo i primissimi anni di attuazione della riforma.</p>
<p>l. 24 dicembre 2007, n. 244 Disposizioni per la formazione del Bilancio annuale e pluriennale dello Stato.</p>	<p>(In particolare: <i>art. 2, commi 283 e 284</i>) Le disposizioni sono volte a dare attuazione alla riforma della sanità penitenziaria. Il comma 283 prevede l'emanazione di un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro tre mesi dall'entrata in vigore della Finanziaria 2008. Il DPCM definirà il trasferimento al Ssn di tutte le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria, compresi i rapporti di lavoro in essere e le risorse finanziarie (al Fondo sanitario Nazionale nei tre anni successivi. In attesa del trasferimento delle funzioni, i Dipartimenti dell'amministrazione penitenziaria continuano a svolgere la funzione di uffici erogatori per le rispettive competenze.</p>

NORMATIVA NAZIONALE	CONTENUTI
<p>d.p.c.m. 1 aprile 2008 Concernente le modalità e i criteri per il 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</p> <p>Allegato A Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti, degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.</p> <p>Allegato C Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia</p>	<p>Disciplina le modalità, i criteri, le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - delle funzioni sanitarie; - dei rapporti di lavoro; - delle attrezzature e dei beni strumentali; - degli ospedali psichiatrici giudiziari e case di cura e custodia; - delle risorse finanziarie; - dei rapporti di collaborazione. <p>L'assistenza sanitaria dei detenuti è organizzata secondo i principi di globalità dell'intervento. In accordo con il Piano sanitario nazionale sono indicati i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, tenendo conto della condizione di reclusione e di privazione della libertà, attraverso l'azione coordinata di tutti soggetti e le istituzioni che concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena.</p>
<p>del. p.c.m. 31 luglio 2008</p>	<p>Costituzione di Tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e Province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza Unificata in materia di attuazione del d.p.c.m. 1 aprile 2008.</p> <p>Obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi, delle prestazioni e dei trattamenti nell'intero territorio nazionale.</p>
<p>Approvazione dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008.</p> <p><i>Approvazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008</i> 29 aprile 2009</p>	<p>A seguito della nota datata 9 febbraio 2009 con la quale la Regione Toscana, coordinatrice interregionale in sanità, ha inviato una prima bozza di uno schema di convenzione tipo per l'utilizzo, da parte della azienda sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi sanitari di riferimento, di locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, dopo l'esame nel corso di alcune riunioni del Tavolo di consultazione permanente, la versione definitiva dello schema (con specifiche sulla gestione e manutenzione dei locali) viene approvata nella seduta del 29 aprile</p>
<p>Accordo Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Unificata 26 novembre 2009</p>	<p>Attivazione di un sottogruppo di lavoro per le problematiche afferenti le strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano (Centri clinici; reparti HIV, reparti detenuti disabili, sezioni per minorati psichici; reparti di osservazione psichiatrica; sezioni a custodia attenuata; strutture sanitarie esterne).</p>
<p>Accordo Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Unificata 26 novembre 2009</p>	<p>Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria</p>
<p>Accordo Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Unificata 26 novembre 2009</p>	<p>Creazione di un sistema informativo nazionale e delle regioni sulla sanità penitenziaria; informatizzazione della cartella clinica nelle carceri. I dati sanitari, flussi informativi e la cartella clinica informatizzata sono individuati come strumenti utili per il monitoraggio delle attività, la programmazione, la ricerca sui servizi, la mobilità economica delle prestazioni, la garanzia del passaggio delle informazioni in caso di trasferimento del detenuto, ed altri usi nell'ottica di un sistema di sanità pubblica.</p>

NORMATIVA NAZIONALE	CONTENUTI
Accordo Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Unificata 26 novembre 2009	Definizione di specifiche aree di collaborazione e indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia.
Intesa Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Unificata 26 novembre 2009	Risorse finanziarie trasferite nella disponibilità del Sistema sanitario nazionale ai fini delle funzioni afferenti alla medicina penitenziaria. Richiesta di intesa alla Conferenza Stato Regioni.
Accordo Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Unificata 27 gennaio 2010	Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria Monitorare l'attuazione del DPCM 1 aprile 2010 Entro il 31 marzo 2010, ciascun Osservatorio regionale provvede a informare: <ul style="list-style-type: none"> - sulla eventuale emanazione di un documento programmatico per la gestione della sanità penitenziaria nel proprio territorio; - sullo stato degli accordi fra Amministrazione regionale e Amministrazione della giustizia; - rilevare, per ciascun istituto, lo stato degli Accordi tra Azienda sanitaria e singolo istituto; dati sull'organizzazione; - verificare che vengano definiti i modelli organizzativi nei singoli istituti sulla base di specifici standards, verificare l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie per la prevenzione, la cura, e la riabilitazione; verificare la qualità de processi con l'adozione del governo clinico, linee guida e percorsi assistenziali.

NORMATIVA REGIONE TOSCANA	CONTENUTI
del. g.r. 13 dicembre 1999, n. 1419 d.lgs 22 giugno 1999, n. 230 Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419 - indicazioni operative	La RT, in merito all'attuazione del d.lgs 230/99, stabilisce di istituire, d'intesa con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria: un Gruppo di lavoro a competenze orizzontali con funzioni di coordinamento per il perseguimento delle finalità indicate nel Progetto Obiettivo nazionale per la tutela della salute in ambito penitenziario; gruppi di lavoro con competenze settoriali relativamente alle materie oggetto di trasferimento.
del. g.r. 17 gennaio 2000, n.38 Trasferimento al Ssn delle funzioni sanitarie svolte all'Amministrazione penitenziaria per l'assistenza ai detenuti internati tossicodipendenti ai sensi dell'art.8 del d.lgs 22 giugno 1999 n.230 - indirizzi operativi	A seguito della costituzione di un gruppo regionale di coordinamento (DGR 1419/99) per dare attuazione al d.lgs 230/99, la GR fornisce alle AUSL gli indirizzi operativi per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti. Le AUSL daranno attuazione, per le parti di competenza, alle disposizioni contenute nell'allegato A seguendo una determinata articolazione temporale (<i>Allegato A – Indirizzi per la gestione ed il controllo delle funzioni sanitarie connesse all'assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti ai sensi del d.lgs 22 giugno 1999 n. 230</i>).
del. g.r. 1 agosto 2000, n. 847 Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art.5, della legge 30 novembre 1998, n.419 - attività di prevenzione nell'ambito dell'Istituto penale minorile di Firenze.	Viene individuata, in via sperimentale, l'Azienda ospedaliera Careggi come presidio plurispecialistico per assicurare tutte le prestazioni sanitarie necessarie ai minori presenti nell'istituto penale minorile di Firenze, al fine di accertare l'esistenza di malattie infettive, parassitarie, prevenire problemi odontoiatrici permanenti, prestazioni specialistiche con carattere di urgenza.

NORMATIVA REGIONE TOSCANA	CONTENUTI
<p>dec. g.r. 23 agosto 2000, n. 4634 Costituzione Gruppo di lavoro per il trasferimento al Ssn delle funzioni sanitarie svolte all'Amministrazione Penitenziaria, con riferimento al settore della prevenzione, ai sensi del d.lgs n.230 del 22 giugno 1999</p>	<p>Istituito un gruppo di lavoro misto, composto da operatori dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende Usl e da operatori dell'Amministrazione penitenziaria, al fine di un coordinamento delle attività nel settore della prevenzione collettiva, per indirizzare a livello regionale il trasferimento al Ssn delle funzioni svolte dall'Amministrazione penitenziaria.</p>
<p>del. g.r. 29 dicembre 2000, n. 1401 Definizione dei programmi di prevenzione primaria nelle strutture carcerarie ex d.m. 21 aprile 2000 "Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario"</p>	<p>Al fine di tutelare la salute in ambito penitenziario, la GR definisce le linee di indirizzo per attuare gli obiettivi prioritari tenendo presente i vincoli strutturali e funzionali, le caratteristiche peculiari della popolazione carceraria, i rischi di salute e gli aspetti positivi dell'esperienza precedente.</p>
<p>del. g.r. 19 marzo 2001, n. 275 Approvazione schema di protocollo operativo tra la Regione Toscana e il Ministero della Giustizia – Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria (PRAP) per l'attuazione del d.lgs 230/99</p>	<p>Il protocollo individua le iniziative che definiscono il programma operativo congiunto per AUSL e PRAP: presso ogni AUSL viene costituito un gruppo tecnico integrato, composto da operatori delle due amministrazioni coinvolte, coordinati dal direttore generale che garantisce il supporto logistico e amministrativo necessario con i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ricognizione della situazione sanitaria esistente sui seguenti aspetti: patologie e problematiche sanitarie prevalenti, tipologia e quantità degli operatori impiegati e relativa situazione contrattuale, organizzazione dei servizi, presenza/assenza cartelle cliniche e di un sistema informativo sanitario organizzato, esigenze informative e formative degli operatori e dei detenuti; b) definire un progetto di fattibilità per l'intervento integrato dell'AUSL all'interno del Carcere; c) elaborare proposte e indicazioni per la definizione del Progetto obiettivo regionale. <p>Di queste informazioni i gruppi tecnici integrati devono preparare una relazione da trasmettere entro il 30 aprile alla RT. Il Gruppo di coordinamento regionale acquisisce le proposte dei gruppi tecnici integrati e provvede a elaborare, attivando la messa a punto di strumenti per l'acquisizione di dati informativi di carattere sanitario all'interno delle carceri, il Progetto obiettivo regionale previsto dall'art. 5 del d.lgs. 230/99.</p>
<p>del. c.r. 9 aprile 2002, n. 60 Piano sanitario regionale 2002-2004</p>	<p>Paragrafo 5.3.1.7 <i>La salute in carcere</i> Si prevede una specifica azione di Piano volta a promuovere e migliorare la salute all'interno delle carceri toscane, ricercare soluzioni e forme di collaborazione fra le AUSL e gli istituti penitenziari, ottimizzare l'erogazione dei farmaci (vedi sotto), promuovere la collaborazione dei comuni per conseguire l'integrazione socio-sanitaria, promuovere l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari, in attuazione del d.lgs 230/99.</p>
<p>del. g.r. 5 maggio 2003, n. 431 Approvazione schema di Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e il Ministero della Giustizia-PRAP sottoscritto il 23 maggio 2003 integrato dal DGR 680 del 27 giugno 2005</p>	<p>La delibera definisce le linee di indirizzo e le modalità operative per assicurare la necessaria assistenza farmaceutica all'interno degli istituti penitenziari toscani. La del.g.r. 680 individua un criterio di ripartizione delle risorse finanziarie erogate, passando da un sistema forfettario ad un sistema proporzionale della spesa effettivamente sostenuta dalle Aziende USL nel cui territorio è presente un istituto penitenziario.</p>

NORMATIVA REGIONE TOSCANA	CONTENUTI
<p>del. g.r. 27 dicembre 2004, n. 1392 Sanità penitenziaria Progetto "Retintegrare": Approvazione protocollo e destinazione fondi</p>	<p>La GR approva lo schema di protocollo relativo alle modalità attuative del progetto "RETINTEGRARE", sottoscritto tra RT, Ministero della Giustizia – PRAP e la Fondazione "Giovanni Michelucci". Scopo del progetto è di dotare gli Istituti penitenziari ad alto rischio suicidario di una specifica assistenza psicologica. Le parti firmatarie procederanno ad una verifica congiunta sui risultati decorso un anno dalla stipula del protocollo (si veda DGR n. 760 del 29 ottobre 2007).</p>
<p>del. c.r. 16 febbraio 2005, n. 22 Piano Sanitario Regionale 2005-2007</p>	<p>Paragrafo. 5.2.1.8 La salute in carcere La GR si impegna a dare attuazione ai protocolli d'intesa sottoscritti con l'Amministrazione penitenziaria toscana e procede alla definizione dei protocolli e progetti obiettivo regionale per l'assistenza in carcere; a sviluppare le linee programmatiche per la riorganizzazione del sistema penitenziario toscano; a migliorare l'assistenza nei settori più critici (salute mentale, patologie infettivologiche).</p>
<p>Lr. 2 dicembre 2005, n. 64 Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana</p>	<p>La legge sancisce il principio della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, fra le persone libere e le persone detenute ed internate; garantisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria per le prestazioni preventive, diagnostico terapeutiche e riabilitative, alla pari delle persone in stato di libertà (Art.1). La GR attiva procedure per stipulare un protocollo di intesa con i competenti organi di vertice a livello regionale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile; sono altresì individuati gli impegni che la Regione e i vari soggetti assumono per migliorare lo stato di salute dei detenuti e le modalità di collaborazione tra le direzioni carcerarie e il SSR (Art.2). Successivamente la GR approva il <u>progetto obiettivo</u> di durata triennale che deve contenere, in sintesi: le mappe del rischio e gli obiettivi di salute; i modelli organizzativi e funzionali differenziati secondo la tipologia di istituto volti a garantire un'assistenza sanitaria continuativa; programmi di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari che operano nelle carceri; i criteri e modalità per la costruzione di un sistema informativo regionale (Art. 3). <u>I compiti della GR</u> : emanare linee guida per il buon funzionamento dei servizi e per individuare gli indicatori di valutazione dell'assistenza erogata; presentare una relazione sullo stato di salute dei detenuti nelle carceri toscane e inviarla al Ministero della giustizia tramite i competenti organi (Art. 4). <u>I compiti delle Aziende USL</u>: attuare gli obiettivi di salute contenuti nel PSR e nel progetto obiettivo di cui all'art. 3 della presente legge; il DG dell'AUSL, insieme ai direttori degli istituti di pena presenti sul territorio, verificano periodicamente lo stato di salute, i risultati raggiunti e il grado di soddisfazione dei detenuti nonché individuano soluzioni per soddisfare particolari esigenze di degenza degli stessi nelle strutture ospedaliere regionali (Art. 5). <u>Personale sanitario</u>: la GR attua modalità operative di concertazione con le OO.SS per agevolare il trasferimento del personale dipendente dal Ministero di Giustizia alle AUSL; queste ultime assegnano agli istituti penitenziari ubicati nel loro territorio di competenza il personale necessario per lo svolgimento delle attività sanitarie; il personale ministeriale viene trasferito funzionalmente, in via provvisoria, alle AUSL, in attesa dell'assegnazione definitiva (entro 6 mesi) (Art. 6). <u>Norme finali e transitorie</u>: in attesa dei provvedimenti nazionali (trasferimento risorse e personale dal Ministero di giustizia al SSR) l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri viene erogata congiuntamente dal SSR e dal SRP, attraverso specifici atti di intesa e convenzioni libero professionali finalizzate a promuovere l'integrazione dei servizi; le risorse finanziarie utili sono assegnate annualmente dalla GR alle AUSL in base a criteri e fattori differenziati per istituto penitenziario (Art. 7). <u>Ufficio del garante</u>: la Regione istituisce presso il CR l'ufficio del garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale per garantirne la tutela della salute e la qualità della vita (Art. 8).</p>

NORMATIVA REGIONE TOSCANA	CONTENUTI
<p>del. g.r. n. 178 del 12 marzo 2007 Approvazione del Protocollo d'intesa (ex Legge regionale n. 64 del 2 dicembre 2005) tra Regione Toscana, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria della Toscana, Centro giustizia minorile Toscana e Umbria</p>	<p>In attuazione di quanto previsto dalla L.r. n. 64/05 (art. 2) la RT, il PRAP toscano e il CGM Toscana e Umbria si impegnano a (in sintesi):</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire idonea assistenza sanitaria ai detenuti; - individuare modelli operativi di base omogenei sul territorio; - assicurare la continuità dei percorsi terapeutici; - condividere interventi orientati al recupero sociale; - attivare un Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria con partecipazione congiunta di Regione, PRAP e CGM; - riorganizzare il sistema sanitario penitenziario con conseguente redazione del Progetto obiettivo regionale (art. 3 LR 64/2005); - creare un Gruppo paritetico che agisca da comitato regionale con funzioni di coordinamento; - definire le modalità organizzative dell'Ufficio regionale del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale (art. 8 LR 64/2005); - riorganizzare il Servizio per la tutela della salute mentale anche attraverso appositi percorsi di aggiornamento del personale sanitario coinvolto; - revisionare ed eventualmente aggiornare i Protocolli di intesa per garantire un'adeguata assistenza farmaceutica; - migliorare il percorso assistenziale e la presa in carico del detenuto malato (es. convenzioni integrative del Servizio già presente in carcere con il sistema del SSR).
<p>del. g.r. 29 ottobre 2007, n.759 Costituzione Gruppo di Coordinamento Regionale Interistituzionale e costituzione Osservatorio Epidemiologico per la salute in carcere</p>	<p>Si istituiscono: il gruppo di coordinamento regionale che opera come cabina di regia e monitoraggio tecnico del percorso organizzativo complessivo per la salute in carcere previsto dalla L. 64/05; l'Osservatorio regionale per la salute in carcere svolge funzioni di supporto al Gruppo di coordinamento.</p>
<p>d. dir. 30 novembre 2007, n. 5872 Costituzione Gruppo di Coordinamento Regionale Interistituzionale per la salute in carcere.</p>	<p>Si costituisce formalmente il Gruppo di coordinamento regionale e interistituzionale per la salute in carcere; è composto da soggetti delle aree vaste interessate dagli Istituti di pena, dal Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria, dal direttore del Centro giustizia minorile Toscana e Umbria e da membri del coordinamento per l'Alta integrazione socio-sanitaria.</p>
<p>d. dir. 30 novembre 2007, n. 5873 Costituzione Osservatorio Epidemiologico Regionale per la salute in carcere</p>	<p>Osservatorio di supporto al Gruppo di coordinamento Interistituzionale per la salute in carcere con funzioni di monitoraggio dell'attività dei servizi sanitari, analisi del volume delle prestazioni, valutazione epidemiologica dell'utenza e dei pattern di trattamento, supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari, valutazione del grado di utilizzo ed efficienza delle risorse, supporto alla ricerca e miglioramento continuo della qualità; è composto da soggetti provenienti da: Agenzia regionale di sanità (con funzioni di coordinamento), PRAP, Centro giustizia minorile Toscana e Umbria, coordinamento progetto regionale per la cartella clinica informatizzata per la salute in carcere e Fondazione Michelucci.</p>
<p>del. g.r. 12 maggio 2008, n. 2019 L.r. 25 febbraio 2000, n. 16: approvazione modulistica vigilanza igienico sanitaria sugli istituti penitenziari</p>	<p>In ottemperanza a quanto stabilito dalla LR 25 febbraio 2000, n. 16 (art. 8 - Norme per lo svolgimento della vigilanza igienico-sanitaria sugli istituti penitenziari) l'attività igienico-sanitaria sugli istituti penitenziari è demandata ai dipartimenti della prevenzione della AUSL e al fine di perseguire le finalità indicate nel DPCM del 1 aprile 2008 (trasferimento competenze al SSN) si è costituito un gruppo di lavoro interistituzionale per adottare il modello di rilevazione per la vigilanza igienico-sanitaria sugli Istituti penitenziari della Regione Toscana. allegato 1 (Scheda) allegato 2 (Modalità di compilazione)</p>

NORMATIVA REGIONE TOSCANA	CONTENUTI
del.cr. 16 luglio 2008, n. 53 Piano sanitario regionale 2008-2010	Paragrafo 5.6.2.7 La salute in carcere Si mettono in evidenza i risultati raggiunti nel periodo di vigenza dei due precedenti PSR (es. assestamento dell'organizzazione dei servizi transitati in via definitiva al SSR – dipendenze – prevenzione) e si prende atto del buon livello di collaborazione fino ad ora svolto tra RT, PRAP e CGM, nonostante il rallentamento di azione dovuto alle diversità di competenze tra le due Istituzioni (regionale e statale). Si riconfermano e rafforzano gli obiettivi giù indicati nei precedenti piani (es. rafforzamento dell'operatività dell'Osservatorio regionale permanente per la salute in carcere) e il percorso avviato con la LR 64/2005, rafforzata dalla Legge Finanziaria 2008 (comma 283-284, art. 2) e dal DPCM 1 aprile 2008.
del.g.r. 8 settembre 2008, n. 693 Istituzione del Centro regionale di coordinamento per la salute in carcere e Comitato consultivo di sanità penitenziaria	Il Centro regionale di coordinamento ha il compito di favorire la costruzione di un modello organizzativo regionale, omogeneo e sinergico, nel rispetto del d.lgs 230/99. E' composto dai coordinatori delle aree vaste regionali, dal coordinatore dell'OPG di Montelupo Fiorentino, del Centro clinico di Pisa e dell'Osservatorio regionale per la salute in carcere. La responsabilità è demandata ad una figura professionale individuata dalla direzione generale competente. Si istituisce altresì un comitato consultivo regionale tecnico-professionale con funzioni di supporto tecnico-professionale alla struttura di coordinamento sopracitata.
dec.g.r. 22 dicembre 2008 n. 57 Costituzione cabina di regia regionale per il coordinamento delle politiche regionali in ambito carcerario	A seguito della richiesta formale da parte del PRAP della Toscana alla GR di istituire un organismo prettamente regionale (denominato Cabina di regia) per coordinare le diverse iniziative e i diversi interventi a favore degli istituti penitenziari, la Regione ne ravvisa la necessità e delibera la sua istituzione. Si demanda al Centro Territoriale Permanente la sua costituzione e la definizione dei compiti ad essa attribuiti.
del.g.r. 21 gennaio 2009, n. 144 Struttura e funzionamento del Centro Regionale di Coordinamento per la salute in carcere Allegato A	Si danno indicazioni organizzative alle AUSL a seguito dell'istituzione del Centro regionale di coordinamento per la salute in carcere. Vengono individuati i referenti degli organismi/enti che costituiscono il gruppo, nonché i compiti e le rispettive funzioni.
d. dir 3 febbraio 2009, n. 323 del.g.r.1153/2008. Individuazione del Responsabile del Centro regionale per la salute in carcere	Si individua il Responsabile del centro regionale per la salute in carcere per il biennio 2009/2010
d. dir 10 agosto 2009, n. 3881 Individuazione responsabile Centro clinico di Pisa e responsabile Coordinamento per il superamento OPG di Montelupo	Si individuano il Responsabile del coordinamento per il centro clinico penitenziario di Pisa e il Responsabile del coordinamento per il superamento dell'OPG di Montelupo fiorentino.
d. dir 12 agosto 2009, n. 3941 Individuazione membri Comitato Consultivo Regionale tecnico professionale di sanità penitenziaria	Ai sensi della del.g.r. 693/2008, si costituisce formalmente il Comitato consultivo, composto da rappresentanti del personale sanitario e coordinato da un sanitario della sanità penitenziaria.

NORMATIVA REGIONE TOSCANA	CONTENUTI
<p>del. g.r. 14 dicembre 2009, n. 1153 Protocollo di intesa fra la Regione Toscana ed il Ministero della Giustizia per lo svolgimento di attività congiunte nell'ambito carcerario. Approvazione schema.</p>	<p>Si approva lo schema del nuovo Protocollo di intesa fra la Regione e il Ministero (il precedente risale al 1990) per concordare interventi e soluzioni adeguati al cambiamento normativo degli ultimi 20 anni. La RT e il Ministero si impegnano reciprocamente a tutelare la salute dei detenuti e a garantirne il recupero sociale (Art. 4, punto 2).</p>
<p>del. g.r. 25 gennaio 2010, n. 67 del.g.r. 1153 del 14/12/2010. Protocolli di intesa fra la Regione Toscana e gli enti interessanti per l'applicazione operativa delle attività previste in ambito carcerario. Approvazione schemi.</p>	<p>Protocollo di intesa + protocollo operativo Le attività della RT saranno coordinate dalla Cabina di Regia (<i>dec.g.r.57/2008</i>) <i>Allegato A</i> schema di protocollo tra RT, PRAP, Centro di giustizia minorile Toscana e Umbria; <i>Allegato B</i> schema di protocollo tra RT, PRAP, Polo Universitario penitenziario della Toscana, Università degli studi di: Firenze, Pisa e Siena. <i>Allegato C</i> schema di protocollo tra RT, Assessorato tutela della salute e sanità, la RT, il PRAP, Centro di giustizia minorile Toscana e Umbria per l'applicazione del Protocollo nazionale sancito in conferenza unificata, relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario. <i>Allegato D</i> schema di protocollo tra il DAP, la RT, il Presidente del Tribunale di Sorveglianza, l'Opera della Divina Provvidenza di Firenze; l'Istituto degli Innocenti per la creazione di una Sezione di custodia attenuata specializzata per donne imputate o condannate aventi bambini. La RT, il PRAP e il CGM riconoscono il principio di leale collaborazione interistituzionale, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e di attuare la continuità dei percorsi terapeutici; di procedere alla predisposizione di un idoneo sistema di ricognizione della realtà esistente da parte del Centro regionale per la salute in carcere, in merito all'assistenza sanitaria negli IP toscani. L'amministrazione penitenziaria e il CGM procedono alla consegna in uso a titolo gratuito dei locali adibiti allo svolgimento delle attività sanitarie, procedendo alla formalizzazione e stipula della convenzione. Dalle aziende USL viene adottata un'apposita carta dei Servizi sanitari per detenuti avente l'obiettivo di illustrare le prestazioni sanitarie erogabili dai detenuti per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie all'interno degli IP. Saranno definite apposite Linee guida al fine di garantire gli standard minimi di vivibilità, e la presa in carico dei nuovi giunti. La RT si impegna a individuare ed attivare tre punti di ricovero ospedalieri (uno per Area Vasta) oltre Careggi, presso cui istituire reparti ospedalieri penitenziari o stanze di degenza protetta, oltre, a fornire protesi dentarie e ausili ortopedici (Delibera n.163 del 8/10/2003). L'Amministrazione penitenziaria metterà a disposizione dell'Osservatorio Epidemiologico permanente i dati quantitativi relativi ad eventi critici con particolare riferimento ai tentativi di suicidio sventati a cura del personale penitenziario. Nell'AUSL competente per territorio, sarà presente un'equipe multiprofessionale che si attiverà per prendere in carico dei minori/giovani adulti sottoposti a procedimento penale con problematiche sanitarie. Saranno definiti i Protocolli locali tra le direzioni degli IP, le direzioni della Giustizia Minorile, delle AUSL in cui verranno individuate tutte le soluzioni organizzative idonee a sviluppare la collaborazione nel rispetto delle diverse competenze.</p>

NORMATIVA REGIONE TOSCANA	CONTENUTI
del. g.r.7 luglio 2010, n. 583 Prevenzione del disagio psichico e del rischio suicidarlo negli Istituti penitenziari della Toscana e dell'OPG di Montelupo Fiorentino	Valutata la necessità di proseguire le attività avviate con il progetto Reintegrare a supporto del disagio psicologico e psichico negli istituti penali toscani e nell'OPG di Montelupo Fiorentino in considerazione dell'alta incidenza di rischio suicidarlo e di atti autolesivi.

Legenda:

CDT: Centro Diagnostico Terapeutico

CGM: Centro Giustizia Minorile della Toscana ed Umbria

CR: Consiglio regionale

DAP: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

DG: Direttore generale

GR: Giunta regionale

IP: Istituti Penitenziari

IPM: Istituti Penali per minori

OPG: Ospedale Psichiatrico Giudiziario

PRAP: Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria

PSN: Piano sanitario nazionale

PSR: Piano sanitario regionale

RT: Regione Toscana

Ssn: Servizio sanitario nazionale

Ssr: Servizio sanitario regionale

Finito di stampare
da Nuova MCS Srl
Firenze - luglio 2010

