

# Salute. e Territorio

Rivista bimestrale  
di politica sociosanitaria

## *La sanità penitenziaria*

Il ruolo dell'assistente sociale

**Contributi**

Presentazione

**Monografia**

L'assistenza primaria e l'assistenza specialistica

Casa di tutela e promozione della salute in carcere

Il riordino della sanità penitenziaria

I Centri diagnostico terapeutici

L'assistenza infermieristica

La tutela della salute mentale in carcere

La decostruzione degli OPG e l'integrazione nei SSR

Minori con disturbi psicopatologici autori di reato e Comunità terapeutiche

La tossicodipendenza e il carcere

Rischio clinico e *management* nella attività sanitaria

La detenzione dello straniero

I rapporti tra sanità penitenziaria e Autorità giudiziaria

I percorsi integrati di formazione

Lo sviluppo dell'assistenza primaria in carcere

Corso di formazione in Psichiatria

Il progetto ICAM

La prevalenza e l'incidenza delle varie patologie

Sistema informativo e sistema organizzativo

I costi standard

# La tossicodipendenza e il carcere

Sandro Libianchi<sup>1</sup>, Paola Montesanti<sup>2</sup>, Cristina Imperatori<sup>3</sup>, Sara Mossino<sup>3</sup>, Ada Silvestri<sup>3</sup>, Silvia Libianchi<sup>3</sup>, Emanuela Falconi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dirigente medico, UO Casa di reclusione di Rebibbia - ASL Roma B

<sup>2</sup> Dirigente penitenziario - Ministero della Giustizia, DAP DG "Detenuti e Trattamento"

<sup>3</sup> Coordinamento nazionale degli operatori per la salute nelle carceri italiane (CoNOSCI)

La storia della presenza in carcere di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e/o alcol ha inizio intorno agli anni cinquanta-sessanta, soprattutto in America, per poi apparire in tempi appena successivi anche in Europa. Oggi alla luce di più di cinquanta anni di esperienze e di abbondante letteratura scientifica, il problema è chiaramente visibile in tutta la sua complessità, sebbene a causa della estrema variabilità delle sostanze ed evoluzione del concetto stesso di *addiction*, i provvedimenti di contrasto a questo fenomeno devono adeguarsi continuamente. Il carcere rappresenta soltanto un momento nella vita di una persona che utilizza sostanze stupefacenti e deve essere il più breve possibile, in quanto per sua stessa natura, crea un danno aggiuntivo alla persona malata.

## I dati nazionali ed internazionali

Più di 10 milioni di persone sono attualmente detenute nel mondo e di queste 2,5 milioni nella sola America, 2,6 milioni in Cina e 0,9 milioni in Russia. L'India, la Thailandia, Iran, l'Indonesia, la Tur-

chia, il Brasile, il Messico, il Sud Africa e l'Ucraina hanno una popolazione detenuta che supera le 100.000 persone (1). Il più alto numero di persone incarcerate rispetto alla popolazione residente si riscontra in America con 756/100.000 rispetto ad una media di circa 145/100.000 nel resto del mondo. Il numero delle persone in carcere è aumentato in più di due terzi dei Paesi del mondo negli ultimi dieci anni ed è aumentato di circa un milione di persone dalla fine del 1990 al 2006-2008 (2,3). Questo valore in Italia si attesta a 92/100.000 abitanti.

## Dall'arresto all'entrata in carcere (fase I o fase acuta)

L'arresto di una persona tossicodipendente può avvenire sulla strada, presso la propria abitazione o qualsiasi altro luogo pubblico o privato, presso una comunità terapeutica, presso una struttura ospedaliera, all'estero o addirittura in carcere. L'atto che formalizza questa procedura è rappresentato dal *mandato di arresto* emesso da una Autorità giudiziaria sulla base di un reato commesso, di una sentenza passata in giudicato

## Indicazioni operative dall'accoglienza alla prevenzione della ricaduta

o di una revoca di un beneficio concesso precedentemente. Ogni arresto deve essere convalidato entro pochissimi giorni. Dopo questi eventi, la persona viene condotta presso il locale posto di polizia, identificato e processato per direttissima o condotto in carcere, generalmente nell'ambito della stessa Provincia dove è avvenuto l'arresto. Finalmente, questi viene tradotto in carcere dove avviene l'immatricolazione che è la procedura di presa in carico giudiziaria da parte del sistema e ancora una volta è necessario considerare che sta passando del tempo e la persona può aggravare la sua sintomatologia astinenziale. Dopo queste fasi preliminari c'è la visita del medico di guardia che prescrive una terapia preliminare, in genere in attesa che il Ser.T cominci il proprio turno di servizio e somministri metadone od altro farmaco sostitutivo. In caso di arresti contemporanei di molte persone il tempo di valutazione e di primo intervento me-

dico, si allunga ancora.

Molti e diversi sono i modelli di intervento dei Ser.T localmente competenti per un carcere: si parte dalle piccole strutture penitenziarie con poche decine di detenuti, fino alle grandi strutture penitenziarie metropolitane che quotidianamente devono prendere in carico molte persone tossicodipendenti. In queste ultime il carico di lavoro è certamente tale da giustificare modelli di intervento che prevedono l'utilizzazione di interi reparti di dimensioni variabili (da pochi posti ai 38 del carcere di Rebibbia a Roma) a seconda dell'utenza media ospitata e dedicati alla diagnosi e cura delle sindromi astinenziali. La permanenza in questi reparti varia da pochi giorni a 2-3 mesi nei casi di gravi stati di debilitazione anche secondari a complicanze di patologie correlate alla dipendenza (4,5).

Una volta dimesso dal reparto di terapia ed immesso nel circuito penitenziario normale, questa rimane una persona

ad alto rischio di astinenza e di squilibri psichici tardivi e che come tale deve esser controllata a distanza di tempo regolare, fino alla sua dimissione e riconsegna ai servizi territoriali come vedremo nella fase IV.

**La permanenza in carcere (fase II o fase postacuta, fase III o fase di stato)**

Le fasi della permanenza in carcere, successive all'ingresso ed alla presa in carico del paziente, rappresentano in concreto la pena da scontare e sono il periodo di tempo con il rischio di autolesionismo anche grave e fino al suicidio, per porre una diagnosi di dipendenza o meno, per studiare un piano terapeutico alternativo.

La fase II o postacuta è il periodo di tempo che segue il superamento dei sintomi astinenziali acuti ed ha una durata variabile di circa 30-60 giorni durante i quali il paziente conserva un certo grado di fragilità psicofisica, ma sta superando gli effetti acuti della carenza di stupefacente. In questa fase torna una crescente lucidità che permette l'avvio di un intervento dello psicologo e dell'assistente sociale per la programmazione del piano terapeutico all'esterno. La fase III o fase di stato, segue la fase postacuta ed il paziente raggiunge un discreto riequilibrio ambientale e psicofisico e si rapporta con il contesto in modo più realistico. Durante questo periodo che va dall'entrata in carcere fino all'uscita, il numero e l'intensità delle prestazioni sanitarie variano molto riguardo al variare dei

bisogni del paziente (6).

- **Diagnosi di alcol-tossicodipendenza:** è probabilmente il passo più difficile, in quanto porre una diagnosi che presuppone di avere a disposizione certificati e/o prove documentali della "carriera" del paziente, spesso risulta arduo e talora non è possibile. Basti pensare ai consumatori di stupefacenti per via non iniettiva. Il punto-chiave della diagnosi di alcol-tossicodipendenza in carcere che preveda l'emissione di una certificazione clinica di assoluta sicurezza medico-legale è legato alla possibilità di una sua utilizzazione ai fini dell'applicazione di una misura alternativa e quindi all'uscita dal carcere. Di qui l'esigenza di una procedura assolutamente rigorosa per la sua compilazione, come ad es. si ritrova in alcuni documenti regionali (7). Il magistrato spesso è costretto o a rigettare la domanda di ammissione in Comunità per carenza di documentazione, o a contestare la certificazione stessa, chiedendo ulteriori elementi a corredo della domanda. Su questo specifico argomento si avverte la grande richiesta di formazione ed informazione (8). L'importanza di una corretta diagnosi di uso/abuso o di tossicodipendenza e/o di abuso/dipendenza da sostanze alcoliche si correla alla migliore scelta terapeutica ed ad una certa e minore incidenza di ricadute tossicomane (9, 10, 11,12).

- **Custodia attenuata per tossicodipendenti:** è una progettazione che ha avuto inizio nel 1988 a ridosso della stesura del DPR 309/90 che all'art. 95 e 96 prevedeva la realizzazione di specifici spazi trattamentali per i detenuti tossicodipendenti (ma non "tossicodipendenti detenuti"), proprio a rimarcare il carattere penitenziario e non sanitario della progettazione (12). Sebbene siano presenti diversi aspetti puramente sanitari, dalla sua nascita (13) ad oggi non sono mai stati sciolti importanti nodi metodologici che ne avrebbero potuto fare una sperimentazione di fondamentale importanza. Da queste osservazioni scaturiscono con facilità quali potrebbero essere i criteri di rifonda-

zione progettuale per una nuova forma di custodia diversiva per detenuti tossicodipendenti (v. Tab. 1):

- **Gruppi a fragilità elevata:** Pur senza entrare nel merito di singole trattazioni sui vari gruppi a fragilità elevata, è utile ricordarne almeno i più importanti: poliabusatori di alcol e sostanze stupefacenti, gli HIV-HCV positivi in quanto polimedicati, i comorbili psichiatrici (c.d. "doppia diagnosi") e gli internati in Ospedale psichiatrico giudiziario, i transessuali, gli abusatori "ambientali" (o di contesto) che iniziano ad usare droghe e/o alcol dopo l'entrata in carcere, quelli che non sono diagnosticati né presi in carico in quanto non hanno mai dichiarato il loro stato per paura (stranieri),

Tab. 1. Criteri per una nuova "custodia attenuata".

La "Nuova custodia attenuata" La programmazione	
-	Quantificazione dei parametri ammissione (score)
-	Indicatori di valutazione
-	Obiettivi terapeutici personalizzati
-	Verifiche strutturate in itinere
-	Premialità
-	Identificazione dei requisiti minimi di funzionamento
-	Esiti del trattamento
-	Flussi informativi stabili
-	Identificazione del centro di costo
-	Obiettivi aziendali
-	Sistema premiante
-	DRG
-	Formazione congiunta bidirezionale (giustizia-sanità)
La "Nuova custodia attenuata" La ricerca	
-	Studio degli esiti long-term post-trattamento del programma terapeutico prison-based
-	Determinazione degli outcomes differenziali nell'ambito dei sottogruppi selezionati
-	Analisi dei fattori concorrenti nei non responders

gli alcolisti in quanto fortemente sottostimati(14). Accanto a queste categorie cliniche, non bisogna tralasciare di considerare anche alcuni altri gruppi che meritano una particolare attenzione: le donne, gli stranieri, i nomadi, i minori. Anche se può sembrare paradossale, in carcere l'abuso di alcol o di droghe può frequentemente colpire anche le persone non detenute e sta all'attenzione dei sanitari cercare di cogliere i segni premonitori o francamente clini-

ci di abuso e di provvedere con un'offerta di trattamento. Per queste popolazioni appare irrinunciabile la possibilità di disporre di programmi "special gender-sensitive" (OEDT) (15).

### Il rilascio e le misure alternative (fase IV o fase terapeutica avanzata)

L'affidamento (art. 94 DPR 309/90) può essere concesso soltanto ai detenuti con giudizio definitivo almeno per uno dei reati commessi, qualora ne siano più d'uno. L'altra possibilità di essere am-

messo ad un programma terapeutico esterno è quello con la concessione degli *arresti domiciliari* presso una struttura sanitaria di recupero da parte dell'Autorità giudiziaria precedente che può accogliere la domanda presentata direttamente dal difensore, con meno vincoli della precedente modalità. Altre forme di benefici che comportano la scarcerazione del tossicodipendente sono: *l'affidamento in prova in casi ordinari* (art. 47 OP), *la detenzione domiciliare* (art. 47 ter OP) e *l'affidamento in*

*prova con detenzione domiciliare* (art. 47 ter OP). Queste varie possibilità vanno programmate congiuntamente con la Direzione del carcere e l'educatore di riferimento e proposte in sede di Tribunale. Ogni misura alternativa può essere revocata in caso di inadempienza grave o per nuovi reati. Si conclude così il percorso interno del detenuto tossicodipendente, ma sarà comunque necessario seguirne il percorso terapeutico o di astinenza dall'assunzione di sostanze stupefacenti (16).

## Bibliografia

- (1) UNODC (2009), *World drug report 2009*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- (2) Fazel S., Baillargeon J. (2011), *The health of prisoners*, Lancet, 377, pp. 956-65.
- (3) Walmsley R. (2009), *World prison population list*, 8<sup>th</sup> edn., King's College, London International Centre for Prison Studies, London.
- (4) Libianchi S., Falconi E., Saulino V., Proietti C., De Angelis R., Mossino S., Libianchi Silvia, Danese S., Giarrizzo C., Imperatori C., Teodorani L., Balzola P., Silvestri A., *La tutela della salute in carcere: rete territoriale e responsabilità pubblica*, in *Atti della quinta conferenza nazionale sulle politiche antidroga (Trieste, 12-14 marzo 2009)*.
- (5) Libianchi S. et al. (2009), *The penitential structure in Italy*, in R. Muscat and members of the Pompidou group treatment platform, *Treatment within the criminal system. Notes on regulations 'Treatment system overview'*, Council of Europe, Ed. April 2009, pp. 209-12.
- (6) Kastelic A., Pont J., Stover H. (2009), *Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide*, WHO.
- (7) Delibera di Giunta Regionale del Lazio 7 aprile 2009, n. 230: "Approvazione del Manuale operativo per i professionisti dei servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti", Supplemento Ordinario n. 90 al B.U.R.L. n. 21 del 6 Giugno 2009 - Parte I.
- (8) Libianchi S., *La certificazione medica in tema di affidamento a misure alternative di tossicodipendenti detenuti*, in F.S. Fortuna, S. Grieco, *Atti del Convegno di Studi: "Droga e controllo penale. Tra proibizionismo e depenalizzazione"* (Cassino, 21 dicembre 2004), Edizioni Università degli studi di Cassino, pp. 83-101.

(9) OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, Copenhagen (disponibile online).

(10) Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche antidroga: "Linee di indirizzo per la determinazione e applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti", 2009.

(11) Libianchi S. (1998), *Ser.T. e Carcere: integrazione, interazione o disintegrazione? L'esperienza del Servizio per le tossicodipendenze 'Istituti Penitenziari di Rebibbia' a Roma*, Itaca, gennaio-aprile, anno 2, n. 4, pp. 52-65.

(12) NIDA (2012), *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. A Research-Based Guide*.

(13) Libianchi S., Grassi A., *L'Istituto a Custodia Attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti*, in *Atti della prima conferenza nazionale sulla droga (Palermo, 24-26 giugno 1993)*, pp. 707-14.

(14) Ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della prevenzione sanitaria - Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30/3/2001 n. 2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" - 2011.

(15) Jones G.Y., Hoffmann N.G. (2006), *Alcohol dependence: international policy implications for prison population*, Subst Abuse Treat Prev Policy, Nov 8, 1, p. 33.

(16) McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D. (2000), *Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance and Outcomes Evaluation*, JAMA, 284 (13), pp. 1689-95.