



CENTRO STUDI SEA

ISSN 2240-7596

AMMENTU

**Bollettino Storico, Archivistico e
Consolare del Mediterraneo (ABSAC)**

N. 4

gennaio - giugno 2014

www.centrostudisea.it/ammentu/

Direzione

Martino CONTU (direttore), Giampaolo ATZEI, Manuela GARAU.

Comitato di redazione

Lucia CAPUZZI, Maria Grazia CUGUSI, Lorenzo DI BIASE, Maria Luisa GENTILESCHI, Antoni MARIMÓN RIUTORT, Francesca MAZZUZI, Roberta MURRONI, Carlo PILLAI, Domenico RIPA, Maria Elena SEU, Maria Angel SEGOVIA MARTI, Frank THEMA, Dante TURCATTI, Maria Eugenia VENERI, Antoni VIVES REUS, Franca ZANDA

Comitato scientifico

Nunziatella ALESSANDRINI, Universidade Nova de Lisboa/Universidade dos Açores (Portogallo); Pasquale AMATO, Università di Messina - Università per stranieri "Dante Alighieri" di Reggio Calabria (Italia); Juan Andrés BRESCIANI, Universidad de la República (Uruguay); Margarita CARRIQUIRY, Universidad Católica del Uruguay (Uruguay); Giuseppe DONEDDU, Università di Sassari (Italia); Luciano GALLINARI, Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea del CNR (Italia); Elda GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Spagna); Antoine-Marie GRAZIANI, Università di Corsica Pasquale Paoli - Institut Universitaire de France, Paris (Francia); Rosa Maria GRILLO, Università di Salerno (Italia); Victor MALLIA MILANES, University of Malta (Malta); Roberto MORESCO, Società Ligure di Storia Patria di Genova (Italia); Carolina MUÑOZ-GUZMÁN, Universidad Católica de Chile (Chile); Fabrizio PANZERA, Archivio di Stato di Bellinzona (Svizzera); Roberto PORRÀ, Soprintendenza Archivistica della Sardegna (Italia); Didier REY, Università di Corsica Pasquale Paoli (Francia), Sebastià SERRA BUSQUETS, Universidad de las Islas Baleares (Spagna); Cecilia TASCA, Università di Cagliari (Italia)

Comitato di lettura

La Direzione di AMMENTU sottopone a valutazione (referee), in forma anonima, tutti i contributi ricevuti per la pubblicazione.

Responsabile del sito

Stefano ORRÙ

AMMENTU - Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo (ABSAC)

Periodico semestrale pubblicato dal Centro Studi SEA di Villacidro.

Registrazione presso il Tribunale di Cagliari n° 16 del 14 settembre 2011.

ISSN 2240-7596 [online]

c/o Centro Studi SEA

Via Su Coddu de Is Abis, 35

09039 Villacidro (VS) [ITALY]

SITO WEB: www.centrostudisea.it

E-MAIL DELLA RIVISTA: ammentu@centrostudisea.it

Sommario

Presentazione	1
Presentation	3
Présentation	5
Presentación	7
Apresentação	9
Presentació	11
Presentada	13
DOSSIER	
Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo	15
a cura di Alessandro Coni e Martino Contu	
– ALESSANDRO CONI, MARTINO CONTU Introduzione	17
– GIAMPAOLO ATZEI, MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: inquadramento generale e andamento demografico	21
– MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: situazione socio-economica dal secondo dopoguerra a oggi	37
– MARTINO CONTU L’assistenza agli ammalati di mente in Sardegna e nell’area del Medio Campidano tra XIX e XX secolo	48
– GUGLIELMINA ORTU Dall’assistenza legale all’assistenza sanitaria locale. Breve <i>excursus</i> delle riforme del sistema sanitario nazionale e regionale con specifico riferimento al caso Sardegna	62
– MARTINO CONTU, COSTANZO FRAU I pazienti trattati nella sede di San Gavino Monreale del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nell’anno 2011. Analisi dei dati socio-demografici e delle diagnosi	70
– IVANO LOCCI Le certificazioni psichiatriche rilasciate dalla sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 nell’anno 2011. Analisi delle diagnosi	85
– COSTANZO FRAU La diagnosi psichiatrica nel Medio Campidano: analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione	91
– ROBERTA CAPPAL I trattamenti sanitari obbligatori e volontari effettuati dal Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nel periodo 1992-2011. Analisi descrittiva	111
– ALESSANDRO CONI, COSTANZO FRAU Ricoveri ospedalieri e disturbo borderline di personalità nel Centro di Salute Mentale di Sanluri	138
– MANUELA PIANO, MICHELA TUVERI I centri residenziali e semiresidenziali di terapie psichiatriche. Analisi delle strutture che operano nella ASL n. 6 (2006-2010)	150
– GIANFRANCO CARBONI, ALDO CASADIO Lo stato di salute della popolazione carceraria detenuta nella Casa di Reclusione “Is Arenas” (Arbus) nel biennio 2011-2012	178

FOCUS	
Famílias modernas en América Latina	209
bajo la dirección de Carolina Muñoz-Guzmán	
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Introducción	209
– CARLA FLORES FIGUEROA Obstáculos para el abordaje de familias con necesidades complejas en el sistema de salud de atención primaria en la región de Maule, Chile	211
– RAYEN CORNEJO TORRES La dimensión simbólica como estrategia de reproducción de jerarquización social, una herencia del periodo colonial	221
– LILIANA GUERRA ABURTO La familia como transmisora del sistema sexo-género	230
– MARICELA GONZÁLEZ MOYA <i>Inside Home</i> . La visita domiciliaria de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940	241
– ISKRA PAVEZ SOTO, KATHERINE LEWIN Infancia e inmigración en Chile: hacia un estado del arte	254
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Child protection in Chile: towards a rights' perspective	268
FOCUS	
Profili di antifascisti repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce	279
a cura di Lorenzo Di Biase	
– LORENZO DI BIASE Introduzione	281
– IMMACOLATA CINUS La storia di tre antifascisti del centro minerario di Guspini: i repubblicani Ettore Manis e Luigi Murgia e il socialista Eugenio Massa	283
– EMANUELA LOCCI Giorgio Mastino Del Rio: dalla resistenza romana all'attività politica nelle file della Democrazia Cristiana	304
– LORENZO DI BIASE La persecuzione pentecostale durante il fascismo. Il caso dei cinque "tremolanti" sardi perseguitati dal regime	315
Ringraziamenti	347

Lo stato di salute della popolazione carceraria detenuta nella Casa di Reclusione “Is Arenas” (Arbus) nel biennio 2011-2012

Gianfranco CARBONI
ASL di Sanluri
Aldo CASADIO
ASL di Sanluri

Abstract

This essay is divided into three parts: the first gives synthetic information about "Is Arenas", a penitentiary located in the town of Arbus; the assistance provided in 2011 by the health services is described, giving an insight on the health needs in the difficult and complex world of detention. The second part deals with the health conditions of the inmates on the basis of a study of 230 medical records referring to them between January 1 and April 30, 2012. The third part describes the health needs observed by the Department of Mental Health and Addictions of the Local Health Unit (ASL) n. 6 Sanluri, through two surveys carried out on June 30 and December 31, 2011.

Keywords

State of health, mental health, addiction, prison population, "Is Arenas" Penitentiary, ASL n. 6

Riassunto

Il contributo si divide in tre sostanziali parti: una prima nella quale vengono fornite delle sintetiche informazioni relative alla Casa di Reclusione di “Is Arenas”, sita nel territorio comunale di Arbus, con descrizione dell’offerta assistenziale erogata nel corso del 2011 dal sistema sanitario dell’amministrazione penitenziaria, da intendersi come descrizione dei bisogni di salute nel difficile e complesso mondo carcerario; una seconda parte che descrive lo stato di salute dei detenuti sulla base di uno studio effettuato su 230 cartelle cliniche appartenenti ai reclusi presenti a “Is Arenas” nel periodo intercorrente tra il 1 gennaio e il 30 aprile 2012; una terza e ultima parte nella quale vengono descritti i bisogni di salute osservati dal Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze della ASL n. 6 di Sanluri attraverso due rilevazioni puntuali effettuate il 30 giugno e il 31 dicembre del 2011.

Parole chiave

Stato di salute, salute mentale, dipendenza, popolazione carceraria, Casa di Reclusione “Is Arenas”, ASL n. 6 di Sanluri

1. Premessa

Questo lavoro, nel fornire alcune preliminari notizie sulla Casa di Reclusione “Is Arenas” di Arbus, descrive, in primo luogo, l’offerta assistenziale erogata ai detenuti nell’arco del 2011, sottolineando, nel contempo, le peculiarità dei bisogni di salute in ambito carcerario. Segue un’analisi dello stato di salute sulla base di uno studio effettuato su 230 cartelle cliniche appartenenti ai detenuti presenti nella Casa di Reclusione nel periodo intercorrente tra il 1 gennaio e il 30 aprile 2012. Elaborazione di dati che è stata condotta in modo da poter effettuare anche qualche comparazione con uno studio più rappresentativo e significativo di popolazione penitenziaria. A tal fine, la scelta è ricaduta sullo studio condotto nella Regione

Toscana nel 2010¹. Nella terza e ultima parte viene descritto lo stato delle dipendenze da sostanze stupefacenti e da alcol dei detenuti attraverso l'ausilio della scheda Tox e della scheda alcologia.

La finalità di questo lavoro è stata quella, in primo luogo, di valutare i bisogni di salute della popolazione carceraria, anche se con tutta una serie di limiti (trattandosi di un semplice campione di popolazione non statisticamente significativo sia a livello nazionale che regionale, e considerando il continuo turnover dei detenuti); in secondo luogo, si è inteso approfondire un'esperienza, quantunque circoscritta a un'unica Casa di reclusione, per progettare un sistema di monitoraggio a supporto della programmazione, organizzazione e gestione/controllo delle attività e dei risultati conseguiti.

2. Peculiarità dell'Istituto di Pena e aspetti dell'offerta assistenziale sulla base dei dati di attività del 2011

2.1 Ubicazione, viabilità e caratteristiche orografiche

La Casa di Reclusione si estende interamente in territorio del Comune di Arbus nella Provincia del Medio Campidano. L'istituto, inaugurato il 28 ottobre del 1961, fu l'ottava colonia penale istituita in Italia dopo l'Asinara, Mamone, Isili, Capraia, Gorgona, Pianosa e Lonate Bozzolo². La Casa di Reclusione, con i suoi 2.700 ettari, è una delle più estese d'Italia. Il suo territorio è ricoperto, in gran parte, da macchia mediterranea e riveste una notevole importanza da un punto vista faunistico e botanico³. La struttura è ubicata in una zona ex mineraria isolata orograficamente dal resto del territorio da un sistema montuoso collinare a cui si accede tramite una strada costituita da sole curve e da alcuni tornanti, con scarsa segnaletica e carenti mezzi di protezione della carreggiata. Sebbene disti circa 30 Km dal più vicino poliambulatorio (Guspini) e 45 Km dall'ospedale di San Gavino Monreale, i tempi di accesso sono quindi particolarmente lunghi (40 minuti da Guspini e 55 da San Gavino Monreale). Talvolta a causa delle situazioni meteorologiche i tempi raddoppiano o addirittura la località diventa non più raggiungibile (un tratto stradale è a 600 metri di quota).

2.2 Peculiarità dell'Istituto di Pena

L'Istituto di Pena si caratterizza per la sua attività di recupero mediante il lavoro. Le attività lavorative sono diverse, alcune con un certo grado di rischio lavorativo: agricoltura, zootecnia, officina, uso di mezzi pesanti e lavori edili. L'attività lavorativa si svolge in diversi spazi tra loro distanti anche alcuni Km. Anche le diramazioni in cui sono reclusi i detenuti distano tra loro da 1 a 4 Km. Da segnalare, inoltre, l'attività legata al giornale penitenziario denominato «Ricominciare - La

¹ Si tratta del seguente studio: ARS TOSCANA AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ, *Lo stato di salute dei detenuti toscani*, Nuova MCS srl., Firenze 2010.

² Per notizie più dettagliate sulla storia della struttura carceraria, cfr. MONIA GEMMA MANIS, MARTA SANNA (a cura di), *La popolazione straniera della Casa Circondariale di Is Arenas*, in PROVINCIA DEL MEDIO CAMPIDANO, *Flussi migratori nella Provincia del Medio Campidano*, Centro Studi SEA-Provincia Medio Campidano, Villacidro-Sanluri 2010. In particolare, si veda il paragrafo 6.3 di Marta Sanna, *La Casa di reclusione di Is Arenas: cenni storici*, pp. 89-90.

³ Sulle caratteristiche naturalistiche della Casa di Reclusione, cfr. Ivi, paragrafo 6.2 *La Casa di reclusione di Is Arenas: descrizione geografica a naturalistica*, pp. 88-89.

Libertà di Pensare», al quale molti detenuti hanno collaborato tra il giugno del 1988 e il dicembre del 1992 quando uscì l'ultimo numero⁴.

2.3 Popolazione assistita

La ricettività dell'Istituto di Pena è di 228 detenuti maschi adulti. L'alto e continuo turnover dei detenuti comporta di fatto che il numero delle persone da seguire nel corso dell'anno sia però ben maggiore, conseguentemente il profilo di salute è soggetto a modificarsi continuamente e bruscamente. Da un momento all'altro è possibile un arrivo consistente di nuovi giunti (anche di qualche decina) o la costituzione volontaria di qualcuno. In queste situazioni la struttura deve essere in grado di prestare la necessaria assistenza alle più diverse situazioni cliniche in ogni giorno della settimana e ad ogni ora. Assistenza rispetto a bisogni di salute fisici/biologici e mentali/psicologici, talvolta non ancora bene inquadrati diagnosticamente e con le più disparate terapie in corso.

La popolazione detenuta nel 2011 è costituita al 70% da stranieri extracomunitari, quindi con problemi anche di comprensione linguistica, culturale e antropologica⁵.

Oltre alla popolazione detenuta, sono presenti un centinaio di operatori della polizia penitenziaria, altri operatori dell'amministrazione penitenziaria e familiari ivi residenti, oltre alla presenza stagionale di circa 250 persone in soggiorno turistico nei mesi estivi.

2.4 Quadro dell'attuale offerta assistenziale: risorse umane, locali e dotazione tecnica

L'Assistenza sanitaria di base è garantita da un medico che ricopre la figura del Medico Incaricato, con compiti anche di organizzazione e coordinamento, e da cinque medici del Servizio Assistenza Integrativa ai detenuti (SIAS) che, avvicinandosi, garantiscono la presenza di un medico nelle 24 ore. Oltre l'assistenza medica di base, tali medici svolgono le attività di assistenza e medico legali previste dall'ordinamento penitenziario, nonché di prevenzione dei fenomeni di autolesionismo e di violenza, raccordandosi con le altre figure dell'istituto (direzione carceraria, polizia penitenziaria, magistrati, educatori).

L'assistenza specialistica è svolta in sede con specifici fondi della Casa di Reclusione ed è limitata alla cardiologia, infettivologia, odontoiatria e oculistica.

Operano nell'istituto 6 infermieri che, assieme all'infermiere in convenzione del Servizio Dipendenze (SERD), garantiscono l'assistenza infermieristica dalle ore 6 alle ore 22.

L'attività ambulatoriale è articolata su quattro ambulatori: uno ubicato in ciascuna delle tre diramazioni carcerarie e uno in un edificio dell'area riservata al personale dell'amministrazione penitenziaria. Il Medico incaricato ha un suo ufficio e dispone di un locale adibito a farmacia.

L'organizzazione attuale del servizio di assistenza sanitaria è la seguente:

⁴ «La rivista, realizzata grazie alla disponibilità di fondi regionali e di contributi del Ministero per le attività culturali, è diventata uno strumento attraverso il quale raccontare alla società la realtà dei luoghi in cui si sconta la pena. Un'esperienza positiva che ha potuto contare anche sulla collaborazione degli organi di informazione regionali quali la RAI e l'Unione Sarda» (SANNA, *La Casa di reclusione di Is Arenas: cenni storici*, cit., in MANIS, SANNA (a cura di), *La popolazione straniera della Casa Circondariale di Is Arenas*, cit., p. 90).

⁵ Sulla base di un altro studio, relativo al 2009 e pubblicato nel 2010, i detenuti stranieri rappresentavano il 60% della popolazione carceraria totale della Casa di reclusione. Si veda a tal proposito il contributo di MANIS, SANNA (a cura di), *La popolazione straniera della Casa Circondariale di Is Arenas*, cit., pp. 87 e 91-107.

- Servizio Integrativo Assistenza Sanitaria (SIAS): nei giorni festivi -turno continuativo- si coprono le 24 ore, nei giorni feriali 21 ore.
- Medico Incaricato: 18 ore settimanali (completamento copertura servizio nelle 24 ore/die assieme al medico tossicologo a 24 ore settimanali).
- Servizio Infermieristico: infermieri di ruolo turni da otto ore (una settimana 5 e una 4); parcellisti simili a quelli di ruolo ma modificabili secondo le esigenze di servizio; Infermiere SERD 24 ore settimanali (totale ore: di ruolo n. 2 x 36 h + n. 1x18 h + 72 h parcellisti e 24 h SERD= n. 186 ore).

2.5 Profilo di salute, attività e prestazioni erogate. Peculiarità dei bisogni di salute in ambito penitenziario

La malattia, la sua evoluzione, l'approccio terapeutico acquisiscono nel carcere una loro specificità. In particolare, in quanto la detenzione incide sia nella sua dimensione individuale ove il singolo si trova ad affrontare una realtà nuova e particolare con effetti incisivi sulla personalità psichica e fisica e con il rischio di sfociare in atti di auto od eteroviolenza, sia nella dimensione collettiva con tutte le implicazioni che la promiscuità e le relazioni non consensuali spesso comportano (rischi di contagio, violenza fisica e psichica gratuita...). La stessa funzione medica non si esaurisce nell'applicazione tecnica ma richiede, per la complessità delle situazioni cliniche, una preparazione degli aspetti psicodinamici dei soggetti detenuti e una conoscenza del contesto di vita nelle carceri. Anche i bisogni di salute che al di fuori di tale realtà sarebbero oggetto di isolati interventi, qui necessitano di un approccio integrato tra i diversi operatori. Anche per tali ragioni nel passaggio delle competenze al SSN, il Distretto è stato indicato quale naturale struttura organizzativa deputata al governo di tale assistenza.

2.6 L'assistenza sanitaria di base

L'attività è garantita in tutte le sue fasi nel rispetto delle indicazioni dell'Ordinamento penitenziario, ai sensi della legge n. 740/70⁶ e degli artt. 11 della legge n. 354/75⁷ e 17 del D.P.R. n. 431/76⁸ che regola l'organizzazione dei servizi sanitari.

L'attività in favore dei detenuti prevede, altresì, una serie di controlli medici che, in ossequio al secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, devono essere effettuati, per legge, indipendentemente dalla richiesta dell'interessato e dalla manifestazione del suo consenso: la visita medica d'ingresso e la visita medica periodica. L'espletamento di tali attività apre la strada alla diagnosi, cura e ricovero nell'interesse del singolo e di tutte le altre misure che si riterranno necessarie per tutelare la salute della comunità reclusa.

La visita medica d'ingresso, obbligatoria, da effettuare non oltre il primo giorno, costituisce, insieme al presidio psicologico, uno strumento di garanzia rivolto, da un lato, a verificare l'assenza di patologie, dall'altro, a rilevare cause di rinvio

⁶ Legge 7 ottobre 1970, n. 740, *Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria*, pubblicata sulla G.U. n. 270 del 24 ottobre 1970.

⁷ Legge 26 luglio 1975, n. 354, *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*, pubblicata sulla G.U. n. 212 del 9 agosto 1975, Supplemento Ordinario. (D'ora in avanti la legge sarà citata O.p., abbreviazione di Ordinamento penitenziario).

⁸ DPR 29 aprile 1976, n. 431, *Approvazione del regolamento di esecuzione della legge 26 luglio 1975, n. 354, recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà*, pubblicato sulla G.U. n. 162 del 22 giugno 1976, Supplemento Ordinario.

dell'esecuzione della pena. La visita medica generale deve essere effettuata all'atto dell'ingresso in istituto allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche, e deve esplicarsi in maniera approfondita per evitare che forme patologiche sfuggano al controllo sanitario e manchino, quindi, nel corso della detenzione o dell'internamento, di adeguate attenzioni e cure. I provvedimenti potranno consistere, in proporzione alla gravità della malattia e al livello di organizzazione del servizio sanitario dell'istituto, nel ricovero del detenuto in infermeria, in un centro diagnostico terapeutico o, infine, in un luogo esterno di cura. In relazione allo stato di tossicodipendenza, visto il Decreto 12.7.1990 n. 186 del Ministero della Sanità⁹, il sanitario che effettua la visita di primo ingresso deve esprimere un giudizio sull'eventuale tossicodipendenza del soggetto (accertamento preliminare per la definizione dei programmi socio-sanitari e riabilitativi da riservarsi ai detenuti tossicodipendenti), nonché valutare il rischio infettivo delle patologie correlate allo stato di dipendenza (epatite, AIDS etc.) per evitare la diffusione delle patologie nell'ambiente carcerario notoriamente afflitto da comportamenti ad alto rischio e da gravi problemi di sovraffollamento e promiscuità. In tal senso, presso la Casa di Reclusione è prassi effettuare lo screening per la TBC e degli esami ematici di routine. Attività di prevenzione assicurate anche al personale dell'amministrazione penitenziaria.

L'assistenza sanitaria è assicurata nel corso della permanenza in istituto:

1. da periodici e frequenti riscontri indipendentemente dalle richieste dell'interessato;
2. da visite quotidiane agli ammalati e a coloro che ne facciano richiesta.

Ai fini preventivi, gli operatori sono tenuti all'espletamento dell'accertamento obbligatorio dello stato di salute psicologico (apposito Servizio nuovi giunti: presidio psicologico che si affianca, senza sostituirli, alla prima visita medica generale e al colloquio di primo ingresso). Consiste in un colloquio con il nuovo giunto, nello stesso giorno dell'ingresso e prima dell'assegnazione, allo scopo di prevenire possibili pericoli per l'incolumità psico-fisica (dinamiche autolesionistiche o suicide o tali da esporli a violenza da parte di altri detenuti). Tale attività è svolta in modo molto stretto con il resto del personale dell'amministrazione penitenziaria (personale di custodia, personale di matricola, educatore e direzione del carcere), nonché ovviamente con gli altri operatori sanitari. Lo stesso Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria raccomanda: «devono essere valutati unitariamente, in quanto suggeriscono, impongono o condizionano decisioni e iniziative di competenza ed interesse, sia dell'area del trattamento, sia dell'area sanitaria, sia dell'area di sicurezza, a partire dalla fondamentale e preliminare, delicatissima decisione della assegnazione del detenuto, o dell'internato, ad un determinato reparto o sezione, ad una determinata stanza»¹⁰.

L'Ordinamento Penitenziario (O.p.) prescrive poi che il detenuto, prima di essere trasferito, deve essere visitato dal medico per certificarne lo stato di salute, con particolare riguardo all'assenza di condizioni che lo rendano inidoneo a sopportare il viaggio o la presenza di patologie che richiedano particolari cautele ed accorgimenti. Tale funzione è particolarmente delicata in quanto vi è anche il rischio di simulazioni

⁹ Decreto ministeriale 12 luglio 1990, n. 186, *Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere*, pubblicato sulla G.U. n. 163 del 14 luglio 1990.

¹⁰ Circolare n. 3357-5787 del 7 febbraio 1992.

da parte del detenuto per sottrarsi al regolare corso della giustizia o all'esecuzione di un provvedimento dell'Amministrazione penitenziaria.

L'o.p. prevede anche l'isolamento continuo, una misura, di natura amministrativa per motivi sanitari¹¹, che viene prescritta dal medico allo scopo preventivo di evitare la diffusione di malattie contagiose. L'isolamento che deve cessare non appena sia venuto meno lo stato contagioso. L'isolamento anche quando si atteggia, al di fuori della prevenzione, quale misura disciplinare non prescinde mai dalle condizioni di salute ed è sempre richiesta la certificazione, rilasciata dal sanitario, circa l'idoneità del soggetto a sopportarla.

Le funzioni di medicina legale, previste dall'art. 14 della legge 833/78¹², si esplicano mediante accertamenti, certificazioni ed ogni altra prestazione avente finalità e natura medico-legale. Esse hanno riguardo a valutazioni clinico biologiche relative a specifiche norme di legge tra le quali si rinviene, ad esempio, l'accertamento per l'inidoneità lavorativa temporanea, per inidoneità lavorativa per infermità, per l'invalidità permanente per infortunio sul lavoro o malattia professionale, etc.

In ambito penitenziario, l'attività medico legale rappresenta una funzione importante e qualificata. Nel carcere, infatti, la funzione svolta dal personale sanitario abbraccia, come si è visto, una serie di mansioni specificamente penitenziarie e che costituiscono il presupposto dell'adozione di provvedimenti incidenti sullo stato detentivo (giudizio di incompatibilità, richiesta di degenza in infermeria o nei centri clinici penitenziari o in luogo esterno di cura). Parimenti, il medico è chiamato ad esplicitare attività medico legale in situazioni in cui è importante la conoscenza dei concetti di invalidità, malattia e denuncia di morte (con particolare riguardo alla diagnosi differenziale fra lesioni vitali e post-mortali), come nel caso in cui si incorra in lesività di tipo meccanico prodotta da terzi, autolesionismo in occasione di suicidio o istigazione, violenza sessuale, delitto di percosse e di lesione personale.

Nel corso del 2011 sono stati assicurati circa 2.600 interventi medici di assistenza sanitaria ai detenuti, nonché tuta una serie di altre prestazioni in favore degli operatori dell'amministrazione penitenziaria e dei loro familiari. Sono state effettuate 18 vaccinazioni antitetaniche e 30 HBV. Inoltre, è stato assicurato lo screening per la TBC (n. 189 tubertest) e la gestione degli interventi di profilassi conseguenti alla individuazione di un caso di TBC nel gennaio 2011.

2.7 L'assistenza specialistica

Nel carcere sono presenti le patologie più svariate, che spesso poi coesistono nella stessa persona. Questo spesso richiede la possibilità di potersi avvalere anche in modo ordinario di figure specialistiche. Presso la Casa di Reclusione di Is Arenas, ad esempio, è necessaria la figura costante del tossicologo per far fronte alle problematiche terapeutiche farmacologiche. Per quanto riguarda le infezioni da HIV, l'Amministrazione penitenziaria ha curato, per tempo, di inserire fra i settori della medicina specialistica anche la infettivologia e l'immunologia, sollecitando i Direttori degli istituti a stipulare apposite convenzioni in modo da assicurare all'interno degli istituti la presenza di uno specialista. A tal fine è stato predisposto anche un *Protocollo per l'accertamento alla sieropositività in persone detenute e per la sorveglianza clinica ed immunologica di reclusi con l'infezione da HIV* elaborato dalla

¹¹ O.p., art. 34.

¹² Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*, pubblicata sulla G.U. n. 360 del 28 dicembre 1978, Supplemento Ordinario.

Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e trasmesso al Ministero della Sanità per la diffusione presso le strutture sanitarie interessate.

Le figure specialistiche che hanno operato nel corso del 2011 all'interno della Casa di Reclusione sono quelle garantite mediante convenzioni con privati professionisti e quelle espletate mediante specifiche convenzioni con l'ASL Sanluri. Nel 2011, tra le prime figurano: la cardiologia con n. 110 consulenze (visita e ECG), l'odontoiatria con n. 72 interventi, l'infettivologo con n. 47 consulenze e l'oculistica con n. 26 consulenze. Nel corso dell'anno sono state erogate anche circa 200 consulenze ortopediche per tramite medico specialista del SIAS, oltre che alcune consulenze odontoiatriche urgenti. I prelievi ematici sono stati n. 145. Tra le seconde, proprio per venire incontro alle gravi difficoltà della Casa di Reclusione nella effettuazione delle traduzioni, figurano quelle previste dall'ASL 6 di Sanluri nella delibera n. 382 del 6/7/2009 con la quale si sono concordati una serie di accessi specialistici come segue:

Dirigente medico chirurgia = 48 ore anno: ogni consulenza è conteggiata per 30 minuti di attività a cui aggiungere il rimborso Km.

Anno 2010: n. 42 consulenze;

Anno 2011: n. 73 consulenze in 8 accessi.

Dirigente medico urologia = 12 ore anno: ogni consulenza è conteggiata per 30 minuti di attività a cui aggiungere il rimborso Km.

Anno 2010: n. 16 consulenze;

Anno 2011: n. 16 consulenze in 3 accessi.

Dermatologia: tramite accessi programmati alla Casa di Reclusione del dermatologo convenzionato interno: ogni anno circa 5 accessi con 49 consulenze specialistiche.

A questa attività si deve aggiungere quella erogata presso le strutture aziendali come segue:

Poliambulatorio di Guspini: n. 7 consulenze ORL;

Ospedale San Gavino Monreale: n. 108 consulenze (prevalentemente Rx torace).

2.8 La salute mentale e le tossicodipendenze

Come già accennato, un aspetto rilevante è costituito dai problemi di salute mentale. Il disagio mentale in carcere pone l'esigenza di realizzare un vero servizio sanitario specialistico in un contesto in cui è spesso difficile identificare situazioni di disturbo psichico ed anche evidenti manifestazioni di disturbo del comportamento o della personalità, spesso non diagnosticate come patologie psichiatriche. A tal scopo deve essere garantita in ogni istituto la presenza almeno di uno specialista in psichiatria. Nonostante la disposizione non imponga la presenza dello specialista a tempo pieno limitandosi a prevedere la possibilità di un pronto intervento, oggi lo si considera una figura indispensabile all'interno del carcere. Lo specialista non è chiamato soltanto ad intervenire terapeuticamente di fronte a tutte le manifestazioni sintomatiche del disagio psichico, ma deve anche partecipare come "esperto" all'attività di osservazione e trattamento. Non per ultimo, la prevenzione dei suicidi e la necessità degli interventi precoci di contrasto alla manifestazione ed evoluzione delle patologie psichiatriche comportano una presenza frequente degli operatori e la necessità di una forte integrazione con gli altri operatori sanitari e dell'amministrazione penitenziaria per definire le azioni e le strategie necessarie: individuazione precoce dei casi a rischio, definire i percorsi di presa in carico dei casi, verifica eventuali bisogni formativi degli operatori, ecc.

Il campo delle tossicodipendenze rappresenta, nell'ambito dell'assistenza sanitaria ai detenuti, l'unico esempio di completa gestione delle Aziende Sanitarie Locali (AASSLL) e di attuazione della legge 833/78. L'art. 96, primo comma, T.U. 309/90 recita: «Chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione»¹³.

L'ASL è il soggetto che, d'intesa con l'istituto e in collaborazione con il servizio sanitario penitenziario interno, è deputato alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcolisti.

Il SERD costituisce, pertanto, la struttura di riferimento dell'ASL, per i tossicodipendenti e per le loro famiglie e assicura i principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico farmacologico. Nell'ambito delle proprie competenze provvede altresì ad attuare interventi di informazione e di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza.

Qualora il tossicodipendente sia ristretto in un istituto penitenziario, il SERD di riferimento è quello dell'ASL in cui ha sede l'istituto stesso. Spetta, dunque, a tale struttura farsi carico del soggetto e apprestare gli interventi da attuarsi nel più vasto ambito del trattamento penitenziario individualizzato di cui all'art. 13 della legge 354/75. In tale funzione il SERD opera in nome e per conto del SERD di residenza, pur mantenendo dei contatti con quest'ultimo per i rapporti collaborativi.

L'Amministrazione penitenziaria deve offrire spazi adeguati per gli interventi del personale sanitario del SSN. La fattiva realizzazione degli obiettivi di cura e riabilitazione presuppone, dunque, una programmazione congiunta delle risorse e degli interventi.

Tale servizio è strettamente collegato alla visita medica d'ingresso ove la presa in carico è quasi immediata.

Nel corso del 2011 sono state erogate circa n. 63 consulenze tramite lo psichiatra del Servizio Salute Mentale ASL Sanluri. Al 1/1/2011 i tossicodipendenti erano 84.

Si riepiloga qui di seguito il quadro dell'offerta garantita nel 2011. Le figure che hanno operato nell'istituto attraverso specifiche convenzioni ASL/Casa Reclusione sono le seguenti:

- Un medico tossicologo del SERD: 20 ore settimana;
- Uno psicologo del SER: 18 ore settimana;
- Un infermiere del SERD: 24 ore settimana;
- Uno psichiatra Salute Mentale: circa 12 ore settimana (incrementabili su richiesta medico tossicologo).

Circa la metà della popolazione carceraria è affetta da disturbo della personalità, mentre uno su dieci soffre di serie patologie mentali, quale psicosi e depressione grave.

È consuetudine che presso la Casa di Reclusione di "Is Arenas" si effettui un primo screening durante la prima visita d'ingresso per evidenziare immediatamente ogni problematica urgente relativa alla tossicodipendenza e alla salute mentale, con

¹³ DPR del 9 ottobre 1990, n. 309, recante *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, pubblicato sulla G.U. del 15 marzo 2006, Supplemento Ordinario.

particolare attenzione al rischio di auto ed etero violenza. Attuate le prime misure e provveduto a portare i casi all'attenzione dei rispettivi servizi, nonché alla stessa amministrazione penitenziaria, ogni detenuto è preso in carico. In tal senso il tossicologo, in concerto con tutti gli operatori sanitari dell'istituto e con la psicologa, entrata di recente a far parte delle figure professionali sanitarie che da tempo operano in istituto, collabora con lo psichiatra del Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL di Sanluri, segnalando i casi più urgenti o quelli che comunque necessitano di una valutazione psichiatrica periodica.

Spesso il medico tossicologo, con i medici che operano in istituto, collaborano nella gestione delle terapie psico-farmacologiche in attesa di riscontro specialistico psichiatrico, considerata la notevole distanza del nostro istituto dal CSM territoriale di competenza.

La collaborazione tra medico tossicologo, psicologa e operatori sanitari si pone i seguenti obiettivi:

- Attivazione del sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e della valutazione periodica del disagio mentale;
- Attivazione di interventi per l'individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti con storia clinica di disagio mentale già segnalato dal carcere di provenienza;
- Garantire ai soggetti malati la possibilità di cura specialistica fornita dai servizi del territorio;
- Segnalare i soggetti con disturbo mentale incompatibili con le attività lavorative della colonia penale¹⁴.

2.9 L'assistenza ospedaliera e i ricoveri esterni

L'ordinamento penitenziario statuisce che «ove siano necessari cura o accertamenti diagnostici *che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti*»¹⁵ i detenuti sono trasferiti, con provvedimento del magistrato competente, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. Il trasferimento temporaneo potrà essere disposto sia per l'espletamento di una visita ambulatoriale specialistica che per il ricovero. Spetta esclusivamente al giudice, al quale la Direzione dell'istituto invia le certificazioni sanitarie, valutare le condizioni di salute del detenuto e decidere il ricovero all'esterno ovvero in un Centro diagnostico terapeutico dell'Amministrazione penitenziaria. I medici devono limitarsi a certificare le condizioni di salute e le risorse sanitarie disponibili. Gli operatori sanitari sono richiamati a redigere le relative certificazioni «con scrupolo e rigore assoluti, tassativamente evitando che un detenuto... possa essere trasferito quando le cure e gli accertamenti diagnostici richiesti possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti»¹⁶. La preoccupazione è di evitare possibili strumentalizzazioni da parte dei detenuti che, simulando o assumendo stati morbosi e patologici non esistenti o esagerando quelle esistenti, mirino a sottrarsi al regime di detenzione oltre ad evitare i notevoli costi sia economici che di personale impiegato per le traduzioni.

¹⁴ Ai fini di una maggiore tutela della salute, nel 2011 è stato avviato un progetto di educazione sanitaria per sensibilizzare la popolazione carceraria sul tema della salute, intesa come benessere psico-fisico, corretto stile di vita, limitazione di sostanze come caffè, fumo e alcool, approfondendo le tematiche del rispetto della propria igiene e cura della persona e degli ambienti di vita.

¹⁵ O.p., art. 11, comma 2.

¹⁶ Tra le tante, si vedano le Circolari nn. 3182/5632 del 21 luglio 1986, 3258/5708 del 28 dicembre 1988, 3319/5769 del 6 luglio 1991.

Altro fenomeno di rilievo riguarda le stesse ordinanze di ricovero quando le relative certificazioni non provengano dagli organi sanitari penitenziari ma da altri soggetti. Le autorità giudiziarie frequentemente emettono le ordinanze, ai sensi del combinato disposto dell'art. 11 O.p. e dell'art. 240 dd. att. c.p.p., sulla base di certificazione clinica prodotta direttamente dagli interessati o dai relativi difensori. Le conseguenza, primariamente, è che l'ordinanza viene emessa senza il preventivo accertamento delle possibilità terapeutiche proprie dell'istituto e dei Centri diagnostici ubicati all'interno dell'Amministrazione penitenziaria e, solitamente, la stessa non è accompagnata dalla relativa certificazione sanitaria nel momento in cui viene trasmessa ai Direttori o contiene semplicemente la formula di rito «...per le cure di cui necessita». Di conseguenza è la stessa Direzione che dovrà individuare il luogo esterno di cura e dovrà, in secondo luogo, cercare di evitare inutili ritardi nell'esecuzione del provvedimento dovuti all'inoltro della richiesta, diretta alle strutture sanitarie locali, di disponibilità di posti letto che necessita della indicazione precisa della diagnosi e della patologia accorsa.

L'ultimo comma dell'art. 17 reg. prevede una procedura rapida per consentire, quando ricorrono ragioni di assoluta urgenza e non è possibile ottenere l'immediata decisione del giudice competente (Autorità Giudiziaria che procede o Magistrato di sorveglianza), il trasferimento del detenuto in un luogo esterno di cura. Il Direttore dell'Istituto, ove ravvisi lo stato di necessità che richiede l'immediato trasferimento del paziente, può e deve provvedere direttamente dandone contemporanea comunicazione al giudice. Il provvedimento che nega il ricovero in una struttura sanitaria esterna non è impugnabile. La giurisprudenza ritiene, infatti, che tale atto abbia contenuto amministrativo e non incida sulla sfera della libertà personale, ma soltanto sulle modalità di detenzione in quanto comunque il soggetto rimane *in vinculis*. La conseguenza è la non ricorribilità in Cassazione ex art. 111 del provvedimento di rigetto.

Nel corso del 2011 sono stati richiesti e attuati 4 ricoveri ospedalieri.

2.10 L'assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica riveste carattere strumentale rispetto alle altre prestazioni ed è erogata dall'ASL (art. 28 legge 833/78). Questa azienda sanitaria provvede da tempo ad assicurare i farmaci necessari secondo il Prontuario Farmaceutico aziendale. Spettano ai detenuti anche i farmaci di fascia C, se ritenuti necessari dal medico curante.

3. Lo stato di salute della popolazione carceraria nel periodo gennaio-aprile 2012

3.1 Descrizione delle caratteristiche generali della popolazione detenuta

L'analisi dello stato di salute della popolazione carceraria effettuata tra il gennaio e l'aprile del 2012 presso la Casa Reclusione "Is Arenas" di Arbus ha riguardato 230 detenuti. L'elaborazione dei dati è stata effettuata attraverso lo studio e la raccolta delle informazioni contenute all'interno di n. 230 cartelle cliniche.

Da questo studio emerge che la maggior parte dei detenuti sono compresi nelle fasce d'età 25-29, 30-34 e 35-39 anni. I detenuti di queste tre fasce d'età rappresentano il 61,3% dell'intera popolazione carceraria (cfr. Tab. 1).

Tabella 1 - Numero detenuti per classi d'età

Età	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	> 70	Totale
persone	28	56	45	40	32	15	7	1	1	4	1	230

I 230 detenuti sono in maggioranza stranieri: 192 (83,5%) su 38 italiani (16,5%). Sul totale dei detenuti, 150 (65,2%) provengono dal continente africano, 49 (21,3%) dall'Europa (inclusi i 38 italiani), 22 (9,6) dall'America Latina e 9 (3,9%) dall'Asia, come meglio specificato nella tabella 2.

Tabella 2 - numero detenuti suddivisi per continenti e Stati di provenienza

EUROPA		AFRICA		ASIA		AMERICA	
Belgio	1	Algeria	7	Afganistan	1	Argentina	1
Bulgaria	1	Costa D'avorio	1	Bangladesh	1	Bolivia	1
Italia	38	Egitto	7	India	3	Brasile	2
Kosovo	1	Gambia	2	Iraq	1	Cile	2
Polonia	2	Ghana	1	Pakistan	1	Colombia	2
Romania	2	Guinee Bissau	1	Singapore	1	Ecuador	2
Russia	1	Guinea	1	Sri Lanka	1	Guatemala	1
Spagna	2	Isole Comore	1	Totale	9	Liberia	1
Ungheria	1	Libia	1		3,9%	Paraguay	1
Totale	49	Marocco	80			Peru'	1
	21,3 %	Nigeria	17			Repubblica Dominicana	3
ITALIA	16,5%	Senegal	3			Santo Domingo	3
		Sierra Leone	2			Uruguay	1
		Sudan	2			Venezuela	1
		Tunisia	24			Totale	22
		Totale	150				9,6%
			65,2%				

3.2 Quadro generale della prevalenza dei bisogni di salute per grandi gruppi di cause

Escludendo gli interventi della Salute Mentale e delle Dipendenze, nonché quelli concernenti il servizio nuovi giunti/primo ingresso e le prestazioni medico legali, su 230 detenuti, 195 hanno manifestato una qualche patologia o disturbo tale da richiedere la necessità di un intervento sanitario del medico incaricato o del medico del Servizio Integrativo Sanitario (SIAS). Qui di seguito la descrizione per grandi gruppi di cause:

Tabella 3 - Prevalenza dei bisogni di salute per grandi gruppi (v.a. e v.p.)

Grandi gruppi di cause	N° detenuti	%
Mm. Infettive	64	27,83

Grandi gruppi di cause	N° detenuti	%
Digerente	156	67,8
Respiratorio	84	36,5
Circolatorio	22	9,6
Genitourinario	29	12,6
Cute	54	23,5
Endocrino/metabolismo/immunitario	36	15,7
Nervoso	17	7,4
Occhi	50	21,7
Orecchio	18	7,8
Osteomuscolare	93	40,4
Traumatismi	91	39,6
Psiche	115	50,0
Sintomi/stati morbosi mal definiti	55	23,9
Tumori	2	0,9
Totale detenuti con almeno un problema	195	84,8
Totale dei detenuti presenti	230	

La tabella n. 3 mostra il diverso peso di ciascun grande gruppo di cause in termini di domanda espressa e di offerta erogata alla popolazione detenuta dal servizio di assistenza primaria nell'arco della storia clinica carceraria dei singoli individui.

Da uno studio similare condotto in Toscana nel 2010¹⁷ viene messo in evidenza come lo stato di salute della popolazione detenuta adulta sia il seguente:

- sani il 27%
- malati il 73%, di cui
 - 8% diagnosi solo psichiatrica;
 - 39,8% diagnosi solo internistica;
 - 25,2% diagnosi internistica e psichiatrica.

Detenuti con diagnosi internistica = 65%
 con diagnosi psichiatrica = 33,2%.

Le differenze osservabili sono da imputarsi principalmente al fatto che nello studio locale è stata osservata l'intera storia clinica così come descritta in ogni cartella personale, registrando anche stati morbosi molto comuni e transitori, come ad esempio gli stati d'ansia, le sindromi influenzali, le algie muscolo scheletriche.

Pertanto, fatta questa premessa, nella descrizione dei singoli gruppi di causa vedremo che per le principali patologie emergenti nello studio della Toscana c'è comunque la possibilità di una comparazione diretta o indiretta in base all'incidenza osservata nell'ultimo periodo.

3.3 Le patologie infettive. Aspetti generali

Tra le patologie infettive maggiormente prevalenti e importanti segnalate negli Istituti di Pena figurano le epatiti HCV e le infezione HIV. Tali infezioni sono prevalentemente acquisite prima dell'ingresso nell'istituto penale, anche se casi di trasmissione possono verificarsi durante la reclusione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti, etc.

¹⁷ ARS TOSCANA AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ, *Lo stato di salute dei detenuti toscani*, cit.

Tra gli altri stati morbosi segnalati di frequente compaiono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi e la tubercolosi. La scabbia, la pediculosi e le dermatofitosi sono prevalentemente acquisite per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso di un soggetto infestato.

La trasmissione della TBC è principalmente acquisita dall'esterno e prevale tra gli extracomunitari, ma ha un alto rischio di diffusione interna se non sistematicamente e prontamente identificata e trattata. Considerato l'alto grado di infettività e il contesto ambientale favorente la sua diffusione (spazi confinati e spesso sovraffollati), il manifestarsi di ceppi resistenti alla chemioterapia e la possibilità di allargarsi alla comunità esterna per tramite dei vari operatori dell'amministrazione penitenziaria, a questa patologia va sicuramente prestata una grande attenzione.

3.4 Dati epidemiologici generali

La fonte dei dati principale e più razionale è rappresentata dalla attività di screening. Tale attività è sistematicamente offerta per la ricerca delle infezioni HAV, HBV, HCV, HIV e LUE. Il limite principale consiste nell'alto indice di rifiuto da parte della popolazione detenuta, che spesso non intende rivelare la propria condizione per due ordini di motivi:

1. La fragilità socio culturale che anche all'esterno e nel resto della società costituisce una barriera alla consapevole e libera capacità di fare le scelte necessarie per salvaguardare la propria salute;
2. Il timore di essere discriminati all'interno dell'istituto da parte degli altri detenuti e del personale di Polizia Penitenziaria. Il paziente non dice sempre il suo stato. I sieropositivi a volte, una volta dentro, per nascondere la propria condizione, interrompono l'assunzione dei farmaci.

3.5 Quadro epidemiologico locale

I detenuti che risultano essersi sottoposti allo screening ematologico per le malattie infettive sono in totale 188 su 230 (81,74%).

I risultati sono i seguenti:

- HIV = n° 140 negativi ; n° 2 con infezione; (1,43% dei casi sottoposti a screening)
- HBV = n° 106 negativi; n° 34 immunizzati; n° 2 cronicizzazione; (1,89% dei casi sottoposti a screening)
- HCV = n° 133 negativi; n° 7 infezione: n° 2 infezione dubbia; (6,67% dei casi sottoposti a screening)
- LUE = n° 62 negativi; n° 6 infezione; (9,68% dei casi sottoposti a screening).

Il quadro delle infezioni per provenienza:

- HIV: Nigeria (1/14); Brasile (1/1)
- HBV: Algeria (1/5); Nigeria (1/14)
- HCV: Italia (5/21, pari al 23,8%)
Algeria (1/5); Marocco (1/48); Nigeria (1/14)
India (1/2)
- LUE: Brasile (1/1); Cile (1/2); Paraguay (1/1);
Ghana (1/1); Nigeria (1/8);
Romania (1/1)

Tabella 4 -Malattie infettive tra la popolazione detenuta in Toscana e quella detenuta a Is Arenas

Malattie infettive	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Casa Reclusione Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
HIV	38	8,5	1,4	2	0,88	0,87
HBV	63	14,1	2,2	2	0,88	0,87
HCV	253	56,6	9,1	9	3,98	3,91
LUE				6	2,65	2,61
micosi ¹⁸	11	2,5	0,4	34	15,04	14,78
verruche				9	3,98	3,91
condilomi	3	0,7	0,1	2	0,88	0,87
herpes genitalis				2	0,88	0,87
mollusco contagioso				1	0,44	0,43
scabbia	4	0,9	0,1	3	1,33	1,30
Altro				6	2,65	2,61
Totale	447			64		27,83

Per una comparazione con lo studio realizzato in Toscana:

Tabella 5 - Casi di micosi nel periodo 2011 e gennaio-aprile 2012 (v.a. e v.p.)

	N°	%	% su totale detenuti
casi micosi gen-apr 2012	9	3,98	3,91
casi micosi 2011	39	17,26	16,96

3.6 Tubercolosi

Al momento dell'ingresso nella Casa di Reclusione di Is Arenas è prassi offrire ai detenuti tutta una serie di esami per determinare lo stato di salute e per promuovere la prevenzione, tra questi anche lo screening per la tubercolosi (Tubertest e Rx torace in caso di positività).

Qui di seguito, nella tabella 6, si riepilogano i risultati:

¹⁸ Dato riferito a tutta la storia clinica di ogni singolo individuo.

Tabella 6- Risultati screening per la tubercolosi: Tubertest e Rx torace

Screening TBC	Test tubercolina		di cui	Rx torace	
	N°	% su totale detenuti		N°	% su totale detenuti
Negativi tubercolina	124	53,91		24	10,43
Positivi	59	25,65		50	21,74
Dubbi	5	2,17		5	2,17
test non eseguito	48	20,87		5	2,17
Totale detenuti screening	188	81,74		84	36,52

Totale detenuti con test tubercolina e Rx non eseguiti 43¹⁹

L'offerta attiva dello screening ha portato ad evidenziare alcuni casi di TBC. L'ultimo episodio risale al gennaio 2011. In tali situazioni si è proceduto allo screening mediante anche un mezzo mobile radiologico. Mai comunque è stato individuato un focolaio a livello locale. Tutti i casi sono quindi da considerarsi di importazione. Un risultato conseguente proprio al fatto che a livello locale è prassi da tempo offrire a tutti i detenuti la possibilità di aderire allo screening sin dal momento del loro ingresso. Qui di seguito, come evidenziato nella tabella 7, il grado di adesione ai controlli ematologici generali.

Tabella 7 - Grado di adesione ai controlli ematologici generali per numero di detenuti, continenti e Stati di provenienza

AFRICA		ASIA		AMERICA		EUROPA	
Algeria	5	Afganistan	1	Argentina	1	Belgio	1
Costa D'avorio	1	Bangladesh	1	Bolivia	1	Bulgaria	1
Egitto	3	India	3	Brasile	1	Italia	21
Gambia	2	Iraq	1	Cile	2	Kosovo	1
Ghana	1	Pakistan	1	Colombia	1	Polonia	1
Giunee Bissau	1	Singapore	1	Ecuador	2	Romania	2
Guinea	1	Sri Lanka	1	Guatemala	1	Russia	1
Isole Comore	1	Totale	9	Liberia	1	Spagna	2
Libia	1	% su totali controlli	3,9	Paraguay	1	Ungheria	1
Marocco	43	% su totali Asia	100	Peru'	1	Totale	31
Nigeria	14			Repubblica Dominicana	2	% su totali	22,3

¹⁹ In tale gruppo afferiscono anche i nuovi ingressi ancora in corso di valutazione.

AFRICA		ASIA		AMERICA		EUROPA	
Senegal	3			Santo Domingo	2	% su Europa	63,3
Sierra Leone	1			Uruguay	1	ITALIA	
Sudan	2			Venezuela	1	% su totali controlli	15,1
Tunisia	19			Totale	18	% su totali Italia	55,3
Totale	98			% su totali controlli	12,9		
% su totali controlli	70,5			% su totali America	81,8		
% su totali Africa	65,3						

Totale controllati: 139 su 230 = 60,4%

Tabella 8 - Patologie dell'Apparato Digerente: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie dell'apparato digerente	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Casa Reclusione Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Calcolosi della colecisti	11	1,5	0,4	3	1,33	1,30
Ernia addominale	54	7,1	1,8	5	2,21	2,17
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali ²⁰	166	21,9	5,6	42	18,58	18,26
Malattia epatica cronica e cirrosi	67	8,8	2,2	9	3,98	3,91
Malattie del pancreas	1	0,1				
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	40	5,3	1,3	16	7,08	6,96
Patologie dei denti e del cavo orale ²¹	420	55,3	14,1	123	54,42	53,48
Altro				32	14,16	13,91
Totale	759			151		65,65

Quadro riferito ultimo anno	N°	%	% su totale detenuti
Epigastralgie ripetute	20	13,25	8,70
Gastiti, ulcere gastroduodenali	11	7,28	4,78
Totale gruppo	31	20,53	13,48
Patologie dei denti	121	53,54	52,61

²⁰ Per una comparazione con la Toscana si riporta il dato riferito all'ultimo periodo.

²¹ Dallo studio toscano del 2010 risulta che le patologie dei denti e del cavo orale sono più frequenti nei detenuti nord africani (18,6%) ed est europei (15,9%) rispetto agli italiani. Il 65% delle epatiti croniche ha un'età inferiore ai 40 anni.

La percentuale rimane ancora elevata.

Gran parte dei detenuti presenti nella Casa di Reclusione riferiscono storie di epigastralgie ripetute. Spesso sono da riferirsi all'uso di FANS per dolori odontoiatrici e muscolo scheletrici, oppure all'associazione di stati di ansia (27 persone pari al 11,74% dei detenuti presenti, oltre ai 15 casi con patologie gastriche e ulcerative diagnosticate con EGDS).

Tabella 9 - Patologie dell'Apparato circolatorio: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie dell'apparato circolatorio	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Aneurisma dell'aorta	2	0,6	0,1			
Aritmie	26	7,7	1	1	2,3	0,4
Cardiopatía ipertensiva	13	3,8	0,4	1	2,3	0,4
Cardiopatía ischemica	54	15,9	1,8	3	7,0	1,3
Ipertensione	116	34,2	3,9	10	23,3	4,3
Malattie delle vene e dei linfatici	92	27,1	3,1	19	44,2	8,3
Patologie cerebrovascolari	8	2,4	0,3	1	2,3	0,4
Patologie valvolari cardiache	9	2,7	0,3	7	16,3	3,0
Varici esofagee	8	2,4	0,3			
Altro	11	3,2	0,4	1	2,3	0,4
Totale	339		11,6%	43		18,7%

Nonostante la bassa percentuale bisogna rimarcare l'alta percentuale dei detenuti fumatori. Nello studio toscano risulta che il 70% dei detenuti sono fumatori e che nel 60% dei detenuti l'età è minore dei 40 anni.

Tabella 10 - Patologie dell'Apparato respiratorio: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie dell'apparato respiratorio	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Asma	48	25,8	1,6	7	7,0	3,0
Bronchite cronica	59	31,7	2	3	3,0	1,3
Deviazione del setto nasale	15	8,1	0,5	6	6,0	2,6
Enfisema	3	1,6	0,1		0,0	

Malattie dell'apparato respiratorio	Popolazione detenuta Regione Toscana			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Malattie acute vie respiratorie superiori ²²	18	9,7	0,6	69	69,0	30,0
Malattie croniche vie respiratorie superiori	19	10,2	0,6	11	11,0	4,8
Malattie acute vie respiratorie inferiori				2	2,0	0,9
Pleurite	2	0,1	0,1			
Pneumotorace	3	1,6	0,1			
Rinite allergica	18	9,7	0,6			
Altro	1	0,5	0	1	1,0	0,4
Totale	186			100		43,5

Anche in questo caso si rimarca la giovane età dei detenuti e l'alta percentuale dei fumatori.

Tabella 11 - Malattie endocrino, metabolismo e immunitarie: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie endocrino, metabolismo e immunitarie	Popolazione detenuta			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Diabete tipo I	13	4,6	0,4	1	2,3	0,4
Diabete tipo II	91	32,2	3	5	11,6	2,2
Dislipidemie	104	36,7	3,5	4	9,3	1,7
Gotta	12	4,2	0,4			
Malattie della tiroide	20	7,1	0,7			
Obesità	39	13,8	1,3	2	4,7	0,9

²² Per un raffronto con lo studio della Toscana, bisogna tenere conto che le malattie acute delle vie respiratorie dei detenuti della Casa di Reclusione sono state riscontrate nella intera storia di 69 detenuti (30% su totale dei reclusi) il dato annuale del 2011 è di 34 casi pari al 14,8%, mentre nei primi mesi del 2012 è di 21 casi. Il dato rimane ancora alto, malgrado la correzione.

Malattie endocrino, metabolismo e immunitarie	Popolazione detenuta			Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Allergie ²³				25	58,1	10,9
Altro immunitario	4	1,4	0,1	4	9,3	1,7
Totale	283			43		18,7

Se associata a scarsa attività fisica e alimentazione non corretta, la dislipidemia favorisce l'insorgere di patologie cardiovascolari in età avanzata.

Tabella 12 - Patologie dell'Apparato urogenitale: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie Apparato urogenitale	Popolazione detenuta	
	N°	% su totale detenuti
Patologie testicolo e pene	13	5,65
Calcolosi renale	7	3,04
Varicocele	3	1,30
Infezioni vescica e vie urinarie	9	3,91
Totale detenuti	29	12,61

La prevalenza evidenziata nella Regione Toscana è del 2,8% della popolazione detenuta.

Tabella 13 - Malattie del sistema nervoso e organi di senso: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Malattie del Sistema nervoso e organi di senso	Popolazione detenuta Is Arenas		
	N°	%	% su totale detenuti
Cefalea cronica	15	15,79	6,52
Epilessia	1	1,05	0,43
Tumori benigni	1	1,05	0,43

²³ A differenza dello studio condotto in Toscana, le allergie sono state descritte in questo gruppo. In particolare, i soggetti allergici sono 25, di cui 5 ai farmaci e 3 alimentari. Le riniti allergiche sono state inserite nel gruppo delle patologie dell'apparato respiratorio.

Malattie del Sistema nervoso e organi di senso	Popolazione detenuta		Is Arenas
	N°	%	% su totale detenuti
Altro SN	2	2,11	0,87
Infezioni oculari	34	35,79	14,78
Altro occhio	23	24,21	10,00
Infezioni orecchio	15	15,79	6,52
Altro orecchio	4	4,21	1,74
Totale	95		41,30

Tabella 14 - Traumatismi e avvelenamenti: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Traumatismi e avvelenamenti	Popolazione detenuta		Is Arenas
	N°	%	% su totale detenuti
Traumi accidentali	84	93,33	36,52
di cui cadute, contusioni e traumi distorsivi	67	74,44	29,13
Fratture	6	6,67	2,61
Ustioni	5	5,56	2,17
ferite da taglio	6	6,67	2,61
Infortuni sul lavoro	12	13,33	5,22
di cui zootecnia	4	4,44	1,74
Cucina	4	4,44	1,74
Totale detenuti	90		39,13

La prevalenza evidenziata nella Regione Toscana è del 6,7% della popolazione detenuta.

I casi riscontrati nella Casa di Reclusione di Is Arenas nel periodo gennaio/aprile 2012 sono i seguenti:

- Infortuni sul lavoro n° 6 detenuti;
- Traumi accidentali: n° 22 detenuti e 23 casi.

Vista la prevalenza, pare necessario indagare in futuro sulle cause, in modo da porre in essere azioni di prevenzione. Lo svolgimento di alcune attività lavorative (agricoltura, zootecnia, officina, falegnameria, cucina) e l'attività sportiva del calcio comportano per i detenuti un alto grado di rischio. Inoltre, si rimarca come i traumi accidentali possano nascondere episodi correlati ad aggressioni tra detenuti.

Tabella 15 - Disturbi psichici: confronto tra popolazione detenuta in Toscana e nella casa di Reclusione "Is Arenas"

Disturbi psichici	Popolazione detenuta Regione Toscana		Popolazione detenuta Casa Reclusione Is Arenas		
	N°	% su totale detenuti	N°	%	% su totale detenuti
Autolesionismo	295	10,4	25	11,06	10,87
Sciopero fame/sete			26	11,50	11,30
Tentato suicidio	125	4,4	7	3,10	3,04
Stati agitazione, aggressività			42	18,58	18,26
Ansia e depressione			73	32,30	31,74
Totale			115		50,00

Nel corso del periodo tra gennaio e aprile 2012 si sono riscontrati 2 casi di autolesionismo (0,87% sul totale dei detenuti), 4 casi di sciopero della fame (1,74% sul totale dei detenuti) e 3 casi di stati di agitazione (1,30% sul totale dei detenuti). Tra i detenuti presenti, 2 hanno una storia di tentato suicidio nel corso del 2011. Da diversi anni non si registrano più casi di morte per suicidio.

4. Considerazioni sul quadro epidemiologico

Il quadro epidemiologico della popolazione penitenziaria si caratterizza principalmente:

1. per i disturbi di natura psichica, della tossicodipendenza e delle patologie infettive correlate;
2. per la giovane età, l'alto grado di deprivazione sociale e, quindi, per la frequenza degli stili di vita negativi.

Quasi tutti i detenuti entrati nel circuito penale presentano episodi di umore depresso. Il primo ingresso rappresenta il momento più a rischio di suicidio o di tentativo di suicidio, così anche il trasferimento da un istituto a un altro.

Nella maggior parte dei casi il disturbo mentale sopravviene nel corso della misura detentiva. Il sapere riconoscere i primi segni di sofferenza è essenziale per poter attuare gli interventi di prevenzione e per poter gestire in modo efficace l'evoluzione delle patologie.

Si rimarca come il quadro qui descritto è fortemente correlato alla attività ordinaria dei Medici Incaricati e del Servizio Integrativo Assistenza Sanitaria ai detenuti (SIAS).

La risposta a tali bisogni deve essere immediata e senza discontinuità. Tanto meno è presente l'operatore del Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze e tanto più tale assistenza deve essere in grado di rispondere in modo adeguato. In ogni caso, è necessaria una forte integrazione di tutti gli operatori sanitari e dell'amministrazione penitenziaria. Tutti chiamati ad interagire continuamente, prima per prevenire e per cogliere i primi segnali della manifestazione di scompenso, poi per gestire i singoli casi.

Sul versante del disturbo mentale l'attività preventiva si realizza principalmente all'atto dell'ingresso in Istituto tramite il Servizio Nuovi Giunti, istituito allo scopo di prevenire ed impedire i ricorrenti e gravissimi atti di autolesionismo, / suicidi, nonché

gli atti di violenza di vario tipo da essi subiti ad opera dei compagni di detenzione o di internamento.

Altre considerazioni sulla salute mentale alla luce della specifica esperienza maturata in ambito carcerario.

Se un detenuto è agitato perché non riesce ad ottenere una risposta o il tossicodipendente richiede un intervento psichiatrico (per ottenere un supporto farmacologico), vi devono essere delle persone che cerchino di dargli un supporto, che lo facciano desistere. Il disagio ha bisogno di risposte opportune che limiterebbero gli interventi psichiatrici a quelli effettivamente gravi

«Se il disagio venisse trattato esclusivamente come situazione psichiatrica per il soggetto sarà peggio, perché non riceverà la risposta che richiedeva. Sì, lo tengo tranquillo però con gli psicofarmaci non gli risolvo il problema. È inutile dire: “tanto non fanno danno, che vuoi che facciano due pasticche di benzodiazepine”. È una rovina, un circolo vizioso»²⁴.

In carcere, «dove il consumo di psicofarmaci è elevatissimo»²⁵ si pone il problema di controllo delle somministrazioni: «Il farmaco va veramente controllato per garantirne l'assunzione perché altrimenti verrebbe accumulato»²⁶.

È facile che il detenuto finga di assumere la pasticca, mantenendola sotto la lingua e così accumulando dosi che insieme riescono ad avere un effetto più ampio, quasi “stupefacente”. A questa situazione si è cercato di porre rimedio con la prescrizione di prodotti a gocce che vengono assunti davanti al personale infermieristico. La situazione di accumulo e di elevato consumo di psicofarmaci ha finito con il creare una fascia di soggetti praticamente dipendenti.

Per «rischio di sanitarizzazione dei problemi»²⁷, si intende indicare la tendenza, in ambiente carcerario, a risolvere le situazioni attraverso l'intervento medico:

«Un problema che non si risolve, dal più piccolo al più urgente, diventa un problema sanitario. Il detenuto non riceve ciò che deve ricevere, si arrabbia, si taglia, non dorme, si agita. Si chiama il medico ma ... non si risolve il problema»²⁸.

Per medicalizzazione impropria si intende la strumentalizzazione operata dal malato per ottenere indebiti vantaggi. Il detenuto può decidere di autolesionarsi, di aggravare le sue reali condizioni o simulare uno stato patologico con il fine espresso di provocare un intervento sanitario che possa ottenergli un ricovero o altro beneficio: «è innegabile», è stato detto, «che il detenuto si appoggi a qualunque cosa pur di evadere da questo ambiente»²⁹.

Situazioni per cui è richiesto al medico penitenziario, oltre alla cura della salute del detenuto, anche di esprimersi in relazione a provvedimenti che possono incidere sul normale corso della detenzione (ricoveri, trasferimenti, incompatibilità, etc.).

Non ultimo, sotto il profilo della sicurezza in quanto il medico agisce anche da deterrente e da filtro verso le strumentalizzazioni dei detenuti che simulano malanni per essere portati fuori dal carcere.

I medici “novelli”, che fanno ingresso nel mondo carcere, non hanno coscienza di trovarsi di fronte ad un paziente “speciale”, «con una persona che si vede circondata

²⁴ Renato Andreano, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri. Profili normativi e sociologici*, Cap. V, *L'assistenza secondo gli operatori*, testo consultabile sul sito <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/sanita/andreano/index.htm> (9 giugno 2014), nota 36.

²⁵ Ivi, nota 37.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Ivi, nota 46.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ Ivi, nota 49.

da avversari in un ambiente innaturale»³⁰, con manifestazioni anomale e richieste non prettamente sanitarie.

Il grado elevato di deprivazione sociale della popolazione detenuta, la giovane età e gli stili di vita negativi comportano un alto rischio di manifestazione precoce delle malattie croniche. L'eccessiva abitudine al consumo di tabacco, l'uso frequente e smodato di alcol, la vita sedentaria e un'alimentazione scorretta necessitano di porre in essere azioni di promozione della salute che risultano molto difficili e complesse dovendo essere attuate verso un target che si caratterizza per un alto indice di deprivazione sociale, in continuo turnover e per l'ampia consistenza e diversità di stato di origine.

Bene si conciliano le attività di promozione della salute e di prevenzione con le azioni del recupero sociale.

Visto il rischio elevato che si possano verificare situazioni di emergenza sanitaria, considerando la distanza dal più vicino presidio sanitario e i tempi di percorrenza, nonché la possibilità di manifestazioni di simulazione di stati di patologia, si impone una scelta organizzativa mirata a rafforzare l'attuale presidio locale mediante la scelta della telemedicina. In quanto ciò permette di garantire una risposta di più elevata qualità e complessità tecnica in modo immediato e quindi di fatto riducendo fortemente l'handicap costituito dalla distanza.

5. Le dipendenze da stupefacenti e alcol

Attraverso l'utilizzo della scheda Tox - Carcere è stato possibile effettuare un monitoraggio sui detenuti che alla data del 30 giugno o del 31 dicembre 2011 sono risultati dipendenti da sostanze stupefacenti (oppiacei, cocaina, amfetamine, cannabinoidi), con dipendenza accertata dal SERD (già SER.T), mentre attraverso la scheda Alcologia - Carcere è stata effettuata una ricognizione sui detenuti con alcoldipendenza, sempre accertata dal SERD. Di seguito si presentano i dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti e sui carcerati con alcoldipendenza e, infine, i dati raccolti nel primo trimestre del 2012 sui carcerati tossicodipendenti e alcodipendenti e sui trattamenti farmacologici e psicosociali.

³⁰ Ivi, nota 53.

1) Scheda TOX - Carcere

Rilevazione puntuale³¹ al 30 giugno 31 dicembre
 Anno.....2011...

Dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti accertati dal Ser.T.³²

n° totale detenuti rilevati dal Ser.T. con uso o dipendenza da droga152.....di cui:
 - n° detenuti con dipendenza da sostanze (secondo criteri ICD-IX-CM)³³152.....
 - n° detenuti assuntori di sostanze senza dipendenza³⁴0.
 - n° detenuti su cui è stato eseguito il drug test volontario all'ingresso³⁵57.....

Distribuzione dei soggetti accertati per sesso e classi di età:

classi di età	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da droga accertati		Di cui:			
			detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)		detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24 anni	25	0	25	0	/	/
25-34 anni	65	0	65	0	/	/
35-44 anni	45	0	45	0	/	/
45-54 anni	14	0	14	0	/	/
55-64 anni	2	0	2	0	/	/
> 64 anni	1	0	1	0	/	/

Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da droga, per provenienza geografica e posizione giuridica:

Provenienza geografica	n° con almeno una sentenza definitiva	n° in attesa di giudizio	N° con posizione giuridica mista
cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'Istituto	25	N.C.	N.C.
cittadini italiani con residenza in altra regione	14	N.C.	N.C.
cittadini stranieri comunitari	1	N.C.	N.C.
cittadini stranieri extra comunitari	112	N.C.	N.C.
di cui iscritti al SSN ³⁶	0	0	0
con cittadinanza non nota	0	0	0

(N.C.: non conosciuto)

³¹ Per rilevazione puntuale si intende il conteggio dei soggetti presenti alla data specifica (30 giugno o 31 dicembre).

³² Si intendono i soggetti per i quali è stato possibile verificare la presenza di problematiche sanitarie conseguenti al consumo di sostanze.

³³ Sono ammessi i codici gruppi 304 del ICD-IX-CM solo per la condizione di dipendenza.

³⁴ Sono ammessi i codici gruppi 292, 305 del ICD-IX-CM escludendo le condizioni riferite all'alcol.

³⁵ Questo dato rileva esclusivamente il numero di soggetti che si è sottoposto volontariamente al drug test e non alla valutazione e conteggio della esecuzione di procedure diagnostiche cliniche.

³⁶ Cioè detentori di un numero di tessera sanitaria. Sono esclusi i soggetti con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti accertati dal Ser.T

Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da droga, in base alla sostanza primaria utilizzata

Sostanza	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da droga accertati	Di cui:	
		detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)	detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)
Oppiacei	36	36	0
Cocaina	75	75	0
Amfetamine	1	1	0
Cannabinoidi	40	40	0
Altro: (specificare)	0	0	0

N° soggetti con dipendenza da sostanze che presentavano poliabuso all'ingresso³⁷:.....93.....

N° totale di soggetti con dipendenza da sostanze in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....61.....di cui:

- n° detenuti in trattamento solo farmacologico61.....
 di cui in trattamento sostitutivo4.
 - n° detenuti in trattamento solo psicosociale0.
 - n° detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)0
 di cui in trattamento sostitutivo integrato ...0.....
 (le categorie sono mutuamente esclusive)

N° totale di detenuti tossicodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ³⁸ :	24
N° totale di detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano i requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ³⁹ :	20
N° totale di detenuti tossicodipendenti che sono usciti dal carcere in base ad un'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90):	3

Detenuti accertati dal Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° detenuti sottoposti a test	n° detenuti risultati positivi al test	n° sieroconversioni accertate in carcere (test negativo in carcere- retest positivo in carcere) ⁴⁰
HIV	85	1	1
HCV	87	16	0
HBV	85	21	0

³⁷ È da riportare il numero di soggetti che presentano il consumo di almeno un'altra sostanza oltre alla primaria.

³⁸ È da riportare il numero complessivo dei soggetti che hanno richiesto, hanno i requisiti e, successivamente, hanno ottenuto l'affidamento in prova dall'inizio dell'anno alla data della rilevazione. Si tratta quindi di una rilevazione cumulativa di 6 mesi (30 giugno) e 12 mesi (31 dicembre).

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ Si intendono i soggetti per i quali è stata osservata la sieroconversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione.

2) Scheda Alcolologia - Carcere

Rilevazione puntuale⁴¹ al 30 giugno 31 dicembre
 Anno.....2011...

Dati sui detenuti con alcoldipendenza accertata dal Ser.T.⁴²

n° totale detenuti in carico al Ser.T. con Alcoldipendenza
 (secondo criteri ICD-IX-CM)⁴³ ..24.....

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

AVVERTENZA: non si conteggiano in questa tabella i soggetti tossicodipendenti che sono anche alcoldipendenti

classi di età	Di cui detenuti con alcol dipendenza (diagnosi ICD-IX-CM)	
	Maschi	Femmine
18-24 anni	1	0
25-34 anni	8	0
35-44 anni	10	0
45-54 anni	4	0
55-64 anni	0	0
> 64 anni	1	0

N° soggetti alcoldipendenti che presentavano anche dipendenza di sostanze stupefacenti all'ingresso⁴⁴: 24

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica:

Provenienza geografica	n° con almeno una sentenza definitiva	n° in attesa di giudizio	N° con posizione giuridica mista
cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'Istituto	7	N.C.	N.C.
cittadini italiani con residenza in altra regione	1	N.C.	N.C.
cittadini stranieri comunitari	1	N.C.	N.C.
cittadini stranieri extra comunitari	15	N.C.	N.C.
<input type="text"/> di cui iscritti al SSN ⁴⁵ (5)	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0
con cittadinanza non nota	0	0	0

⁴¹ Per rilevazione puntuale si intende il conteggio dei soggetti presenti alla data specifica (30 giugno o 31 dicembre).

⁴² Si intendono i soggetti per i quali è stato possibile verificare la presenza alcoldipendenza.

⁴³ Sono ammessi i codici gruppi 303 del ICD-IX-CM.

⁴⁴ Sono ammessi i codici gruppi 304 del ICD-IX-CM.

⁴⁵ Sono esclusi i soggetti con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Dati sui detenuti con alcol dipendenza accertata dal Ser.T.			
N° totale di soggetti alcolodipendenti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....7.....di cui:			
- n° detenuti in trattamento solo farmacologico	7.....	
- n° detenuti in trattamento solo psicosociale	0.....	
- n° detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)	0.....	
(le categorie sono mutuamente esclusive)			
N° totale di detenuti alcolodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ⁴⁶ :			5
N° totale di detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano in requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ⁴⁷ :			24
N° totale di detenuti tossicodipendenti che hanno ottenuto un'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza per un dell' affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) ⁴⁸ :			0
Detenuti alcolodipendenti accertati dal Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV			
Tipo Test	n° detenuti sottoposti a test	n° detenuti risultati positivi al test	n° sieroconversioni accertate in carcere (test negativo in carcere-retest positivo in carcere) ⁴⁹
HIV	8	0	0
HCV	8	1	0
HBV	8	1	0

Settore Carcere "Is Arenas" I trimestre 2012⁵⁰

	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° Trimestre	ANNUALE
Utenti tossicodipendenti	115				
Utenti alcolodipendenti (Puri)	16				
Trattamenti farmacologici	40				
Trattamenti psicosociali	123				

Al 31 marzo 2012 risultavano presenti 194 detenuti, di cui 99 dipendenti da sostanze (tossicodipendenti). Di questi 99, le sostanze usate prima della detenzione sono ripartite nel seguente modo:

- 27 come prima sostanza d'abuso: alcol; di questi 27, 15 solo come alcol dipendenti (alcol puri);
- 11 come prima sostanza: oppiacei;
- 20 come prima sostanza: cannabis;
- 41 come prima sostanza: cocaina.

Totale 99 detenuti dipendenti da sostanze.

⁴⁶ È da riportare il numero complessivo dei soggetti che hanno richiesto, hanno i requisiti e, successivamente, hanno ottenuto l'affidamento in prova dall'inizio dell'anno alla data della rilevazione. Si tratta quindi di una rilevazione cumulativa di 6 mesi (30 giugno) e 12 mesi (31 dicembre).

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ Si intendono i soggetti per i quali è stata osservata la sieroconversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione.

⁵⁰ Per il 1° trimestre sono stati conteggiati quelli presenti il 31 marzo più quelli usciti tra il 1 gennaio e il 31 marzo 2012.

Interventi medici tossicologici al 31 marzo 2012:

148 Visite totali, di cui 35 per trattamenti psicofarmacologici

-----Numero di detenuti al 31 marzo in terapia sostitutiva:

3 pazienti con metadone e 0 (zero) con buprenorfina.

Trattamenti psicosociali:

in carcere c'è solo una psicologa e non un assistente sociale.

Numero di interventi della psicologa: 123 interventi totali.

-----Tra il 1 gennaio e il 31 marzo 2012 sono usciti n° 32 detenuti, di cui 16 tossicodipendenti, così suddivisi:

- 1 dipendente da alcol (alcol puro);
- 5 dipendenti da cannabis;
- 4 dipendenti da cocaina;
- 6 dipendenti da oppiacei (2 con metadone e 0 (zero) con buprenorfina.

Motivi di uscita:

- 2 per affidamento terapeutico - 2 TD da oppiacei: 1 affidato al SERD e 1 in Comunità Terapeutica;
- 5 per fine pena;
- 3 per espulsione dall'Italia;
- 1 trasferito per motivi di giustizia;
- 3 trasferiti da "Is Arenas" ad altro Istituto;
- 2 per detenzione domiciliare.

Attività svolte.

Le attività svolte, ovvero l'attività ordinaria di diagnosi e cura dei soggetti dipendenti da sostanze e alcol, sono state le seguenti:

- Attività di prevenzione sulle infezioni e malattie infettive della popolazione carceraria;
- Patologie correlate alla dipendenza da sostanze: prevenzione malattie infettive da virus B, C e HIV;
- Patologie correlate alla dipendenza da sostanze: disturbo mentale;
- Promozione e tutela della salute.

Relativamente a quest'ultimo punto, sono stati avviati interventi di informazione e sensibilizzazione su tutta la popolazione carceraria sul tema della salute intesa come benessere psico-fisico, corretto stile di vita, limitazione di sostanze come caffè, fumo e alcol. È stato sviluppato inoltre un approfondimento sulle tematiche del rispetto della propria igiene e cura della persona e degli ambienti di vita.

Destinatari: tutti i detenuti mediante incontri a piccoli gruppi con l'ausilio di slide.

Programmazione: è attualmente in fase di pianificazione una serie di interventi di sensibilizzazione e prevenzione sul tema delle sostanze d'abuso compreso l'alcol e sulla prevenzione delle malattie infettive.

Criticità

Uno dei principali problemi nel proseguire e conseguire ulteriori risultati nell'attività finora svolta è la impossibilità di effettuare dei programmi e dei progetti per il lungo periodo a causa della precarietà degli operatori, in quanto legati a contratti di lavoro a tempo determinato a breve scadenza (medico-psicologo-infermiere con scadenza contratto giugno 2012).

Monte orario degli operatori impegnati nell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti.

Impossibilità di far accedere ai programmi di riabilitazione e cura ai soggetti stranieri ai sensi della 309/90 (accesso ai programmi di CT, affidamento ai programmi ambulatoriali, etc).

Mancanza di spazi per gli operatori: attualmente medico incaricato, medico tossicologo e psicologa, occupano la stessa stanza.

Mancanza di spazi dove visitare i detenuti.