

**Co.N.O.S.C.I.** (O.N.L.U.S.)

Coordinamento Nazionale degli Operatori  
per la Salute nelle Carceri Italiane

Santa Severa (RM) 10 ottobre 2018

**HCV: un problema di sicurezza per ospiti e personale Sanitario in ambiti penitenziari**

**Dr. Sandro LIBIANCHI**

Medico

Presidente Co.N.O.S.C.I. onlus



**“... prisoners are the community. They come from the community, they return to it. Protection of prisoners is protection of our communities.”**

***(Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS: Statement on HIV/AIDS in Prisons; 2011)***



Carcere MANILA (Philippines) - 2015

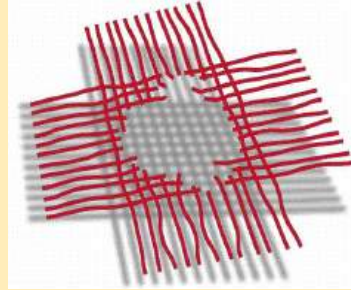


Hight Court of California – 21 agosto 2018



Guatemala – 2016

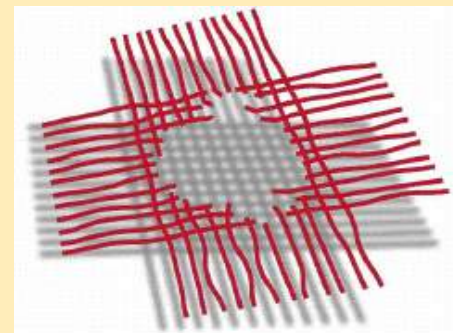
# La riduzione del danno



**Co.N.O.S.C.I.** (O.N.L.U.S.)  
Coordinamento Nazionale degli Operatori  
per la Salute nelle Carceri Italiane

- La riduzione del danno nasce negli anni '80 e consiste in **politiche, programmi e prassi che mirano a ridurre i danni correlati all'uso di sostanze psicoattive** in persone che non sono in grado o che non vogliono smettere di assumere droga. Sua caratteristica peculiare è il focus sui danni causati dall'uso di sostanze stupefacenti e sulle persone che continuano ad usare droghe ivi inclusa i danni alla società.
- Si è iniziato a discutere spesso di riduzione del danno **dopo la minaccia dell'HIV** e delle malattie a trasmissione ematica e/o sessuale.
- Essa si base su alcune pratiche:** distribuzione e scambio di materiale sterile (bleach, siringhe st./aghi), drop-in, peer education, servizi a bassa soglia, trattamenti con farmaci sostitutivi
- la comprensibile **avversione** morale ed etica di parte dell'opinione pubblica e degli esponenti politici ne frena la diffusione.
- Deve essere sempre un **intervento combinato**
- Favorisce la **ritenzione in trattamento**
- In carcere resta un **problema controverso**

# Un approccio globale

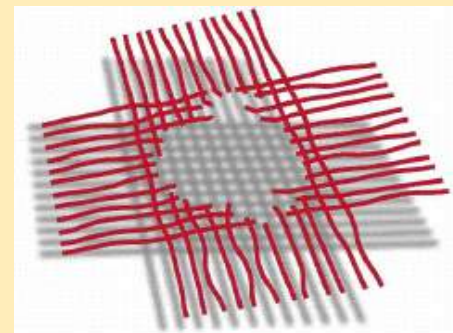


**Co.N.O.S.C.I.** (O.N.L.U.S.)  
Coordinamento Nazionale degli Operatori  
per la Salute nelle Carceri Italiane

- Informazione, educazione, comunicazione
- Programmi con condom
- Prevenzione della violenza sessuale
- Trattamento della dipendenza (sostitutivi)
- Prevenzione della trasmissione con servizi medici
- Prevenzione malattie da tatuaggio e piercing
- Profilassi post esposizione
- HIV-HCV test e counselling
- HIV-HCV trattamento e supporto
- Prevenzione, diagnosi e trattamento della TB
- Prevenzione trasmissione madre-figlio
- Protezione staff dagli incidenti occupazionali

# Un approccio globale – ITALIA

U.N.O.D.O.C. (2013)



**Co.N.O.S.C.I.** (O.N.L.U.S.)  
Coordinamento Nazionale degli Operatori  
per la Salute nelle Carceri Italiane

- Informazione, educazione, comunicazione**
- Programmi con condom
- Prevenzione della violenza sessuale
- Trattamento della dipendenza (sostitutivi)**
- Prevenzione della trasmissione per cure dentali**
- Prevenzione malattie da tatuaggio e piercing
- Profilassi post esposizione
- HIV-HCV test e counselling**
- HIV-HCV trattamento e supporto**
- Prevenzione, **diagnosi e trattamento della TB**
- Prevenzione trasmissione madre-figlio
- Protezione staff dagli incidenti occupazionali

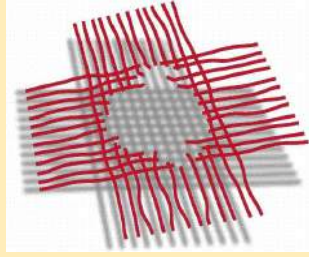


presente



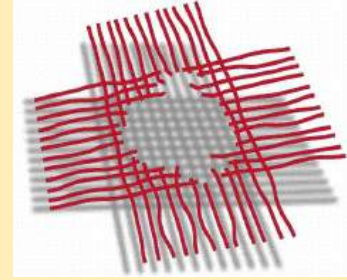
Non presente  
o insufficiente

# Carcere, consumo di sostanze e patologie correlate in EU - I



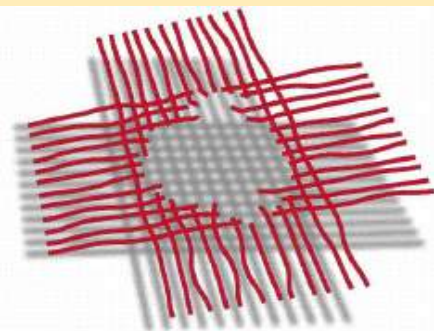
- **Poche informazioni e dati** (quando disponibili non vengono raccolti in modo sistematico)
- **Popolazione carceraria europea in costante crescita negli ultimi 10 anni...**
- Molta parte della popolazione carceraria in Europa proviene da passati di **marginalità, esclusione sociale, povertà, consumo di sostanze** e quindi rischio più elevato e situazione socio-sanitaria spesso complessa (OMS 2014)
- Aumenta la proporzione di **detenuti stranieri** (Ronco et al., 2011)
- Tra il 10 e il 25% dei **reati** che hanno portato all'incarcerazione in Europa sono legati al **possesso, vendita o consumo di sostanze stupefacenti** (Aebi and Del Grande, 2011)
- Prevalenza di **consumo problematico di sostanze in carcere** in Europa: dal 30% degli uomini al 51% delle donne (ECDA, OEDT 2017)
- Emergere del **consumo di nuove sostanze anche in carcere**, i.e. cannabinoidi sintetici (Germania, Svezia, Inghilterra) e overdose collegate a queste sostanze (HRI, in corso di pubblicazione)

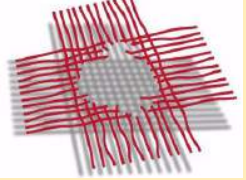
# Carcere, consumo di sostanze e patologie correlate in EU - II



- Circa il 65% dei detenuti soffrono di **patologie psichiche** (Fazel and Danesh, 2002; OEDT 2012)
- **HIV: infezioni tra i consumatori di sostanze in carcere** sono il doppio rispetto alla comunità (5.6 % contro 2.6 % in 15 paesi UE tra il 2005 e il 2012) (OEDT 2012)
- **Epatite C: prevalenza dal 4,3 % fino all'86,3% nella popolazione carceraria** (OEDT 2018)
- **Alcol: 18–30% degli uomini e 10–24% delle donne in carcere** hanno avuto problemi di consumo di alcol («International studies», Fazel 2006)
- **Tassi di mortalità: in Europa il rischio di suicidio in carcere** è 7 volte superiore a quello delle persone libere (10.5 per 10.000 detenuti) (Rabe, 2012)
- **In Europa l'overdose** continua a essere la principale causa di decesso tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio. (OEDT 2018) – Particolare attenzione per l'immediato periodo dopo il rilascio dal carcere

# Assunzione endovenosa di stupefacenti "intra-moenia"





# Programma CCM 2012 – il progetto

**«Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio epidemiologico e di prevenzione dei tentativi suicidari».**

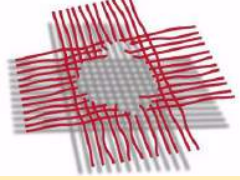
**Ente responsabile dell'esecuzione:** Regione Toscana DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana - ARS)

## **Regioni coinvolte:**

- Toscana
- Lazio
- Umbria
- Veneto
- Liguria
- Az. UsI Salerno

**Durata progetto: 2 anni**

**Finanziamento: 290.000 Euro**



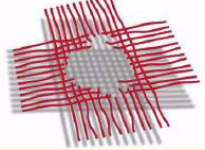
# Obiettivo generale e obiettivi specifici

## OBIETTIVO GENERALE

Rilevare le condizioni di salute della popolazione detenuta nelle strutture penitenziarie delle regioni coinvolte nel progetto con particolare attenzione alla valutazione del rischio suicidario e sperimentazione di azioni preventive in alcuni istituti penitenziari degli enti partecipanti al progetto.

## *Obiettivi specifici*

- 1. Costruzione di una breve scheda clinica per la raccolta di informazioni** relative a stili di vita, diagnosi internistiche e psichiatriche codificate attraverso la classificazione ICD9cm\ICD10, trattamenti farmacologici e valutazione del rischio suicidario.
- 2. Sviluppo di uno strumento informatizzato** su tecnologia informatica free/open source in grado di rilevare le informazioni specifiche sullo stato di salute e il trattamento farmacologico dei detenuti, con particolare attenzione al rischio suicidario.
- 3. Rilevazione dello stato di salute dei detenuti presenti nelle regioni coinvolte** attraverso lo strumento informatizzato costruito.
- 4. Costruzione di un elenco di azioni multidisciplinari** a cui far riferimento per la **prevenzione del suicidio e degli atti autolesivi**
- 5. Sperimentazione delle azioni multidisciplinari** volte alla prevenzione di azioni suicidarie o auto lesive in alcuni strutture coinvolte nel progetto.



# Protocollo di ricerca

## Popolazione in studio

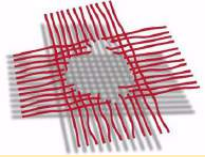
La popolazione in studio era rappresentata da tutti i detenuti presenti all'interno degli Istituti penitenziari di Lazio, Liguria, Toscana, Umbria, Veneto, ASL di Salerno,

**alle 24.00 del 3 febbraio 2014.**

## Tipologia studio

Indagine trasversale di prevalenza

- a) Il **3 febbraio 2014** è stata redatta la **lista dei detenuti presenti all'interno di ogni istituto compresi i nuovi giunti in quel giorno.**
- b) I medici hanno avuto a disposizione **4 mesi per compilare la scheda** di rilevazione dello stato di salute di tutti i cittadini detenuti presenti al 3 febbraio 2014.
- c) I dati sono stati inviati ad ARS entro il **3 giugno 2014** all'indirizzo mail appositamente costruito

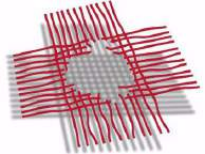


# METODOLOGIA:

Elaborazione di una **Scheda Informatizzata**, che rilevasse alcune informazioni contenute nella cartella clinica cartacea del detenuto, composta da 2 parti:

## 1. parte socio-demografica

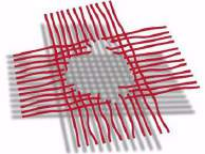
- età
- genere
- nazionalità
- anni di studio
- provenienza del detenuto da libertà (con segnalazione di eventuale prima detenzione), da altro Istituto, da Centro Diagnostico Terapeutico, da affidamento sociale o da arresti domiciliari



# METODOLOGIA:

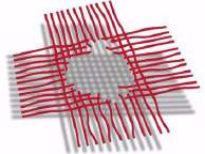
## 2. parte sanitaria

- consumo di tabacco e sigarette fumate al giorno
- peso e altezza, per calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC)
- numero di ore trascorse in cella al giorno
- diagnosi di malattie, sia internistiche che psichiatriche, codificate secondo la **classificazione ICD-9-CM** (possibile inserire solo una diagnosi principale e un numero illimitato di diagnosi secondarie)
- trattamenti farmacologici associati ad ogni diagnosi e censiti per nome commerciale (con relativo dosaggio giornaliero, formulazione e via di somministrazione)
- specifiche informazioni su tentato suicidio e atti di autolesionismo



# STATO DI SALUTE

- Presenza di una condizione patologica, anche non grave, nel **67,5%** del totale di detenuti arruolati (**N=10.631**)
- Numero di diagnosi totali = 23.031
- In media **2,2 diagnosi di malattia** per detenuto affetto da almeno una condizione patologica
- Apparenti condizioni di buona salute, il **32,5%** del campione (**N=5.120**)

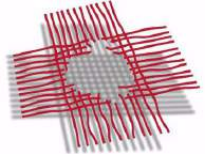


# DETENUTI CON PATOLOGIA

Grandi gruppi di patologie ICD IX-cm**	Totale	
	N*	% totale arruolati (N=15.751)
Disturbi psichici	6.504	41,3
Malattie dell'apparato digerente	2.286	14,5
Malattie infettive e parassitarie	1.812	11,5
Malattie del sistema circolatorio	1.788	11,4
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	1.348	8,6
Malattie dell'apparato respiratorio	854	5,4
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	791	5,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	809	5,1
Malattie del sistema nervoso	626	4,0
Malattie dell'apparato genitourinario	452	2,9
Traumatismi e avvelenamenti	344	2,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	282	1,8
Tumori	135	0,9

\* Un detenuto può essere affetto da più malattie

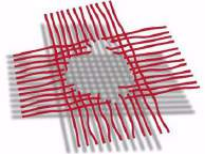
\*\* Esclusi dalla tabella alcuni grandi gruppi di malattia con pochi casi



## MALATTIE INFETTIVE:

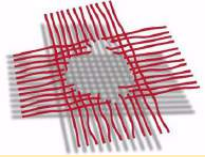
### Prevalenza delle singole nella popolazione detenuta

Malattie infettive e parassitarie	N.	% sul totale delle diagnosi	% sul totale dei visitati
Epatite C	1.165	54,6	7,4
Epatite B	321	15,0	2,0
HIV	310	14,5	2,0
TBC	104	4,9	0,6
Sifilide	71	3,3	0,5
Micosi della cute e annessi cutanei	49	2,3	0,3
Epatite A	27	1,3	0,2
Infezioni da Herpes simplex	15	0,7	0,1
Condiloma acuminato	14	0,7	0,1
Altre epatiti	3	0,1	0,0
Epatite Delta	3	0,1	0,0
Altro	52	2,4	0,3
<b>Totale</b>	<b>2.134</b>	<b>100,0</b>	<b>11,5</b>



# Terapia anti-HCV

- 50 soggetti erano in trattamento
- Tutti con associazione di ribavirina + interferone-peghilato
  - Alfa-2a: 43
  - Alfa-2b: 7
- Nessuno in terapia con DAA (all'epoca telaprevir e boceprevir)



# IL REPORT

- IL REPORT CONTENENTE TUTTE I RISULTATI DELLA RICERCA E' SCARICABILE ALL'INDIRIZZO: [www.ars.toscana.it/](http://www.ars.toscana.it/).





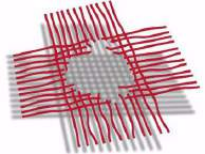
## ACCORDO DI RICERCA

# Modelli Operativi e Linee Guida per la Sanità in carcere

**Roma, 31 Luglio 2017**

# CONCLUSIONI - I

- La medicina in carcere rappresenta un tipico modello di '*medicina della complessità*', sia per il peculiare contesto che per la numerosità delle istanze presenti.
- La persona con limitazione della libertà personale è portatore di una necessità di presa in carico globale, come individuo e non come una singola malattia o come somma di esse.
- I modelli organizzativi del SSN devono fornire una risposta nuova, efficace e rispettosa delle diverse identità socio-culturali e sanitarie.

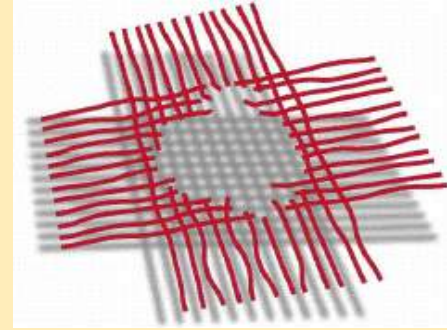


## CONCLUSIONI - II

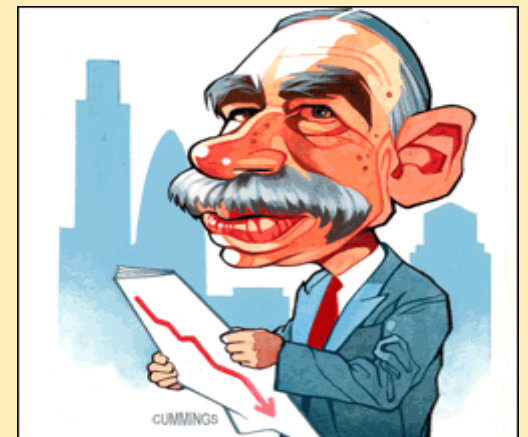
- Dal 2008 il carcere rientra nella responsabilità e spesa della medicina del territorio, a carico delle Regioni.
- Gli interventi in carcere devono rappresentare un link con i servizi terr.li
- E' necessario poter disporre di strumenti e dati clinico-epidemiologici affidabili per una migliore programmazione della spesa del settore.
- Sebbene la presente ricerca nella popolazione detenuta italiana sia la più vasta nella letteratura europea, secondo criteri standardizzati ed eseguita da personale particolarmente addestrato, è necessario disporre di casistiche a copertura nazionale e della creazione di flussi informativi costanti.

“There is nothing a government hates more than to be well informed; for it makes the process of arriving at decisions much more complicated or difficult”.

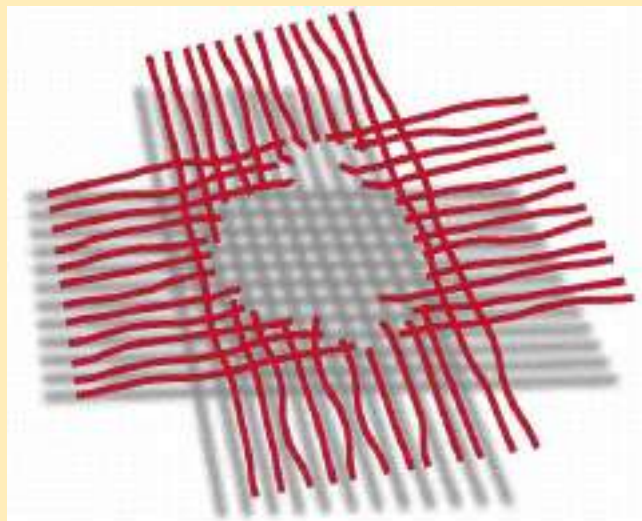
**(J. M. KEINES, 1932)**



**Co.N.O.S.C.I.** (O.N.L.U.S.)  
Coordinamento Nazionale degli Operatori  
per la Salute nelle Carceri Italiane







# [www.CONOSCI.org](http://www.CONOSCI.org)

(O.N.L.U.S.)

**Coordinamento Nazionale degli Operatori per la  
Salute nelle Carceri Italiane**



**Membro della Consulta delle Società Scientifiche  
del campo delle Dipendenze Patologiche**