Co.N.O.S.C.I.

Coordinamento Nazionale degli Operatori per la salute nelle Carceri Italiane
(O.N.L.U.S.)

Via Flaminia, 53 – 00196 ROMA - telef. 06/36.71.81 FAX: 06/36.71.83.33
(c.c.p. n.: 38650008 - C.F. 97207310588 - email: conosci2000@hotmail.com)

PATOLOGIE DA DIPENDENZA e

Tutela della Salute in Carcere

Documento elaborato per la Conferenza Nazionale:
"Tossicodipendenze: dalle Evidenze Scientifiche alla Pratica Clinica e alle Decisioni Politiche"
Istituto Superiore di Sanità Roma, 30 – 31 Ottobre 2006

DEFINIZIONE DEL TEMA E NUOVO QUADRO NORMATIVO

Il diritto dei detenuti ad una assistenza sanitaria all'interno delle carceri viene sancito per la prima volta con la Legge 740/70 e con la Legge 354/75. In queste importanti norme viene affermato che le prestazioni sanitarie vengono erogate da medici incaricati per l'assistenza di base, da medici specialisti, da infermieri e con una attenzione particolare, agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) dove i Direttori erano - e sono tuttora - dei medici specialisti in Psichiatria. Venne prevista anche la figura di Esperti qualificati (art. 80) i quali, soprattutto psicologi, garantivano la tutela dello stato di salute psicologico del detenuto valutandone sin dall'entrata una effettiva presa in carico e contribuendo anche alla importante fase dell'osservazione della personalità in ottemperanza alle esigenze dell'Ordinamento Penitenziario durante il periodo della pena.

Per i successivi circa trent'anni pochissime sono state le integrazioni o modifiche a tale stato normativo e queste hanno riguardato quasi esclusivamente il problema dei malati di AIDS e della loro possibilità di uscire dal carcere per andarsi a curare. A fronte di questa marcata carenza legislativa italiana, numerose sono state le risoluzioni degli organismi internazionali che hanno espresso pareri e raccomandazioni in merito (WHO-OMS, Consiglio d'Europa, Governi locali, ecc.). Il rilievo sollevato unanimemente è stato che i vari sistemi sanitari dei Paesi erano generalmente scarsi o insufficienti e che le prestazioni rese all'interno delle carceri erano di qualità nettamente inferiori a quelle ricevute dai cittadini in libertà e che tale discriminazione doveva essere superata. Alle medesime conclusioni arrivava anche una approfondita ricerca messa in atto dalla Commissione del Senato della Repubblica Italiana del 1995.

Il 30 Novembre 1998, il Parlamento vara la Legge 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 D.L. 30 Dicembre 1992 n. 502). All'art. 5 (Riordino della medicina penitenziaria) il legislatore ha chiesto l'osservanza di alcuni principi e criteri direttivi ben precisi:

1. Prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute ed internate attraverso 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;

2. Assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria;

3. 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 ai fini di giustizia;

4. 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;

5. 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 della giustizia, nonché i criteri e le modalità della loro gestione.

Il 22 Giugno 1999, viene promulgato il primo decreto in delega alla L. 419/98: il D.Lgs. n. 230. Esso fornisce chiare direttive in materia e pone come prima scadenza della fase sperimentale il 1 Gennaio 2000 e da questa data tutte le competenze in materia di tossicodipendenza e prevenzione vengono riunite e trasferite ai Ser.T. ed ai Dipartimenti di Prevenzione delle AUSL che dovranno operare su direttive regionali concordate con gli organi periferici del Ministero della Giustizia (Direzioni delle carceri, Provveditorati Regionali, ecc.).

Il Decreto 20 Aprile 2000 identifica le regioni 'test', che sperimenteranno il progressivo trasferimento anche di tutte le altre funzioni sanitarie oltre a quelle relative alla tossicodipendenza. Esse sono: il Lazio, la Puglia, la Toscana. Successivamente verranno indicate altre tre regioni: l'Emilia e Romagna, la Campania ed il Molise.

ASPETTI SOCIO-DEMOGRAFICI, EPIDEMIOLOGIA, ASPETTI CRITICI.

Il fenomeno della detenzione si caratterizza per aspetti socio-economici e demografici del tutto peculiari, come anche le strutture a questa dedicate, i penitenziari. Una esatta conoscenza di queste dinamiche, risultano determinanti per un buon approccio metodologico e di impianto sanitario. Al 31 Dicembre 2005 la presenza di detenuti nel Paese era di 59.523 di cui 16.135 erano diagnosticati quali tossicodipendenti (27,11%); di tutti questi circa il 60% aveva una posizione giuridica di condannato definitivo.

Le cifre testimoniano che le presenze sono ben oltre il limite tollerabile, in quanto la capienza massima regolamentare nel sistema penitenziario italiano è di 43.226 soggetti distribuiti in 205 strutture penitenziarie. Un dato che è necessario rimarcare in quanto definisce gli esatti livelli di problematicità della situazione globale è quella degli ingressi in carcere, in quanto il problema dei numerosi accessi (turn over) costituisce di per sé una variante di notevole entità.

Nel solo 2005 in Italia ci sono stati 78.569 ingressi dalla libertà di cui l' 8% circa donne.

Nel periodo indicato soltanto il 31,14% dei soggetti ha accettato di sottoporsi al test per l'HIV con un riscontro di positività di 566 soggetti (3,98% dei testati).

Al 31 Dicembre 2005 erano presenti 1.492 detenuti sieropositivi/malati di AIDS e 10.557 stranieri di cui 891 donne; i paesi di provenienza più frequenti sono Marocco, Tunisia ed Albania). I tossicodipendenti rappresentano certamente il gruppo più numeroso e mediamente sono pari a circa il 50% del totale, a secondo delle casistiche cliniche riportate (OEDT , 2005) denotando generalmente una ampia sottostima rispetto ai dati raccolti dai Ser.T. Anche il problema dell'alcoldipendenza e dell'abuso alcolico, appare fortemente misconosciuto con un totale di 1334 detenuti pari al 2,24% del totale. Anche i trattamenti con metadone appaiono piuttosto scarsi ed hanno riguardato 1932 detenuto (1784 uomini 2 148 donne) pari al 3,25%.

Nell'anno 2004 nelle carceri italiane si sono avuti 5.939 atti di autolesionismo, 713 tentati suicidi, 52 suicidi e 104 decessi per cause naturali; 95.138 detenuti hanno proclamato lo sciopero della fame.

Pur non esistendo un sistema di rilevazione nazionale o regionale delle patologie in ambito penitenziario, utilizzando dati osservazionali o raccolti dall'Amministrazione Penitenziaria è possibile dare delle indicazioni sulle patologie maggiormente diffuse in ambito penitenziario: le patologie infettive come le epatiti virali, la tubercolosi e l'AIDS, quelle psichiatriche e le gastroenterologiche. Le patologie dell'apparato cardiovascolare colpiscono in carcere classi di età relativamente più basse rispetto al resto della popolazione; frequenti sono anche le malattie osteoarticolari e le broncopneumopatie cronico-ostruttive, essenzialmente legate all'elevato consumo di sigarette. Di difficile gestione sono anche le malattie metaboliche ed il diabete mellito che comportano l'osservanza di regimi dietetici, di moto ed autogestione farmacologica.

TIPOLOGIA DELL'OFFERTA SANITARIA.

L'intervento sanitario erogato dal Ministero della Giustizia all'interno delle carceri prevede una assistenza di base erogata da medici incaricati, un'assistenza in emergenza fatta da medici di guardia ed infermieri, visite specialistiche attraverso specialisti convenzionati od ospedalieri; l'assistenza psicologica viene garantita da psicologi convenzionati. I tossicodipendenti vengono già assistiti dai Ser.T. territorialmente competenti. Le ASL garantiscono la Prevenzione e gli adempimenti di Igiene Pubblica negli istituti penitenziari.

Il ricovero ospedaliero viene garantito presso gli ospedali pubblici regionali attraverso piantonamenti a cura della Polizia Penitenziaria. Esistono delle camere di degenza e sezioni protette in alcuni ospedali (Milano, San Paolo, Roma, S. Pertini, Viterbo, Belcolle).

AREE DI INTERVENTO.

1. Prevenzione dei rischi aggiuntivi per la salute dei detenuti e del personale operante in carcere.

E' noto che il carcere, per molti aspetti è causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti e del personale addetto ai penitenziari sia esso di sorveglianza che di assistenza. Nella condizione di restrizione della libertà personale, i problemi della quotidianità risultano determinanti per lo stato di salute. I problemi ambientali costituiscono il primo campo di intervento per la tutela della salute.

Obiettivi:
- Ripristino di idonee condizioni ambientali
- Miglioramento della Qualità della Vita in carcere
- Attivazione di programmi di prevenzione secondaria

2. Le Attività di Assistenza Sanitaria.

Gli ambiti territoriali delle ASL ove sono allocate strutture penitenziarie necessitano di modelli organizzativi tali da soddisfare la domanda di cura dei detenuti con percorsi terapeutici appropriati. Tempestività degli interventi assistenziali, continuità assistenziale, appropriatezza e qualità delle prestazioni, verifica dei risultati, predisposizione di linee guida, sono requisiti irrinunciabili.

Obiettivi:
- Riordino e razionalizzazione del servizio di medicina di base
- Riordino e razionalizzazione del servizio di medicina specialistica e della riabilitazione
- Riordino e razionalizzazione del servizio di medicina d'urgenza anche in relazione alle risorse del territorio e quelle interne
- Assistenza nell'ambito delle Dipendenze e delle sue complicanze con particolare riguardo alle forme organizzative
- Assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute
- Controllo delle patologie diffusive (infettive e parassitarie) ed assistenza sanitaria agli ammalati
- Tutela della salute mentale in ambito penitenziario
- Creazione di opportuni modelli operativi calibrati sulle esigenze di ogni ASL

EFFETTI DEL PROVVEDIMENTO DI INDULTO (Legge n. 241/06).

In data 31 Luglio 2006 era pubblicata la Legge n. 241/06 relativa alla concessione del provvedimento di indulto alla popolazione detenuta dopo quindici anni che non veniva emesso un provvedimento di clemenza.

Interessanti sono stati i risultati di questo provvedimento:

Detenuti al 31/7/2006	Detenuti dimessi al **27/10/ 2006**
60.710	**24.325**

Regione di Detenzione	***ITALIANI***	***STRANIERI***	***TOTALE***
ABRUZZO	435	269	704
BASILICATA	118	114	232
CALABRIA	573	227	800
CAMPANIA	2396	307	2703
EMILIA ROMAGNA	610	863	1473
FRIULI V. G.	233	247	480
LAZIO	1481	896	2377
LIGURIA	387	411	798
LOMBARDIA	1914	1517	3431
MARCHE	194	144	338
MOLISE	138	52	190
PIEMONTE	1068	1080	2148
PUGLIA	1269	210	1479
SARDEGNA	630	385	1015
SICILIA	1792	750	2542
TOSCANA	821	681	1502
TRENTINO A. A.	131	135	266
UMBRIA	189	203	392
VALLE D'AOSTA	67	89	156
VENETO	656	643	1299
Totale	***15.102***	***9.223***	***24.325***