

## L'INTERVISTA

## CARCERE E TOSSICODIPENDENZA: CARATTERISTICHE E COMPLESSITÀ

A COLLOQUIO CON IL DR. SANDRO LIBIANCHI, *Dirigente medico referente al Tavolo Tecnico interistituzionale sulla medicina penitenziaria (DPCM 1/4/08) per la Regione Lazio, presso la Conferenza Unificata. Membro della Consulta Nazionale per la lotta alla Droga, Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.*

### Quanti sono i detenuti tossicodipendenti nelle carceri italiane?

Il numero dei detenuti in Italia sta crescendo a ritmi costanti e regolari da parecchi anni come riflesso dell'incremento dei reati e dei relativi arresti e nonostante il parallelo incremento del ricorso alle misure alternative alla detenzione, da parte dei Tribunali di Sorveglianza. Alla data attuale (13 Febbraio 2009) i detenuti presenti sono 59.419 (56.822 uomini e 2.597 donne – adulti) a fronte di una capienza regolamentare pari ad un totale di 43.102 posti. Senz'altro la categoria più rappresentata in carcere e quella a maggior necessità di interventi sanitari è quella dei tossicodipendenti, seguita da quella degli extracomunitari ed altre categorie problematiche (sieropositivi, portatori di patologie psichiatriche, donne, minori, ecc.). I dati nazionali sulla tossicodipendenza in carcere ne attestano il valore percentuale sul totale dei detenuti presenti, al 31 dicembre 2007, al 27,57% (13.424 soggetti); alla stessa data c'era il 2,46% di detenuti alcolisti (pari a 1.198 soggetti); 2.167 pazienti era in trattamento con metadone.

Purtroppo ancora risulta scarsa l'affidabilità epidemiologica di questi dati, in quanto persistono difficoltà metodologiche di rilevazione e stima, che potranno essere superati soltanto quando il Servizio Sanitario Nazionale avrà la gestione completa dei flussi informativi. A tale proposito varrà la pena di ricordare le difficoltà ad uniformare le procedure di raccolta dei dati, la carenza di personale specialistico medico che possa porre diagnosi scientificamente affidabili, non sono riconosciute categorie come gli 'abusatori', ecc. Pertanto, quando il sistema di rilevazione sarà a regime, sarà molto interessante confrontare i dati precedentemente rilevati dal Ministero della Giustizia, con quelli ricavati dalle Regioni ovvero dai Servizi specialistici delle Tossicodipendenze.

### Come si caratterizza la dipendenza da sostanze nei detenuti?

Sempre facendo riferimento ai dati del Ministero della Giustizia, la maggior parte dei detenuti presi in carico consuma eroina come droga primaria, ma una grossa parte risulta essere policonsumatore. Tutti i detenuti con problemi di consumo di droga e/o alcol devono essere seguiti dal Ser.T. territorialmente responsabile della singola struttura penitenziaria (D. Lgs. 230/99). La presa in carico riguarda tutto il loro percorso terapeutico, dal trattamento della sindrome astinenziale, fino all'invio in comunità terapeutica per l'applicazione delle misure alternative alla detenzione. Tali provvedimenti terapeutici possono essere intrapresi indipendentemente dallo stato giuridico o dalla nazionalità del paziente, anche se purtroppo vengono ancora registrate alcune differenze nelle condotte terapeutiche, specialmente per ciò che attiene all'invio in comunità terapeutica per differenti interpretazioni normative da parte di

singole Regioni. Un altro nodo critico è la prevalenza del provvedimento di espulsione dal territorio nazionale di tossicodipendenti che dovrebbero intraprendere un percorso in comunità. Accade infatti che talvolta, alla fine della pena e dopo la scarcerazione, il rimpatrio forzato impedisce ulteriori terapie seppur necessarie e non differibili.

### **Esiste un mercato clandestino di sostanze stupefacenti nelle carceri Italiane?**

Non è mai stato un segreto per nessuno che all'interno delle carceri la droga entra e si consuma, anche se certamente il traffico è più complesso e costoso che non all'esterno. Questo fatto è testimoniato da numerosi indicatori diretti ed indiretti: sequestri di sostanze stupefacenti, denunce sia al personale che a detenuti per il loro possesso, ritrovamento di siringhe o attrezzi per iniettare, overdoses anche mortali clinicamente accertate, ecc. Su quest'ultimo punto ritengo necessario fare alcune considerazioni specifiche, in quanto esso rappresenta uno dei nodi critici della prevenzione e dei trattamenti intracarcerari per i tossicodipendenti. Dati europei (EMCCDA, 2008) riportano come la percentuale di detenuti che riferisce di aver utilizzato droga in carcere almeno una volta, varia dal 30 all'84%; tra essi si riscontrano anche le tipologie di consumo più pericolose (via parenterale) per i rischi connessi sia alle infezioni trasmissibili per via ematica e correlate alla pratica della condivisione dei mezzi di iniezione, sia alla ridotta tolleranza all'assunzione di droga che ne aumenta i rischi di overdose. Uno dei principali compiti assolti dai Ser.T. nei nuovi assetti organizzativi all'interno delle carceri italiane sarà proprio quello di rendere disponibili trattamenti e presidi sanitari tali da abbattere il rischio di infezioni e di overdoses. Programmi di prevenzione selettiva in tali contesti possono essere determinanti nel controllo del fenomeno e delle sue complicanze.

### **Quale dimensione ricopre il consumo problematico di alcol nelle carceri?**

In carcere il consumo di alcolici è strettamente regolamentato, ma non proibito. Il vino viene distribuito abitualmente in due confezioni giornaliere da 250 cc, tali da non concretizzare – almeno in teoria – problematiche specifiche. Purtroppo però la scarsità di altre risorse, spesso si realizzano condizioni di scambio con altri generi alimentari e non, od accumulo di vino in quantità superiori al consentito. Tale condizione è responsabile dei non rari episodi di 'binge drinking'. Ovviamente il consumo problematico può coinvolgere anche il personale che lavora dentro le strutture penitenziarie che rappresentano il contenitore di un lavoro estremamente usurante.

### **Come è nato ed è organizzato oggi il sistema di cura per i tossicodipendenti in carcere Italia? La cura di questi pazienti rappresenta un'emergenza sanitaria? Se sì, per quali ragioni?**

Il sistema di presa in carico e cura dei tossicodipendenti detenuti è ufficialmente nato nel 1990 con il noto DPR 309/90 che all'art. 96 prevedeva espressamente un diretto coinvolgimento dell'ente territoriale (USL) in questo settore. Purtroppo però, da subito, con un Decreto Interministeriale del Ministero della Sanità, Giustizia ed Affari Sociali (16 giugno 1991), riconoscendo che i Ser.T. avrebbero potuto avere dei problemi assistenziali, in quanto già allora gravemente carenti, fu stabilito che gli incrementi dei fondi andassero al Ministero della Giustizia per creare delle nuove strutture assistenziali. Questi, denominati 'Presidi per l'HIV e le Tossicodipendenze', fungevano da Ser.T. interni al carcere, pur senza occuparsi della parte post penitenziaria (comunità) che restarono di competenza e spesa delle USL. Per risolvere questo sistema anomalo che andò ad alimentare la c.d. 'medicina

penitenziaria', furono necessari quasi venti anni, quando nel 1999 il D. Lgs. 230/99 stabilì che tutte le competenze per la tossicodipendenza andavano riunite e inglobate in quelle dei Ser.T. Altri tre anni occorsero affinché oltre che ai fondi, anche il personale transitasse alle ASL (D. I. Salute e Giustizia del 10 Aprile 2002) e si rendesse necessaria una sperimentazione nazionale (decreti 20 e 21 aprile 2000). Infine, il DPCM 1 aprile 2008 ha dettato le regole per un completo riordino del settore della medicina penitenziaria, trasformandola in 'Tutela della Salute in Carcere'. Quindi, sono stati necessari circa venti anni per rifondare un sistema di cure per i tossicodipendenti che oggi appare però ancora disallineato rispetto alle risorse messe in campo: i Ser.T. risultano gravemente carenti in termini di personale e risorse, anche se in modo disomogeneo nelle varie regioni, mentre alcune importanti norme di sostegno appaiono irregolarmente applicate come la L. 45/99 o l'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 1999. Queste numerose ed importanti variabili hanno creato un sistema abbastanza difforme nel territorio nazionale che non sempre risulta essere adeguato agli imponenti e progressivi incrementi della popolazione carceraria con problemi di reati connessi al consumo delle sostanze stupefacenti. La situazione che si è creata realizza una carenza quantitativa nelle prestazioni sanitarie, oltre che una vera e propria 'emergenza qualitativa' delle prestazioni erogate. Le prospettive che si profilano fanno temere una involuzione del sistema assistenziale che già ora si sta assestando sulla sola risposta all'emergenza clinica, che rappresenta soltanto una parte della cura di una malattia cronica e recidivante quale è la tossicodipendenza.

### **A suo giudizio quali sono le carenze e i punti critici del sistema di assistenza ai tossicodipendenti nelle carceri? Cosa si potrebbe fare per migliorarlo?**

Anche se potrebbe sembrare paradossale, ritengo che sarebbe se non sufficiente, almeno un ottimo avvio, applicare le leggi esistenti: la legge 45/99, l'accordo Stato Regioni del 1999, ecc. In tal modo si otterrebbe di mettere il servizio pubblico delle dipendenze nelle condizioni di operare in regime di sicurezza e non solo emergenziale. Se poi si potesse ipotizzare un incremento delle risorse dedicate al tema, queste sarebbero ampiamente compensate dal risparmio dei costi sociali legati alla recidiva: impiego delle forze di polizia, attività dei tribunali, presenze e costi in carcere, riduzione dei danni alle persone ed alla proprietà per i reati connessi, ecc..

Infatti, ad ogni recidiva tossicomana, corrisponde immancabilmente una recidiva nei reati, un ritorno al sistema giudiziario e successivamente a quello penitenziario, quindi con tutti i relativi costi di non aver curato una persona in modo definitivo. In concreto le azioni ipotizzabili sono: revisione di alcune norme penali, creazione di strutture di governo clinico a livello regionale ed aziendale, applicazione di protocolli clinici condivisi, accreditamento delle strutture pubbliche e private per la cura dei tossicodipendenti, connessione con gli organi di governo europei, azione coordinata con gli altri paesi europei e non, incremento del personale dedicato e formazione continua.

### **Esistono dei protocolli standardizzati sul territorio nazionale?**

I protocolli operativi per il trattamento delle tossicodipendenze in carcere sono una realtà assolutamente poco frequente, ma assolutamente necessaria, magari anche soltanto per poter disporre di dati nazionali ricavati su basi omogenee e che quindi riflettano la realtà del Paese. I protocolli operativi devono prevedere procedure condivise, fino alla modulistica ed al follow up. Le aree di azione da codificare sono l'*intake* (invio/primo contatto), l'*accoglienza* (triage), la *valutazione e la diagnosi* (multidisciplinare), il *progetto terapeutico* (interno ed

esterno al carcere), il *monitoraggio* (in corso di detenzione ed in misura alternativa), le *dimissioni ed i trasferimenti*, la *prevenzione*, la *documentazione del processo* (cartella clinica, registri, modulistica). Ad oggi, pochissime sono le Regioni che hanno redatto un tale documento con procedure standardizzate (Lazio 2000 e 2009, Sardegna 2008).

### **Esiste una procedura standard per l'accertamento della tossicodipendenza all'ingresso del detenuto in carcere?**

La diagnosi di tossicodipendenza in carcere rappresenta uno dei momenti più importanti per la vita giudiziaria della persona coinvolta, in quanto è il requisito fondamentale per poter uscire dal carcere e poter essere ammesso alle misure alternative. La diagnosi, che è un importante atto medico-legale, deve essere formulata soltanto da un servizio specialistico (Ser.T.) secondo una procedura rigida, ripetibile e dimostrabile nei risultati e ciò comporta tempi non brevissimi per una esatta formulazione diagnostica e per la redazione del certificato. Cosa diversa invece è il riconoscimento precoce di una sindrome astinenziale che deve essere diagnosticata e trattata nel più breve termine possibile. Ovviamente, astinenza non è sinonimo di dipendenza, ma ne è soltanto un sintomo che deve essere completato con i risultati dei dosaggi dei metaboliti delle sostanze stupefacenti, con l'esame della documentazione clinica posta in visione, con trattamenti pregressi sia presso comunità terapeutiche che presso il Ser.T. Una buona parte dei Ser.T. che lavora in carcere ha una procedura standardizzata di diagnosi medico-legale di tossicodipendenza, ma le procedure possono variare da un servizio all'altro.

### **Può fare una panoramica attinente alle misure socio-sanitarie disposte sui minori con problemi di dipendenza?**

Il settore dei minori autori di reati e coinvolti nel consumo delle sostanze stupefacenti e/o alcol è una realtà totalmente differente da quella degli adulti sia per il diverso ordinamento giudiziario che favorisce massimamente le misure alternative rispetto alle misure cautelari in carcere.

Nel corso del 2007, 997 soggetti (741 italiani e 256 stranieri) sono transitati nei servizi della Giustizia Minorile. La droga più frequentemente riscontrata è la cannabis (77%), poi la cocaina (10%) e l'eroina (9%); su un totale di 3.385 soggetti che sono stati arrestati ed hanno fatto ingresso nei Centri di Prima Accoglienza (CPA), 614 (18,3%) risultavano 'assuntori' di sostanze stupefacenti, 228 (12,2%) di questi entravano successivamente in un 'Istituto Penale per Minorenni' (IPM); 65 (16,1%) soggetti hanno fatto ingresso nelle comunità ministeriali nel corso dell'anno.

In ambito minorile è rilevante il problema della diagnosi, tanto che nelle statistiche ministeriali compare il termine di 'assuntore' o 'consumatore'.