

La medicina in carcere e l'epatite C: prima indagine sulle carceri



**LE MURA DELLE CARCERI, I CONFINI ITALIANI.
E' IL MONDO DEGLI "ALTRI".
TUTTO AL SUO INTERNO E' RALLENTATO.
COMPRESO IL DIRITTO ALLA SALUTE**

**VIII CONGRESSO NAZIONALE S.I.M.S.Pe
Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria Onlus
Roma, 4-6 ottobre 2007**

GIULIO STARNINI

Intervista a

Giulio Starnini

Direttore del Reparto di Medicina Protetta- Malattie Infettive dell'Ospedale "Belcolle" di Viterbo

“I confini dell'Italia non sono segnati dalle Alpi o dai mari che la bagnano ma dalle mura delle carceri”. Sono il mondo degli “altri” e non solo perché è alta la presenza degli extracomunitari ma anche, e soprattutto, perché tutto al suo interno è compresso, limitato, esasperatamente rallentato compreso il diritto alla salute. E' vero, al contrario, che nelle prigioni Aids, Epatite C, Tbc, suicidi, malattie mentali si sublimano. Primo fra tutti il disagio psichico mentre, fra le malattie virali, la supremazia è dell'Epatite C che colpisce un detenuto su tre. Siamo d'accordo sulle cifre diramate nei scorsi giorni dal Ministro Mastella e che non lasciano spazio a dubbi: stiamo per tornare alla situazione pre-indulto. Se si continua di questo passo, aggiungiamo noi, le carceri italiane arriveranno, di nuovo, a scoppiare. Si ripresenteranno tutte le emergenze, quella sanitaria in primis, che l'opinione pubblica sembra voler dimenticare affannata a discutere se l'indulto sia stata una misura corretta o meno. Era semplicemente indispensabile. Prima dell'indulto stavamo affogando, oggi già abbiamo l'acqua alla gola. I detenuti aumentano e con loro le malattie. L'unica cosa che proprio non cresce, anzi, viene drasticamente ridotta sono i fondi: negli ultimi dieci anni gli stanziamenti al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria per la salute in carcere sono stati ridotti del 25 per cento e c'è stata la necessità di enormi sforzi per ottenere delle integrazioni dal Ministero del Tesoro. Dobbiamo dire grazie ad alcune Regioni che si sono fatte carico negli ultimi quattro – cinque anni della spesa farmaceutica e in parte di quella specialistica e ospedaliera. Peccato che a fronte di Regioni “virtuose” ce ne sono alcune che il grido d'allarme che viene da dietro le sbarre proprio non lo vogliono sentire”. E' forte la denuncia di Giulio Starnini, Direttore del Reparto di Medicina Protetta-Malattie Infettive dell'Ospedale Belcolle di Viterbo. Una denuncia affidata ai giornalisti in occasione della conferenza stampa di presentazione dell'VIII Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (S.I.M.S.Pe) che si tiene a Roma dal 4 al 6 ottobre.

Le carceri italiane stanno “per scoppiare”?

Il rischio è concreto. Prima dell'indulto si contavano circa 60mila detenuti. Dopo l'indulto si è scesi a 35mila. Ad un anno di distanza siamo già a quota 46mila. Di questo passo si annulleranno a breve tutti i benefici, in termini di “vivibilità”, che l'indulto aveva assicurato. Un anno in cui si è concretizzato ben poco e anche iniziative importanti come quella voluta dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria di un diverso approccio alla persona che per la prima volta entra in carcere dalla libertà, rischia di

nafragare per mancanza di spazi e personale. La situazione è, quindi, di grosso allarme, soprattutto per quanto riguarda la salute in carcere.

Il vostro “grido d’allarme” il più delle volte non viene raccolto dall’opinione pubblica, nella convinzione, forse, che si tratta di un problema lontano, circoscritto appunto alle mura delle carceri. E poi, è ancora forte lo stigma di chi pensa che, alla fine, i detenuti “se la sono andata a cercare”.

Al di là delle considerazioni etiche che si possono avere nei confronti dei detenuti, l’opinione pubblica dovrebbe, contrariamente a quello che fa, raccogliere immediatamente la nostra richiesta di intervento. Altro che problema circoscritto, limitato agli ultimi degli ultimi. La salute delle carceri, è un problema di Salute pubblica. Basta un dato per far capire la drammaticità della situazione e quanto sia presente nelle pieghe della Società: l’Epatite C è la malattia virale più diffusa in carcere perché è qui che vengono raccolte le sacche di emarginazione sociale. Sovraffollamento, scarse attenzioni alle basilari norme igieniche di prevenzione ed enormi difficoltà nelle cure fanno il resto. La detenzione media è, in genere, di 120 giorni. Con i pochi mezzi a disposizione non riusciamo neanche a impostare non dico una terapia ma neanche una proposta terapeutica. E, una volta usciti, di molti si perdono le tracce. Senza esserne nemmeno consapevoli gli ex detenuti alimentano le epidemie tra la popolazione generale. E qui c’è il pericolo di commettere un altro grave errore: quello di considerare l’ex detenuto o il detenuto in permesso-premio come un possibile “untore”. Si aggiungerebbe discriminazione a discriminazione. Quello che si deve fare è intervenire a monte, mettendo in condizioni il personale sanitario che opera nelle carceri di fare una buona diagnosi prima e una buona terapia poi. Solo così si può iniziare a pensare di “guarire” il carcere malato.

E’ difficile curare i detenuti. Ma sembra ancor più difficile curare le carceri.

Gli ostacoli sono enormi. Per quanto riguarda i detenuti abbiamo due tipi di problemi: uno organizzativo ed uno culturale. E’ difficile poter avere il giusto approccio quando ci sono così tanti detenuti da seguire e poco personale e, per giunta, demotivato. E poi, dicevamo, c’è un tourn over immenso, circa di 80mila persone, qualcuno ha detto con un felice simbolismo che la porta del carcere è “una porta girevole”. In quei 120 giorni di detenzione- questa è la media- a mala pena si riesce a fare un aggancio. Non c’è tempo per spiegare, per convincere. Nel caso dell’Epatite C, ad esempio, è difficile spiegare al detenuto- spesso restio davanti ad ogni figura che rappresenti l’autorità, anche se interessata solo alla sua salute come può esserlo un medico- l’importanza della terapia e della sua continuità. Appena il tempo dell’“aggancio” e il detenuto esce o viene trasferito. In entrambi i casi questo passaggio segna la fine di ogni speranza di successo terapeutico anche se la cura è stata già iniziata. E poi, c’è un problema culturale: i detenuti non sono certo “pazienti” facili e non dimentichiamo che per molti di loro la libertà viene prima della salute. Emblematico di questi sono i pazienti HIV positivi che non assumono la terapia antiretrovirale per far scendere le loro difese immunitarie e diventare così incompatibili con il carcere.

Qual è la ricetta?

Nessuno ha la bacchetta magica e tanto meno io. Credo che il carcere così come è oggi non sia la risposta idonea alla detenzione sociale. La riforma dei codici penali e dei codici di procedura penale è l'occasione per pensare ad una gradualità di misure sanzionatorie più efficaci ed anche meno dispendiose del carcere. Certamente l'assenza di politiche chiare e definite nel settore dell'assistenza sanitaria in carcere e a volte anche di semplici indicazioni da parte del Palazzo non ha giovato a nessuno. Per quanto ci compete comincerei quindi da qui, da una seria riforma che orienti il passaggio al Sistema Sanitario Nazionale e alle Regioni non subordinata a tristi criteri di carattere finanziario ma piuttosto orientata ad investire su uno sviluppo "sostenibile" che passi attraverso l'integrazione e l'ottimizzazione dei servizi esistenti. Va valorizzato l'enorme patrimonio di organizzazioni non governative che già operano negli istituti, razionalizzando i loro interventi, integrandoli con quelli pubblici, evitando sovrapposizioni. Bisogna dare all'attuale personale sanitario certezze e motivazioni: spesso è personale precario, posto all'ultimo gradino nella scala delle professionalità, costretto a rincorrere i propri diritti e quindi, alla lunga, desideroso solo di trovare una nuova collocazione. Occorre riconvertire i Centri Clinici esistenti all'interno degli Istituti penitenziari di Day Hospital e Day Surgery evitando così di ingolfare ambulatori e servizi esterni già sovraccarichi. In questi ultimi anni sono stati aperti tre reparti per detenuti presso Ospedali pubblici (Milano-Azienda Ospedaliera San Paolo, Roma- Presidio Ospedaliero "Pertini" e Viterbo-Presidio Ospedaliero "Belcolle") che si aggiungono a quello del "Civico" di Palermo. Il principio ispiratorio è stato l'esatto opposto di quello che aveva orientato la realizzazione dei Centri Clinici e cioè "attenzione agli aspetti della sicurezza in ambito sanitario" piuttosto che "attenzione agli aspetti sanitari in ambito di sicurezza". Si sono così ottenuti tre obiettivi importanti:

1) il paziente detenuto non è più visto con fastidio dal personale sanitario, altri degenti e personale di polizia; un pacco ingombrante di cui disfarsi il prima possibile come accade con le attuali "camere di sicurezza" sparse per gli ospedali italiani. Quanto sia importante questo è riaffermato dalle esternazioni del personale sanitario dell'Ospedale di Savona chiamato ad intervenire per curare Luca Delfino e che ha accettato tale compito con riluttanza. Occorre, quindi, personale sanitario specializzato ad affrontare e superare anche stati d'animo personali, interiori, comprensibili di fronte a persone che si sono coperti di delitti efferati, ma che non debbono mai uscire dalla propria coscienza e soprattutto non debbono mai tradire il patto di cura tra medico e paziente; 2) vengono garantiti al paziente detenuto le stesse opportunità diagnostiche terapeutiche di tutti gli altri cittadini attraverso personale medico psicologico e infermieristico formato e motivato; 3) notevoli economie derivano dall'ottimizzazione degli strumenti diagnostici e delle sale operatorie che sono le stesse degli altri cittadini e lavorano a pieno regime, al contrario di quanto accade in molti Centri clinici, ma soprattutto del ridotto impiego di personale (un terzo) di polizia penitenziario rispetto ai normali servizi di piantonamento in ospedale.

E poi bisogna intervenire sulle strutture penitenziarie in generale, come già oggi dovrebbe essere in applicazione del nuovo ordinamento penitenziario.

Torniamo ai problemi attuali. Gli stanziamenti, lo abbiamo detto prima, sono sempre di meno. E' realistico pensare oggi che si possa realizzare in carcere

un'ideale terapia per malattie gravi come l'Epatite C ?

Bisogna cambiare completamente prospettiva. Perché quello che non spendiamo oggi per le carceri, lo spenderemo domani decuplicato per curare, con giornate di degenza in ospedale, un ex detenuto, magari in libertà, la cui Epatite C non curata si è inevitabilmente trasformata in cirrosi o epatocarcinoma. Al Servizio Sanitario Nazionale quanto costerà? E quanto graverà sui bilanci un'eventuale pensione di invalidità o un'indennità di accompagnamento? Non sarebbe preferibile, oltre che eticamente corretto, offrire le cure migliori possibili a quel tossicodipendente, a quell'homeless quando è stato possibile "intercettarlo" dai servizi pubblici ed è ancora in tempo per guarire? La ricetta è semplice eppure, me ne rendo conto, estremamente complessa. La volontà politica c'è ma i ritardi aumentano. La Medicina penitenziaria è pronta per fare la sua parte. Pronta ad essere accolta nel Servizio Sanitario Nazionale e a collaborare con il Ministero della Giustizia. Non vogliamo, però, continuare ad essere, per i nostri stessi pazienti, la cenerentola dei servizi né il paravento per le inefficienze di altri. Nel nostro Congresso lo chiederemo ai Ministri pronti a metterci a disposizione con progetti chiari. La nostra esperienza di Medici del carcere è vastissima. Vorremmo che venisse utilizzata come merita.

ROBERTO MONARCA

Intervista a

Roberto Monarca

Presidente VIII Congresso S.I.M.S.Pe

e Dirigente Medico I livello - Centro di riferimento AIDS - Ospedale "Belcolle" di Viterbo

“**D**a alcuni anni stiamo osservando una quota impressionante, fra la popolazione detenuta, di casi di epatite C. Una situazione che deve preoccupare gli organismi competenti perché il virus è diffuso sia fra i detenuti giovani che quelli più anziani. Questi detenuti, una volta rimessi in libertà- non dimentichiamo che la detenzione media è di 120 giorni- o durante le licenze premio possono essere una fonte di contagio”. Parla Roberto Monarca, Presidente dell' VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (S.I.M.S. Pe) e Dirigente Medico I° livello - Centro di riferimento AIDS - Ospedale "Belcolle" di Viterbo, alla conferenza stampa di presentazione dell'VIII Congresso nazionale della S.I.M.S.Pe.

Partiamo dalla malattia.

L'epatite C (HCV) è la malattia infettiva più diffusa nel carcere. Colpisce oltre il 38 per cento della popolazione detenuta, in pratica più di un detenuto su tre è contagiato dal virus. Nelle donne la prevalenza si attesta sul 30 per cento. La prevalenza più alta si registra nei detenuti tra i 35-40 anni e questo è, per quanto riguarda la terapia, un elemento favorevole perché un malato più giovane e con minore durata di malattia si cura meglio. Fuori dal carcere l'età di maggiore prevalenza di epatite C è fra i 55 e i 60 anni. L'epatite C è una malattia ad altissimo rischio nel carcere perché nel luogo di detenzione ci sono condizioni che ne favoriscono la diffusione. In primo luogo, il sovraffollamento, tanti detenuti chiusi in un'unica cella; e poi l'uso in comune di oggetti taglienti come rasoi, tagliaunghie e di spazzolini da denti. C'è anche il rischio di trasmissione, pur se in minor misura, con rapporti omosessuali. Un problema a sé è quello dei tatuaggi. In carcere farsi un tatuaggio è una specie di rito. Molti detenuti, soprattutto quelli che sono in carcere per la microcriminalità ma anche per la criminalità organizzata, utilizzano il tatuaggio come un segno di riconoscimento. Non avendo a disposizione aghi idonei al tatuaggio, i detenuti usano spesso metodi primitivi come aghi "rimediati", addirittura iniettandosi l'inchiostro delle penne a sfera. "Strumenti" primitivi che vengono passati di mano in mano diventando, quindi, fonte di trasmissione del virus.

Che succede ad una persona con epatite C?

Questa malattia può portare alla cirrosi epatica nel giro di diversi anni. E' una malattia asintomatica per lungo tempo e quindi non ci sono segnali che spingono il sogget-

to a rivolgersi al medico. Solitamente si scopre per caso.

Ed in carcere che succede?

In carcere non sempre l'infezione viene riconosciuta perché nel nostro Paese non esiste una politica di screening diffusa capillarmente negli Istituti di pena. Anche quando l'infezione viene diagnosticata poi ci sono difficoltà a trattarla in carcere. E questo soprattutto per la carenza di risorse economiche ed umane. Un aspetto importante è quello del turn-over dei detenuti. Il detenuto che entra in terapia può essere trasferito all'insaputa del medico curante in altri Istituti dove spesso non può ricevere le stesse cure. Quando viene messo in libertà raramente va dal medico, quasi sempre sospende la cura. Non viene garantita quindi la continuità terapeutica.

Ma è difficile trattare un detenuto malato di epatite C?

Il detenuto ha tutte le caratteristiche di un "paziente difficile". Non mancano, purtroppo, persone refrattarie a qualsiasi autorità, con un problematico rapporto medico-paziente. Ci sono poi detenuti con problematiche psichiatriche e di dipendenza. Non bisogna dimenticare che ci sono detenuti, il discorso vale in modo particolare per l'Aids ma in larga parte anche per l'epatite C, che rifiutano le cure perché vogliono usufruire di una Legge che concede il trasferimento in ospedale o la libertà a chi è malato in una forma grave. Quindi, per un medico penitenziario la cura è particolarmente impegnativa. Cosa messa anche in evidenza dall'indagine della Gfk-Eurisko condotta negli Istituti di pena dalla quale emerge che solo la metà dei detenuti viene selezionata per fare terapia, fra questi circa un quarto dei pazienti non l'accetta e un terzo di quelli in trattamento sospendono la cura prima del termine previsto. E i motivi del non trattamento o della sospensione sono proprio quelli legati soprattutto a difficoltà logistiche come trasferimenti o scarcerazione e al rifiuto del paziente.

In cosa consiste la terapia?

La terapia oggi più utilizzata è la combinazione Interferone Peghilato e ribavirina. Con questa terapia che è d'elezione, si ottengono percentuali di guarigione che vanno dal 50 all'80 per cento. Quindi la cura c'è ed è efficace. Se fosse possibile curare tutti i malati durante la loro detenzione e garantire loro la continuità terapeutica nel circuito penitenziario e dopo la scarcerazione, certamente l'epatite C non sarebbe più un'emergenza per la sanità penitenziaria e si ridurrebbe il rischio di trasmissione alla popolazione fuori dal carcere. Gli impedimenti, soprattutto quelli strutturali, ci sono ma potrebbero essere risolti se non si continuasse a tagliare i fondi, ridurre e demotivare il personale. Abbiamo, invece, bisogno di risorse aggiuntive.

Prima si è accennato al contagio dentro al carcere. Che accade quando il detenuto esce dal carcere? E perché l'epatite C in carcere è anche un preoccupante problema di Salute pubblica?

Il detenuto che viene rimesso in libertà o che esce per permessi premio è una fonte di contagio. In modo particolare per i rapporti promiscui. La più efficace via di trasmissione del contagio è quella della contaminazione con il sangue infetto e questa si verifica soprattutto con l'uso in comune di siringhe tra i tossicodipendenti ma anche con lo scambio di strumenti usati nella vita quotidiana. Il contagio per via sessuale è meno

frequente ma non per questo da sottovalutare. Il detenuto a più alto rischio di trasmissione è quello che ottiene permessi-premio, perché in quei pochi giorni di libertà conduce una vita sregolata per recuperare, anche se in parte, quello che gli viene proibito in cella. In questi casi sarebbe molto importante fornire ai detenuti, prima che escano dal carcere, poche ma essenziali informazioni per ridurre i comportamenti a rischio.

ANDREA FRANCESCHINI

Intervista a

Andrea Franceschini

Presidente della S.I.M.S.Pe

e Direttore Sanitario C.C. Regina Coeli a Roma

La Salute in carcere è un diritto inalienabile di ogni detenuto. Ma, e ormai è sotto gli occhi di tutti, è anche un problema di Salute pubblica. Qual è il ruolo della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria in questo difficile momento dove è urgente trovare delle nuove vie da percorrere per risolvere questa emergenza? La domanda è per Andrea Franceschini, presidente della S.I.M.S.Pe alla conferenza stampa di presentazione dell'VIII Congresso della S.I.M.S.Pe. Franceschini è anche Direttore Sanitario C.C Regina Coeli a Roma.

La conoscenza dei complessi fenomeni che caratterizzano il penitenziario rappresenta un elemento non trascurabile per comprendere ed indirizzare le scelte per il progressivo miglioramento del sistema. La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria ONLUS, che comprende tra i suoi aderenti Medici esperti del settore, operanti nel penitenziario e nelle Università, ribadisce la propria valenza di carattere tecnico-scientifico per l'obiettivo statutario di studio dei problemi del settore Penitenziario e per la contestuale elaborazione di ipotesi e proposte di risoluzione. La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria ONLUS vuole quindi offrire il contributo delle idee provenienti dagli operatori che, particolarmente motivati all'attività penitenziaria, considerano significativa e valorizzante questa attività sanitaria, non ultimo per i suoi intrinseci riflessi sociali.

Quali sono, secondo la SIMSPe i livelli sui quali occorre intervenire?

Il Documento di indirizzo della SIMSPe 2007-2008 è chiaro. Partiamo dal Governo centrale del sistema: le esperienze regionali di varia tipologia maturate dal D.L.vo 230/99 ad oggi sono nei fatti rispondenti a quella richiesta di "sperimentazione" regionale e fanno ravvisare la necessità di approntare un organismo integrato tra Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e Ministero della Salute. Si ritiene indispensabile la riattivazione dello Staff Sanitario presso la Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, al fine di supportare la stessa Amministrazione con un indispensabile strumento tecnico in campo sanitario. E passiamo alle Regioni. Le Unità Operativa di Sanità Penitenziaria hanno raggiunto una buona efficienza operativa e sono state riconosciute valide innovazioni amministrative anche dalla Corte dei Conti. E' necessario però definirne con decreto interministeriale loro attribuzioni e relative funzioni. Le "Unità Operative di Sanità Penitenziaria" rappresentano, di fatto, il luogo ideale di incontro con gli

Assessorati alla Sanità per disegnare le nuove realtà assistenziali locali.

E a livello del Territorio?

A livello territoriale è necessario implementare i rapporti fra le singole ASL e gli Istituti Penitenziari. Rimane necessario un modello operativo – la cui definizione non è più procrastinabile – che veda una chiara attribuzione di competenze fra SSN ed Amministrazione Penitenziaria in merito soprattutto a: 1) attività specialistica; 2) emergenze-urgenze; 3) ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Unità Operative di Malattie Infettive; 4) farmaceutica; 5) laboratorio analisi, oltre che ad una implementazione dei servizi di base.

L'emergenza sanitaria in carcere vede due grandi protagonisti: il detenuto e il personale sanitario. Che fare per gli operatori che operano quotidianamente in "frontiera"?

L'attuale incertezza normativa rende necessaria ed urgente la rivisitazione della figura del Medico Penitenziario nel suo complesso. Diventa oramai necessaria la ridefinizione di tale ruolo con autonomia organizzativa e progressione di carriera ed economica; in quanto sono, di fatto e nell'attività svolta, Dirigenti Medici a tutti gli effetti e già impegnati a più livelli all'interno dell'Amministrazione Penitenziaria. Considerare come una risorsa quegli Operatori sanitari che si sono distinti per impegno e professionalità è un elemento indispensabile per favorire la buona riuscita della configurazione di un nuovo assetto che si riferisca al Servizio Sanitario Nazionale nell'attività assistenziale in carcere.

E poi ci sono i Centri Clinici.

In un'ottica generale di sistema riteniamo che gli attuali Centri Clinici, viste le oggettive limitazioni operative e gli elevati costi di gestione, debbano essere riconvertiti a strutture penitenziarie per patologie croniche e che per i ricoveri acuti si debbano realizzare reparti ospedalieri alla stregua di quelli già esistenti, (Azienda S.Paolo di Milano, Presidio Ospedaliero "S.Pertini" di Roma e Presidio Ospedaliero "Belcolle" di Viterbo). Riteniamo altresì che debbano essere immaginate nuove strutture non penitenziarie sull'esempio delle comunità terapeutiche, per "detenuti sociali".

Un corretto approccio sanitario non può prescindere dall'assistenza farmaceutica. Qual è la situazione?

Attualmente solo in alcune Regioni il Servizio è assicurato dalle ASL; altre affermano di attendere indicazioni dal Ministero della Salute, ma le pari opportunità terapeutiche devono essere garantite in carcere come sul Territorio.

Qualsiasi progetto si scontra con aspetti economici e di costo. Come superare questo scoglio?

E' necessario essere consapevoli che qualsiasi ipotesi di modifica dell'attuale sistema richiederà maggiori costi ed in tal senso alcuni particolari aspetti devono essere tenuti in considerazione come elementi oggettivi di riflessione e valutazione. La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, forte dei valori tecnici, scientifici e culturali

di cui è portatrice, si dichiara pertanto disponibile alla partecipazione ad eventuali Commissioni istituite dai Ministeri interessati (Giustizia, Salute ed Affari Sociali) sulle tematiche segnalate, al fine di apportare il contributo dettato dall'esperienza nella programmazione di futuri assetti e nell'ottimizzazione delle risorse per la gestione sanitaria delle persone detenute in carcere.

Il Congresso Nazionale è un momento importante della vita della S.I.M.S.Pe.

La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, attraverso lo stimolo della Ricerca, della formazione e dei convegni, ma soprattutto attraverso Corsi di aggiornamento, persegue l'obiettivo di una qualificazione sempre maggiore del medico e del personale sanitario chiamato ad operare in carcere. Nel rispetto dello spirito della Società reputiamo doveroso richiedere che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria continui ad aprirsi alle proposte di collaborazione in studi e progetti proposti da Enti, Università, Società Scientifiche, che consentano di acquisire nuove procedure e conoscenze utili ad aumentare la qualità dell'assistenza fornita alla persona detenuta.

CONGRESSO S.I.M.S.Pe: PARLA IL PRESIDENTE

Intervista a

Roberto Monarca

Presidente VIII Congresso S.I.M.S.Pe

e Dirigente Medico I livello - Centro di riferimento AIDS - Ospedale "Belcolle" di Viterbo

Qual è la filosofia dell'VIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria di cui lei è Presidente? La domanda è per Roberto Monarca, Dirigente Medico I° livello - Centro di riferimento AIDS - Ospedale "Belcolle" di Viterbo.

La filosofia è quella di denunciare una situazione di difficoltà degli operatori sanitari in carcere pressati da una cronica mancanza di personale e di risorse, che vengono sempre più tagliate, e si trovano nell'impossibilità di fornire ai detenuti un'assistenza sanitaria degna di questo nome. Gli operatori, nello stesso tempo, sono pressati da una domanda di salute in costante crescita da parte della popolazione detenuta che solo in parte e solo per breve tempo è stata alleviata dall'indulto.

Ma è anche un Congresso che vuol essere propositivo?

Certamente. Le denunce sono importanti ma hanno bisogno di essere accompagnate, se si vuol fare un discorso corretto, da proposte. Il Congresso è quindi strutturato in sessioni scientifiche tematiche e in tavole rotonde dove, oltre all'opinione di esperti di Medicina Penitenziaria, ci sarà il confronto con operatori del DAP, del Ministero della Giustizia e del Sistema Sanitario Nazionale che hanno in mano le leve decisionali. Un Congresso di grande spessore, che vuol coniugare problematiche mediche con quelle organizzative.



VIII Congresso Nazionale
della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria
Onlus (S.I.M.S.Pe)

*" L'AGORÀ PENITENZIARIA. LA SANITÀ PENITENZIARIA
FRA NECESSITÀ DI SVILUPPO E SCARSITÀ DI RISORSE"*

ROMA, 4-6 OTTOBRE 2007

La seduta inaugurale dalle ore 9 alle ore 13 si tiene al Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria-Centro amministrativo G.Altavista, via del Gonfalone 29, Roma.

I lavori proseguono poi all'Istituto Superiore di Studi penitenziari, Via G.Barellai 135, Roma (Tel.06.30261

ANGIOLO MARRONI

Intervista a

Angiolo Marroni

Garante dei diritti dei detenuti della Regione Lazio

Qual è la situazione sanitaria nelle carceri italiane vista dai detenuti? La domanda è per Angiolo Marroni, Garante dei diritti dei detenuti della Regione Lazio. Il Garante dei Diritti dei Detenuti della Regione Lazio, per le sue finalità e nell'ambito delle iniziative di solidarietà sociale, svolge, in collaborazione con le amministrazioni statali, ogni iniziativa volta ad assicurare, tra l'altro: il diritto alla salute; il diritto all'istruzione; il diritto alla formazione professionale; il diritto alla cultura; il diritto allo sport; il diritto alla socializzazione e ai rapporti con le famiglie; e ogni altra prestazione finalizzata al recupero, alla reintegrazione sociale e all'inserimento.

Sicuramente non è una situazione omogenea. Questo dipende da diversi fattori. Regionali (situazione economica, programmi regionali sanitari, strutture territoriali esistenti, integrazione con il territorio e con servizi sanitari) dal numero di detenuti presenti (turn over, nazionalità, rapporti con strutture esterne), dalle tipologie strutturali (condizioni strutturali, aderenza al regolamento del 2000, collocazione nel territorio), dal livello erogato dagli operatori (Provveditorati Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, funzioni delle U.O.S.P., Direzione dell'Istituto, Direzione Sanitaria, presenza/assenza degli operatori). Ricordo solo che nella regione Lazio sono presenti ben 14 Istituti Penitenziari, ognuno di loro ha determinate caratteristiche di trattamento; che sono presenti due Centri clinici (Regina Coeli e NC Rebibbia), due strutture sanitarie ospedaliere (Pertini e Belcolle), ma anche un reparto senza barriere architettoniche per i detenuti disabili, un reparto per i minorati psichici e un reparto per i detenuti transessuali. Detto questo, la domanda di salute è una delle prime domande che i detenuti pongono ai miei operatori. Cerchiamo di rispondere in vari modi: con dei protocolli operativi (protesi odontoiatriche e odontoambulanze), con la prevenzione (stiamo lavorando su degli opuscoli, tradotti in più lingue, da distribuire nelle carceri per informare i detenuti e gli operatori tutti su alcune patologie) e sollecitando i riferimenti Istituzionali preposti ad affrontare alcune situazioni o casi (in casi di ricoveri o di interventi sociosanitari contattiamo ASL, PRAP, Assessorato). Vorrei dire che un elemento acquisito, credo da tutti (direzioni, detenuti, associazioni del terzo settore, strutture pubbliche) in questi tre anni di attività del Garante è la continuità della presenza e degli interventi. Questa continuità mi permette di affrontare alcuni aspetti critici: il nodo salute/sicurezza, il nodo della mancanza di continuità assistenziale e terapeutica che grava sul detenuto malato ecc.

Lei al Forum sulla salute penitenziaria ha detto che è una situazione indegna in un Paese civile e che il diritto alla salute per i detenuti non è reso esigibile e non è universale. Se non si interviene con la Riforma della Sanità penitenziaria cosa potrà succedere?

Credo che non si possa parlare di sanità penitenziaria e sanità pubblica. Ma di un sistema omogeneo di Sanità. Non è senza senso ricordare che il diritto alla cura è un diritto sancito dalla Costituzione che non si perde con la privazione della libertà. Per questo sostengo tutto l'iter per approdare a quello che stabilisce il Dlgs 230/99. Anche qui bisogna fare i conti con il tempo che dal 2000 è passato. Dalla modifica del titolo V della Costituzione, sono le Regioni titolari dell'organizzazione sanitaria. Credo che inserire il territorio "carcere" nella programmazione che ogni ASL deve avere e inserire nei servizi territoriali la popolazione residente negli Istituti Penitenziari siano il primo passaggio. Certo, questa legge ha la necessità del transito di tutte quelle risorse economiche che ora sono gestite dal Ministero della Giustizia.

Qual è il destino di un detenuto malato fuori del carcere?

Spesso per il sistema della doppia sanità al momento della scarcerazione si apre un vuoto. Per la persona libera ma malata si spalancano le porte carraie ma non c'è continuità assistenziale o un progetto terapeutico individualizzato. In altri termini, la presa in carico della persona si perde nella "non" rete socio-sanitaria del territorio. Questo è un problema complesso. Qual è la funzione del carcere? Il trattamento e la custodia certamente ma quando si parla di salute bisogna fare un salto di qualità. Credo che la risposta non possa che essere integrata e di continuità. Il carcere paradossalmente può assolvere un compito di facilitazione alle cure, di tramite tra strutture. Ora spesso non è così.

Ci può dare una fotografia delle situazioni dal carcere?

La persona è malata spesso per stili di vita sbagliati precedenti la detenzione: per la tossicodipendenza per esempio. Spesso il carcere è il luogo dove si viene informati della malattia o dove se ne prende conoscenza in modo realistico. Già questo è un elemento importante che dev'essere colto. Ma ancora il carcere, per la conseguenza stessa della perdita della libertà, è il luogo che può evidenziare, rinforzare aspetti patologici. Infine, non lo dimentichiamo, ci si ammala in carcere. L'aumento della popolazione ristretta, le condizioni igienico – sanitarie, la promiscuità, il passare 20 ore in celle spesso anguste, comportano un quadro psicologico e fisico fragili. Non è un caso che dal 1973 si è creata una voce nuova dentro il trattamento intramurario: il "nuovo giunto", non è un caso che il periodo dei primi giorni è quello più delicato. Ma accanto a queste ci sono nuove problematiche: il detenuto anziano, il detenuto parzialmente autosufficiente, la persona senza fissa dimora. Ho la percezione che spesso il carcere, nella crisi del welfare, è una delle poche risposte ad un disagio crescente. Credo che il carcere debba essere una estrema ratio, per reati rilevanti invece spesso diventa una risposta all'emergenza.

PATRIZIO GONNELLA

Intervista a

Patrizio Gonnella

Presidente di Antigone - Associazione che si occupa dei diritti e delle garanzie nel Sistema penale

“La Salute nelle carceri italiane non è un diritto rispettato. E questo non è degno di un Paese civile”. E’ molto forte la denuncia di Patrizio Gonnella, presidente di Antigone, l’Associazione che si occupa dei diritti e delle garanzie nel Sistema penale, alla conferenza stampa di presentazione dell’VIII Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (S.I.M.S.Pe).

“La salute in carcere è causale- dice Gonnella- e non è assicurata a tutti e in misura adeguata. Ci sono emergenze che vanno immediatamente affrontate e che, se trascurate, creano maggiori rischi non solo fra la popolazione detenuta ma anche fra quella fuori del carcere. La Salute psichica, l’epatite virale e anche altre malattie apparentemente banali, come la scabbia, sono ormai largamente diffuse dentro le sbarre. Le possibilità di contagio sono molte. Inoltre, una volta che il detenuto viene rimesso in libertà o gode di un permesso premio non lascia certo nella cella i suoi problemi medici.”

Che cosa bisogna fare?

L’indulto è stato un utile strumento per decongestionare il carcere. Rischia di diventare però un’occasione sprecata se rapidamente non si mette mano sia al sistema penale che al sistema penitenziario. Tutti i problemi della Salute in carcere rischiano di rimanere tragicamente invariati se non si adotta un pacchetto di riforme. Senza perdere tempo, se ne è perduto già troppo.

Quali riforme propone Antigone?

Innanzitutto il passaggio della Sanità Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. Ma deve essere un passaggio con garanzie che porti un miglioramento della situazione e risolva il grande handicap del non rispetto della salute del detenuto. Inoltre, l’applicazione del regolamento presidenziale del 2000 che prevede miglioramenti di vita dentro il carcere. Infine, l’applicazione della legge, purtroppo mai attuata, del lavoro dietro le sbarre.

ANTIGONE, ASSOCIAZIONE "PER I DIRITTI E LE GARANZIE NEL SISTEMA PENALE", È NATA ALLA FINE DEGLI ANNI OTTANTA NEL SOLCO DELLA OMONIMA RIVISTA CONTRO L’EMERGENZA PROMOSSA. E’ UN’ASSOCIAZIONE A CUI ADERISCONO PREVALENTEMENTE STUDIOSI, MAGISTRATI, OPERATORI PENITENZIARI, PARLAMENTARI, INSEGNANTI, CITTADINE E CITTADINI CHE, A DIVERSO TITOLO, SI INTERESSANO DI GIUSTIZIA PENALE.

ASSOCIAZIONE ANTIGONE
WWW.ASSOCIAZIONEANTIGONE.I
TEL. 06-44363191

ENRICO GIULIANI

Testo di

Enrico Giuliani

Consigliere S.I.M.S.Pe Onlus

Il medico del Servizio Integrativo Assistenza Sanitaria per detenuti (Sias) intrattiene un rapporto con l'Amministrazione Penitenziaria regolamentato ai sensi dell'art. 51 L. 09/10/1970 n° 740 e succ. modificazioni ed ha il compito di espletare attività di Guardia Medica e di Medicina Generale in virtù di convenzioni prima annuali rinnovabili, ora biennali rinnovabili. Il medico Sias è collocato in graduatoria unica secondo i criteri di cui alla circolare del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) n° 3408/5058 del 25/11/1995 e succ. mod. e integrazioni e assunto in servizio mediante procedura selettiva per titoli e colloquio orale. Il rapporto che in realtà il medico Sias intrattiene con l'Amministrazione Penitenziaria che lo definisce "di carattere libero-professionale" si è svolto e si svolge secondo le modalità proprie del pubblico impiego. I Medici Sias infatti espletano non solo attività di guardia medica (che propriamente consistono in interventi di urgenza e pronto soccorso) come previsto dall'art. 51 L. n° 740/1970 bensì ogni altra attività di assistenza sanitaria ed amministrativa di competenza del "Medico Incaricato" di ruolo presso l'Istituto d'appartenenza che è infatti in servizio per sole tre ore al giorno e il cui rapporto di lavoro risulta attualmente disciplinato dalle disposizioni del Capo I L. 740-1970.

I medici Sias svolgono di fatto all'interno degli Istituti Penitenziari le seguenti principali attività:

- 1) visite quotidiane ai detenuti che lo richiedono e agli isolati;
- 2) visita medica di primo ingresso ad ogni detenuto;
- 3) certificazioni di idoneità per i detenuti da tradurre e trasferire;
- 4) attività ambulatoriale di medicina generale, prescrizione di terapie, somministrazione di vaccini, invii in luoghi esterni di cura;
- 5) partecipazione ai Consigli di disciplina;
- 6) assistenza sanitaria in urgenza nei confronti degli appartenenti al corpo di Polizia Penitenziaria;
- 7) assistenza sanitaria nei confronti di chicchessia dovesse presentare un malore mentre si trova all'interno dell'istituto penitenziario, ivi compresi i parenti dei detenuti presenti nelle sale colloquio;
- 8) redazione di pareri medico legali su richiesta della magistratura;
- 9) visite giornaliere agli scioperanti della fame;
- 10) certificazioni varie nei confronti dei detenuti: vitti speciali, blindati aperti, accertamenti clinici e strumentali, acquisto dei farmaci, isolamento disciplinare o sanitario, redazione dei modelli per gli infortuni sul lavoro;

11) sostituzione del medico incaricato nel coordinamento delle attività sanitarie dell'istituto quando questi non è presente.

Quanto sopra è stato poi espressamente normato dal Ministero di Grazia e Giustizia che in data 30/04/1992 con circolare n° 494410/4 scrive: "...Come previsto dalla circolare 337/5787 del 07-02-1992 i medici di guardia non devono essere destinati soltanto alle urgenze e agli altri interventi di pronto soccorso, sono, invece, a tutti gli effetti medici dell'istituto e nelle loro competenze rientrano tutti i compiti che fanno parte dell'area sanitaria..."

I medici Sias infatti lavorano nei giorni e nelle notti feriali e festive e sono tenuti ad osservare orari di lavoro predeterminati dall'Amministrazione Penitenziaria con l'obbligo di timbratura del cartellino marca tempo, vincolo di soggezione gerarchica al coordinatore sanitario e al Direttore dell'Istituto Penitenziario, sono anche soggetti al potere disciplinare dell'Amministrazione Penitenziaria essendo stabilmente inseriti nella struttura Ministeriale.

I medici Sias sono tenuti ad osservare gli ordini di servizio del Direttore dell'Istituto e le circolari emanate dal Dap e dal Ministero della Giustizia, hanno l'obbligo di concordare il godimento delle ferie. I medici Sias percepiscono mensilmente, in relazione alle ore di lavoro prestate, un compenso professionale determinato con apposito decreto del Ministero della Giustizia di concerto con quello della Salute e del Tesoro.

In realtà l'amministrazione Penitenziaria stipulando ripetutamente e senza interruzioni i citati contratti libero professionali ha instaurato con i medici Sias rapporti di impiego di natura subordinata, sussistendo nella suddetta disamina tutti i principali indicatori del rapporto di pubblico impiego poichè i rapporti di lavoro si sono svolti con modalità sostanzialmente diverse rispetto a quelle previste dall'art. 51 L. n° 740/70 ai sensi della quale i medici Sias avrebbero dovuto espletare esclusivamente attività di "Guardia medica" limitandosi pertanto a effettuare i soli interventi di pronto soccorso e urgenza clinica.

Di fatto i medici Sias svolgono attività professionale del tutto sovrapponibile a quella svolta nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) dai dirigenti medici di 1° livello dipendenti delle ASL.

Le circolari Ministeriali del 30/04/1992 n° 494410/4 e del 07/02/1992 n° 3337/5787 stabiliscono l'affidamento ai medici Sias dello svolgimento di "...tutti i compiti che fanno parte dell'area sanitaria...", compiti ulteriori rispetto a quelli previsti dalla legge 740/70. E' inconfindibile che per i medici Sias sussistano tutti gli indicatori della natura subordinata del proprio impiego in quanto sussiste la continuità dell'attività svolta, la subordinazione in funzione del vincolo gerarchico nei confronti del coordinatore sanitario e del Direttore del Carcere, dal rispetto di un orario predeterminato con inizio e termine dell'attività lavorativa, proprio del pubblico impiego.

Non potendosi quindi smentire in alcun modo l'effettiva natura impiegatizia dei rapporti lavorativi che intercorrono tra l'Amministrazione Penitenziaria e i medici Sias si dovrà provvedere nelle more del riordino della materia alla luce della L. 230/99 e delle direttive emanate dal Ministero della Salute e della Giustizia in merito al trasferimento delle

competenze in materia sanitaria penitenziaria dal Ministero della Giustizia a quello della Salute ad adottare un'apposita tabella d'equivalenza che vincoli i medici Sias al transito nei ruoli di Dirigenza medica previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per il SSN. In sintesi è improponibile pensare a collocamento diverso del medico Sias in una struttura di dipendenza dal SSN diversa da quella della Dirigenza medica.

LA MEDICINA IN CARCERE E L'EPATITE C: PRIMA INDAGINE SULLE CARCERI ITALIANE

di
Isabella Cecchini
Gfk Eurisko

GLI OBIETTIVI E LA METODOLOGIA DELLA RICERCA

E' stato condotto uno studio nel mese di settembre presso gli infettivologi e i responsabili sanitari di alcuni tra i principali istituti penitenziari italiani (20 infettivologi e 22 responsabili sanitari) finalizzato ad esplorare l'esperienza della medicina in carcere e la percezione del suo ruolo "di prevenzione" rispetto alla comunità esterna.

I RISULTATI

L'HCV in carcere

Dall'indagine emerge che le malattie virali croniche rappresentano la seconda causa di intervento medico in carcere, dopo il problema di natura psicologica/psichiatrica: di fatto coinvolgono circa un terzo dei detenuti che necessitano di cure mediche.

All'interno delle patologie virali croniche l'HCV rappresenta la patologia più consistente: coinvolge in media un quarto dei detenuti negli Istituti penitenziari coinvolti dall'indagine Gfk Eurisko.

Tutti (medici infettivologi e responsabili sanitari) sono concordi sulla necessità di sensibilizzare il personale medico sull'importanza della cura.

In questo quadro non sempre il paziente riesce/può ricevere la cura adeguata: infatti l'indagine indica che:

- ◀ solo la metà dei detenuti viene messo subito in terapia
- ◀ fra questi circa un quarto dei pazienti non accetta la terapia
- ◀ e un terzo dei pazienti in trattamento sospende la cura prima del termine previsto.

I motivi del non trattamento/sospensione sono legati soprattutto a problemi logistici (trasferimenti, scarcerazione) e al rifiuto /deresponsabilizzazione del paziente.

Rispetto alla valutazione dei risultati i medici esprimono posizioni diverse, legate alla specificità del contesto carcerario:

- ◀ In metà dei casi valutano i risultati come migliori rispetto ai trattamenti fatti in comunità in relazione alla possibilità di seguire meglio il paziente/averlo sotto controllo
- ◀ Nell'altra metà dei casi però la valutazione è critica ciò è dovuto alla problematicità del paziente detenuto (rifiuto della terapia, scarsa responsabilizzazione) e alle problematiche logistiche (soprattutto il problema dei trasferimenti).

Il ruolo della medicina carceraria

Si rileva una grande soddisfazione da parte dei medici intervistati per la professione, legata soprattutto all'utilità attribuita al proprio ruolo in carcere e alla relazione con il paziente

Ruolo/Utilità che sembra però – nella percezione soprattutto dell'infettivologo - poco valorizzata/riconosciuta all'esterno dalle istituzioni sanitarie e dalle Società Scientifiche. Emerge un vissuto di solitudine /di bisogno di riconoscimento anche all'esterno del carcere.

Più ambivalente è la percezione di utilità del proprio ruolo in termini preventivi rispetto alla comunità esterna:

◁ in teoria un ruolo preventivo fondamentale

◁ più valorizzato dai medici del Sud rispetto a quelli del Nord

◁ di fatto fortemente ostacolato - nella percezione degli infettivologi – dalle problematiche logistiche e strutturali: scarse risorse, trasferimenti, scarsa connessione con il territorio dopo la scarcerazione.

I problemi e le aspettative

In questo senso sembra emergere una forte e condivisa attesa di:

◁ un maggiore riconoscimento di ruolo della medicina carceraria all'esterno del carcere (da parte delle Istituzioni Sanitarie, da parte delle Società scientifiche) e una maggiore sensibilizzazione sul problema

◁ un'ottimizzazione delle problematiche logistiche/organizzative che favorisca la presa in carico e la cura dei pazienti:

- maggiori risorse (economiche, del personale...)

- una rete di connessione fra gli Istituti che consenta di seguire/tenere sotto controllo il paziente che viene trasferito

- una rete di connessione con il territorio che consenta di seguire/tenere sotto controllo il paziente che ritorna in comunità.

IL CARCERE ITALIANO IN CIFRE, REGIONE PER REGIONE

Fonti:
DAP
Indagine GfK-Eurisko

In Italia gli Istituti penitenziari sono 205 dei quali: 37 sono case di reclusione, 160 sono case circondariali (e contano la stragrande maggioranza di detenuti) e 8 sono Istituti per le misure di sicurezza. Al 18 settembre 2007 negli Istituti di pena si trovavano 46.118 detenuti (la capienza regolamentare è di circa 43.140 posti), di questi quasi il 37 per cento è di nazionalità straniera.

I detenuti usciti grazie all'indulto sono stati 6.194 e di questi il 22 per cento sono rientrati nuovamente in carcere per aver commesso un reato.

A luglio 2006 le carceri sfioravano quota 60mila detenuti, ad agosto 2006 e quindi ad un mese dall'indulto, si è scesi a quota 38.847 per risalire, in un solo anno, a quota 46.118 (al 18 settembre 2007).

Gli stranieri

Ogni cento detenuti negli Istituti di pena italiani 37 sono stranieri. La presenza maggiore è quella dei marocchini (20 per cento), seguita dai romeni (15 per cento), dagli albanesi (12 per cento) e dai tunisini (10 per cento). Ma nelle carceri italiane si ritrova tutto il mondo.

In carcere, nel cuore della vita

La fascia d'età più presente nelle carceri italiane è quella tra i 30-34 anni, seguita da quella tra i 35 e i 39 anni e da quella tra i 25 e i 29 anni. Quasi la metà dei detenuti ha, dunque, tra i 25 e i 39 anni.

Aids , suicidi, tossicodipendenza e malattie mentali antichi mali.

Epatite C, nuova emergenza

Gli atti di autolesionismo in carcere sono sempre molti. Nel 2006 sono stati 4276, in calo rispetto all'anno precedente(5481). La punta massima negli ultimi dieci anni si è avuta nel 2000 quando si sono registrati 6788 episodi.

Alto anche il numero dei suicidi. Nel 2006 sono stati 50, sette in meno rispetto all'anno precedente. La punta massima nel 2001 quando 69 detenuti si sono tolti la vita.

Da un'indagine sierologico-epidemiologica condotta a campione nelle carceri italiane emerge che il 7,5 per cento dei detenuti è affetto da HIV. Il 38 per cento da Epatite C.

I detenuti tossicodipendenti sono il 26,35 per cento dei detenuti.

L'indagine della GfK-Eurisko in 25 carceri italiane evidenzia che il 43,5 per cento dei detenuti che necessita di cure ha problemi psicologico-psichiatrici.

LE CARCERI ITALIANE, REGIONE PER REGIONE. TUTTE LE CIFRE.

ABRUZZO

In Abruzzo gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 7. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 1288 detenuti, dei quali 27 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 1498 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari dell'Abruzzo era quella albanese, seguita dalla marocchina. Al terzo posto la presenza degli ex jugoslavi.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti dell'Abruzzo è quella tra i 35 e i 39 anni, seguita da quelli leggermente più giovani (30-34 anni).

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari dell'Abruzzo aggiornata al 31 agosto 2007. Chieti: presenti 83 detenuti (la capienza regolamentare è di 92); Lanciano : presenti 218 detenuti (la capienza regolamentare è di 204); L'Aquila: presenti 119 detenuti (la capienza regolamentare è di 205); Pescara: presenti 148 detenuti (la capienza regolamentare è di 298); Sulmona: presenti 313 detenuti (la capienza regolamentare è di 270); Teramo: presenti 294 detenuti (la capienza regolamentare è di 231) e Vasto: presenti 113 detenuti (la capienza regolamentare è di 198).

Dunque, in Abruzzo su 7 Istituti penitenziari 3 hanno già superato la capienza regolamentare (Lanciano, L'Aquila e Teramo). In totale tutti e 7 gli Istituti penitenziari hanno superato oltre la metà la capienza tollerabile (1288 presenze contro 2254 della capienza tollerabile).

BASILICATA

In Basilicata gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 3. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 320 detenuti, dei quali 12 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 437 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, le nazionalità maggiormente presenti negli Istituti penitenziari della Basilicata erano quella albanese e tunisina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Basilicata è quella tra i 30 e i 34 anni, seguita da quella tra i 40 e i 44 anni.

Questa la situazione, in dettaglio, degli Istituti penitenziari della Basilicata aggiornata al 31 agosto 2007. Matera: presenti 31 detenuti (la capienza regolamentare è di 140); Melfi : presenti 182 detenuti (la capienza regolamentare è di 126); Potenza: presenti 107 detenuti (la capienza regolamentare è di 171). Al carcere di Melfi, dunque, è già stata superata la capienza regolamentare e ci si avvicina a quella tollerabile che è di 234 detenuti.

CALABRIA

In Calabria gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 12. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 1787 detenuti, dei quali 30 donne, a fronte di una capienza regolamentare

di 1870 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Calabria era quella albanese, seguita dalla marocchina. Al terzo posto la presenza degli ex jugoslavi.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Calabria è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari della Calabria aggiornata al 31 agosto 2007. Castrovillari: presenti 147 detenuti (la capienza regolamentare è di 143); Catanzaro "N.C.Siano" : presenti 440 detenuti (la capienza regolamentare è di 354); Cosenza: presenti 76 detenuti (la capienza regolamentare è di 198); Crotone: presenti 51 detenuti (la capienza regolamentare è di 117); Lamezia Terme: presenti 35 detenuti (la capienza regolamentare è di 30); Laureana di Borrello "L.Daga": presenti 30 detenuti (la capienza regolamentare è di 34); Locri: presenti 4 detenuti (la capienza regolamentare è di 92); Palmi: presenti 197 detenuti (la capienza regolamentare è di 169); Paola: presenti 50 detenuti (la capienza regolamentare è di 167); Reggio Calabria: presenti 234 detenuti (la capienza regolamentare è di 160); Rossano Nuovo complesso: presenti 237 detenuti (la capienza regolamentare è di 150); Vibo Valentia "N.C": presenti 286 detenuti (la capienza regolamentare è di 256). Dunque, in Calabria su 12 Istituti penitenziari 7 hanno già superato la capienza regolamentare (Castrovillari, Catanzaro "N.C.Siano", Lamezia Terme, Palmi, Reggio Calabria, Rossano Nuovo complesso e Vibo Valentia "N.C"). In totale, tutti e 12 gli Istituti penitenziari, arrivano a sfiorare la capienza regolamentare (1787 presenze contro 1870) e hanno già superato della metà quella tollerabile (3067).

CAMPANIA

In Campania gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 17. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 5770 detenuti, dei quali 193 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 5272 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Campania era quella albanese, seguita dalla marocchina e dalla nigeriana.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Campania è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari della Campania aggiornata al 31 agosto 2007. Ariano Irpino: presenti 145 detenuti (la capienza regolamentare è di 164); Arienzo: presenti 81 detenuti (la capienza regolamentare è di 104); Avellino "Bellizzi": presenti 289 detenuti (la capienza regolamentare è di 347); Aversa "F.Saporito": presenti 316 detenuti (la capienza regolamentare è di 164); Benevento: presenti 336 detenuti (la capienza regolamentare è di 265); Carinola "G.B.Novelli": presenti 318 detenuti (la capienza regolamentare è di 306); Eboli: presenti 28 detenuti (la capienza regolamentare è di 50); Lauro: presenti 42 detenuti (la capienza regolamentare è di 54); Napoli "Poggioreale": presenti 1606 detenuti (la capienza regolamentare è di 1387); Napoli "Sant'Eframo": presenti 78 detenuti (la capienza regolamentare è di 150); Napoli "Secondigliano": presenti 1102 detenuti (la capienza regolamentare è di

1036); Pozzuoli: presenti 109 detenuti (la capienza regolamentare è di 91); Sala Consilina: presenti 28 detenuti (la capienza regolamentare è di 32); Salerno: presenti 387 detenuti (la capienza regolamentare è di 430); Santa Maria Capua Vetere "N.C": presenti 765 detenuti (la capienza regolamentare è di 522); Sant'Angelo dei Lombardi: presenti 93 detenuti (la capienza regolamentare è di 117); Vallo della Lucania: presenti 47 detenuti (la capienza regolamentare è di 53). Dunque, in Campania su 17 Istituti penitenziari 7 hanno già superato la capienza regolamentare (Aversa "F.Saporito", Benevento, Carinola "G.B.Novelli", Napoli "Poggioreale", Napoli "Secondigliano", Pozzuoli e Santa Maria Capua Vetere "N.C"). In totale, tutti e 17 gli Istituti penitenziari, superano la capienza regolamentare (5770 presenze contro 5272) e si avvicinano a quella tollerabile (6730).

EMILIA ROMAGNA

In Emilia Romagna gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 13. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 3519 detenuti, dei quali 130 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 2401 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari dell'Emilia Romagna era quella marocchina, seguita dalla tunisina. Poi l'albanese e l'algerina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti dell'Emilia Romagna è quella tra i 25 e i 34 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari dell'Emilia Romagna aggiornata al 31 agosto 2007. Bologna: presenti 1054 detenuti (la capienza regolamentare è di 483 e quella tollerabile di 884); Castelfranco Emilia: presenti 53 detenuti (la capienza regolamentare è di 162); Ferrara: presenti 333 detenuti (la capienza regolamentare è di 228); Forlì: presenti 173 detenuti (la capienza regolamentare è di 135 e quella tollerabile di 165); Modena: presenti 345 detenuti (la capienza regolamentare è di 222); Modena "Saliceta San Giuliano": presenti 71 detenuti (la capienza regolamentare è di 68); Parma C.C: presenti 95 detenuti (la capienza regolamentare è di 160); Parma C.R: presenti 336 detenuti (la capienza regolamentare è di 303); Piacenza "San Lazzaro": presenti 268 detenuti (la capienza regolamentare è di 178); Ravenna: presenti 115 detenuti (la capienza regolamentare è di 59); Reggio Emilia C.C: presenti 224 detenuti (la capienza regolamentare è di 161); Reggio Emilia OPG: presenti 286 detenuti (la capienza regolamentare è di 120); Rimini: presenti 166 detenuti (la capienza regolamentare è di 122). Dunque, in Emilia Romagna su 13 Istituti penitenziari 11 hanno già superato la capienza regolamentare (Bologna, Ferrara, Forlì, Modena, Modena "Saliceta San Giuliano", Parma C.R, Piacenza "San Lazzaro", Ravenna, Reggio Emilia C.C, Reggio Emilia OPG e Rimini). Addirittura i carceri circondariali di Bologna e Forlì superano anche la capienza tollerabile. In totale, tutti e 13 gli Istituti penitenziari, superano la capienza regolamentare (3519 presenze contro 2401) e sfiorano quella tollerabile (4000).

FRIULI VENEZIA GIULIA

In Friuli Venezia Giulia gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 5. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 620 detenuti, dei quali 14 donne, a fronte di una capienza rego-

lamentare di 551 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari del Friuli Venezia Giulia era quella tunisina, seguita dall'albanese e dalla marocchina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti del Friuli Venezia Giulia è quella tra i 25 e i 34anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari del Friuli Venezia Giulia aggiornata al 31 agosto 2007. Gorizia: presenti 47 detenuti (la capienza regolamentare è di 80); Pordenone : presenti 62 detenuti (la capienza regolamentare è di 53); Tolmezzo: presenti 207 detenuti (la capienza regolamentare è di 148); Trieste: presenti 152 detenuti (la capienza regolamentare è di 155); Udine: presenti 152 detenuti (la capienza regolamentare è di 115). Dunque, in Friuli Venezia Giulia su 5 Istituti penitenziari tre hanno già superato la capienza regolamentare (Pordenone, Tolmezzo e Udine). In totale, tutti e 5 gli Istituti penitenziari, superano la capienza regolamentare (620 presenze contro 551) e si avvicinano quella tollerabile (813).

LAZIO

Nel Lazio gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 14. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 4633 detenuti, dei quali 348 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 4648 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari del Lazio era quella marocchina, seguita dalla ex-jugoslava e dall'albanese.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti del Lazio è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari del Lazio aggiornata al 31 agosto 2007. Cassino: presenti 149 detenuti (la capienza regolamentare è di 154); Civitavecchia: presenti 33 detenuti (la capienza regolamentare è di 105); Civitavecchia "N.C": presenti 412 detenuti (la capienza regolamentare è di 340); Frosinone: presenti 367 detenuti (la capienza regolamentare è di 322); Latina: presenti 138 detenuti (la capienza regolamentare è di 86); Paliano: presenti 46 detenuti (la capienza regolamentare è di 61); Rieti "Santa Scolastica": presenti 36 detenuti (la capienza regolamentare è di 37); Roma "Rebibbia femminile": presenti 283 detenute (la capienza regolamentare è di 296); Roma "Rebibbia N.C.1": presenti 1197 detenuti (la capienza regolamentare è di 1194); Roma "Rebibbia N.C.2": presenti 26 detenuti (la capienza regolamentare è di 80); Roma "Rebibbia": presenti 207 detenuti (la capienza regolamentare è di 436); Roma "Regina Coeli": presenti 942 detenuti (la capienza regolamentare è di 907); Velletri: presenti 281 detenuti (la capienza regolamentare è di 197); Viterbo "N.C": presenti 516 detenuti (la capienza regolamentare è di 433). Dunque, nel Lazio su 14 Istituti penitenziari 7 hanno già superato la capienza regolamentare (Civitavecchia "N.C", Frosinone, Latina, Roma "Rebibbia N.C.1", Roma "Regina Coeli", Velletri e Viterbo "N.C"). In totale, tutti e 14 gli Istituti penitenziari, sfiorano la capienza regolamentare (4633 presenze contro 4648) e hanno superato più della metà quella tollerabile (6687).

LIGURIA

In Liguria gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 7. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 1121 detenuti, dei quali 50 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 1140 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Liguria era quella algerina, seguita dalla tunisina e dall'albanese.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Liguria è quella tra i 25 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari della Liguria aggiornata al 31 agosto 2007. Chiavari: presenti 72 detenuti (la capienza regolamentare è di 78); Genova "Marassi": presenti 518 detenuti (la capienza regolamentare è di 456); Genova "Pontedecimo": presenti 100 detenuti (la capienza regolamentare è di 97); Imperia: presenti 90 detenuti (la capienza regolamentare è di 78); La Spezia: presenti 64 detenuti (la capienza regolamentare è di 186); San Remo "N.C": presenti 236 detenuti (la capienza regolamentare è di 209); Savona "Sant'Agostino": presenti 41 detenuti (la capienza regolamentare è di 36). Dunque, in Liguria su 7 Istituti penitenziari 5 hanno già superato la capienza regolamentare (Genova "Marassi", Genova "Pontedecimo", Imperia, San Remo "N.C" e Savona "Sant'Agostino"). In totale, tutti 7 gli Istituti penitenziari, sfiorano la capienza regolamentare (1121 presenze contro 1140) e si avvicinano a quella tollerabile (1594).

LOMBARDIA

In Lombardia gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 19. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 7111 detenuti, dei quali 525 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 5382 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Lombardia era quella marocchina, seguita dall'albanese e dalla tunisina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Lombardia è quella tra i 25 e i 34 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari della Lombardia aggiornata al 31 agosto 2007. Bergamo: presenti 408 detenuti (la capienza regolamentare è di 210 e quella tollerabile di 340); Bollate "Il C.R": presenti 494 detenuti (la capienza regolamentare è di 903); Brescia "Canton Monbello": presenti 340 detenuti (la capienza regolamentare è di 206 e quella tollerabile di 298); Brescia "Verziano": presenti 86 detenuti (la capienza regolamentare è di 71); Busto Arsizio: presenti 364 detenuti (la capienza regolamentare è di 167 e quella tollerabile di 297); Castiglione delle Stiviere: presenti 241 detenuti (la capienza regolamentare è di 193 e quella tollerabile di 223); Como: presenti 389 detenuti (la capienza regolamentare è di 421); Cremona: presenti 200 detenuti (la capienza regolamentare è di 196); Lecco: presenti 53 detenuti (la capienza regolamentare è di 54); Lodi: presenti 62 detenuti (la capienza regolamentare è di 65); Mantova: presenti 177 detenuti (la capienza regolamentare è di 119); Milano "San Vittore": presenti 1267 detenuti (la capienza regolamentare è di 702); Monza: presenti 681 detenuti (la capienza regolamentare è di 420); Opera "I.C.R": pre-

senti 1241 detenuti (la capienza regolamentare è di 932); Pavia: presenti 391 detenuti (la capienza regolamentare è di 244); Sondrio: presenti 42 detenuti (la capienza regolamentare è di 27); Varese: presenti 100 detenuti (la capienza regolamentare è di 53, quella tollerabile di 99); Vigevano: presenti 372 detenuti (la capienza regolamentare è di 236); Voghera "N.C": presenti 203 detenuti (la capienza regolamentare è di 163). Dunque, in Lombardia su 19 Istituti penitenziari 15 hanno già superato la capienza regolamentare (Bergamo, Brescia "Canton Monbello", Brescia "Verziano", Busto Arsizio, Castiglione delle Stiviere, Cremona, Mantova, Milano "San Vittore", Monza, Opera "I.C.R", Pavia, Sondrio, Varese, Vigevano e Voghera "N.C"). Addirittura 5 Istituti di questi (Bergamo, Brescia "Canton Monbello", Busto Arsizio, Castiglione delle Stiviere e Varese) hanno anche superato la capienza tollerabile. In totale, tutti e 19 gli Istituti penitenziari, superano di molto la capienza regolamentare (7111 presenze contro 5382) e sfiorano quella tollerabile (8379).

MARCHE

Nelle Marche gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 7. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 837 detenuti, dei quali 11 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 753 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari delle Marche era quella albanese, seguita dalla marocchina e dalla tunisina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti delle Marche è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari delle Marche aggiornata al 31 agosto 2007. Ancona: presenti 266 detenuti (la capienza regolamentare è di 172); Ancona "Barcaglione": presenti 13 detenuti; Ascoli Piceno: presenti 116 detenuti (la capienza regolamentare è di 125); Camerino: presenti 34 detenuti (la capienza regolamentare è di 33); Fermo: presenti 44 detenuti (la capienza regolamentare è di 36); Fossombrone: presenti 136 detenuti (la capienza regolamentare è di 186); Pesaro: presenti 228 detenuti (la capienza regolamentare è di 201). Dunque, nelle Marche su 7 Istituti penitenziari 4 hanno già superato la capienza regolamentare (Ancona, Camerino, Fermo e Pesaro). In totale, tutti e 7 gli Istituti penitenziari, superano la capienza regolamentare (837 presenze contro 753) e hanno già superato oltre la metà quella tollerabile (1052).

MOLISE

In Molise gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 3. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 258 detenuti, tutti uomini, a fronte di una capienza regolamentare di 356 posti. Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari del Molise era quella ex-jugoslava, seguita dalla marocchina e dalla tunisina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti del Molise è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari del Molise aggiornata al 31 agosto 2007. Campobasso: presenti 57 detenuti (la capienza regolamentare è di 121);

Isernia : presenti 28 detenuti (la capienza regolamentare è di 51); Larino: presenti 173 detenuti (la capienza regolamentare è di 184).

PIEMONTE

In Piemonte gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 13. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 3647 detenuti, dei quali 117 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 3446 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari del Piemonte era quella marocchina seguita dall'albanese, dall'algerina e dalla tunisina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti del Piemonte è quella tra i 25 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari del Piemonte aggiornata al 31 agosto 2007. Alba: presenti 137 detenuti (la capienza regolamentare è di 124); Alessandria "N.C. Don Soria": presenti 265 detenuti (la capienza regolamentare è di 262); Alessandria "San Michele": presenti 245 detenuti (la capienza regolamentare è di 244); Asti: presenti 290 detenuti (la capienza regolamentare è di 207); Biella: presenti 266 detenuti (la capienza regolamentare è di 216); Cuneo: presenti 199 detenuti (la capienza regolamentare è di 237); Fossano: presenti 39 detenuti (la capienza regolamentare è di 162); Ivrea: presenti 151 detenuti (la capienza regolamentare è di 192); Novara: presenti 164 detenuti (la capienza regolamentare è di 186); Saluzzo: presenti 244 detenuti (la capienza regolamentare è di 262); Torino "Lorusso e Cutugno": presenti 1272 detenuti (la capienza regolamentare è di 1092); Verbania: presenti 105 detenuti (la capienza regolamentare è di 54); Vercelli: presenti 271 detenuti (la capienza regolamentare è di 207). Dunque, in Piemonte su 13 Istituti penitenziari 7 hanno già superato la capienza regolamentare (Alba, Alessandria "N.C. Don Soria", Asti, Biella, Torino "Lorusso e Cutugno", Verbania e Vercelli). In totale, tutti e 13 gli Istituti penitenziari, superano la capienza regolamentare (3647 presenze contro 3446) e hanno già superato oltre la metà quella tollerabile (5435).

PUGLIA

In Puglia gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 12. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 2302 detenuti, dei quali 91 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 2667 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Puglia era quella albanese, seguita, a distanza, dalla marocchina e dalla tunisina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Puglia è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari della Puglia aggiornata al 31 agosto 2007. Altamura: presenti 32 detenuti (la capienza regolamentare è di 52); Bari: presenti 292 detenuti (la capienza regolamentare è di 311); Brindisi: presenti 44 detenuti (la capienza regolamentare è di 156); Foggia: presenti 385 detenuti (la capienza regolamentare è di 408); Lecce "N.C": presenti 794 detenuti (la capienza regolamentare è di 681); Lucera: presenti 118 detenuti (la capienza regolamentare è di 156); San

Severo: presenti 10 detenuti (la capienza regolamentare è di 40); Spinazzola: presenti 21 detenuti (la capienza regolamentare è di 34); Taranto: presenti 418 detenuti (la capienza regolamentare è di 315); Trani C.C: presenti 119 detenuti (la capienza regolamentare è di 361); Trani CRF: presenti 16 detenuti (la capienza regolamentare è di 41); Turi: presenti 53 detenuti (la capienza regolamentare è di 112). Dunque, in Puglia su 12 Istituti penitenziari 2 hanno già superato la capienza regolamentare (Lecce "N.C" e Taranto). In totale tutti e 12 gli Istituti penitenziari hanno superato più della metà la soglia tollerabile (2302 le presenze, 4100 la capienza tollerabile).

SARDEGNA

In Sardegna gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 11. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 1335 detenuti, dei quali 59 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 1936 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Sardegna era quella marocchina, seguita dalla nigeriana e dall'albanese.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Sardegna è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari della Sardegna aggiornata al 31 agosto 2007. Alghero: presenti 95 detenuti (la capienza regolamentare è di 145); Arbus "Is Arenas": presenti 57 detenuti (la capienza regolamentare è di 176); Cagliari: presenti 308 detenuti (la capienza regolamentare è di 353); Iglesias: presenti 57 detenuti (la capienza regolamentare è di 59); Isili: presenti 76 detenuti (la capienza regolamentare è di 192); Lanusei "San Daniele": presenti 35 detenuti (la capienza regolamentare è di 31); Lode' "Mamone-Lode": presenti 85 detenuti (la capienza regolamentare è di 378); Macomer: presenti 56 detenuti (la capienza regolamentare è di 46); Nuoro: presenti 255 detenuti (la capienza regolamentare è di 273); Oristano: presenti 91 detenuti (la capienza regolamentare è di 92); Sassari: presenti 220 detenuti (la capienza regolamentare è di 191). Dunque, in Sardegna su 11 Istituti penitenziari 3 hanno già superato la capienza regolamentare (Lanusei "San Daniele", Macomer e Sassari). In totale tutti e 11 gli Istituti penitenziari hanno superato oltre la metà la soglia tollerabile (1335 le presenze, 2593 la capienza tollerabile).

SICILIA

In Sicilia gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 26, è la regione con il più alto numero. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 4591 detenuti, dei quali 78 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 4721 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Sicilia era quella marocchina, seguita dalla tunisina e dall'albanese.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Sicilia è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari della Sicilia aggiornata al 31 agosto 2007. Agrigento: presenti 294 detenuti (la capienza regolamentare è di 253); Augusta: presenti 338 detenuti (la capienza regolamentare è di 329); Barcellona Pozzo

di Gotto: presenti 256 detenuti (la capienza regolamentare è di 216); Caltagirone: presenti 145 detenuti (la capienza regolamentare è di 75); Caltanissetta: presenti 168 detenuti (la capienza regolamentare è di 190); Castelvetro: presenti 74 detenuti (la capienza regolamentare è di 114); Catania "Bicocca": presenti 101 detenuti (la capienza regolamentare è di 164); Catania "Piazza Lanza": presenti 399 detenuti (la capienza regolamentare è di 245); Enna: presenti 112 detenuti (la capienza regolamentare è di 118); Favignana: presenti 78 detenuti (la capienza regolamentare è di 95); Giarre: presenti 11 detenuti (la capienza regolamentare è di 30); Marsala: presenti 23 detenuti (la capienza regolamentare è di 35); Messina: presenti 313 detenuti (la capienza regolamentare è di 278); Mistretta: presenti 17 detenuti (la capienza regolamentare è di 16); Modica: presenti 33 detenuti (la capienza regolamentare è di 34); Nicosia: presenti 39 detenuti (la capienza regolamentare è di 43); Noto: presenti 31 detenuti (la capienza regolamentare è di 73); Palermo "Pagliarelli": presenti 726 detenuti (la capienza regolamentare è di 1015); Palermo "Ucciardone": presenti 478 detenuti (la capienza regolamentare è di 419); Piazza Armerina: presenti 81 detenuti (la capienza regolamentare è di 45); Ragusa: presenti 137 detenuti (la capienza regolamentare è di 146); San Cataldo: presenti 40 detenuti (la capienza regolamentare è di 118); Sciacca: presenti 52 detenuti (la capienza regolamentare è di 65); Siracusa: presenti 326 detenuti (la capienza regolamentare è di 272); Termini Imerese: presenti 97 detenuti (la capienza regolamentare è di 90); Trapani: presenti 222 detenuti (la capienza regolamentare è di 243). Dunque, in Sicilia su 26 Istituti penitenziari 11 hanno già superato la capienza regolamentare (Agrigento, Augusta, Barcellona Pozzo di Gotto, Caltagirone, Catania "Piazza Lanza", Messina, Mistretta, Palermo "Ucciardone", Piazza Armerina, Siracusa e Termini Imerese). In totale tutti e 26 gli Istituti penitenziari hanno superato oltre la metà la soglia tollerabile (4591 le presenze, 6896 la capienza tollerabile).

TOSCANA

In Toscana gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 18. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 3211 detenuti, dei quali 134 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 2866 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Toscana era quella marocchina, seguita da quella albanese e da quella tunisina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Toscana è quella tra i 25 e i 34 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari della Toscana aggiornata al 31 agosto 2007. Arezzo: presenti 90 detenuti (la capienza regolamentare è di 65); Empoli: presenti 9 detenuti (la capienza regolamentare è di 20); Firenze "Mario Gozzini": presenti 31 detenuti (la capienza regolamentare è di 55); Firenze "N.C.P. Sollicciano": presenti 757 detenuti (la capienza regolamentare è di 483); Grosseto: presenti 27 detenuti (la capienza regolamentare è di 42); Livorno: presenti 355 detenuti (la capienza regolamentare è di 252); Livorno "Gorgona": presenti 65 detenuti (la capienza regolamentare è di 136); Lucca: presenti 129 detenuti (la capienza regola-

mentare è di 90); Massa: presenti 158 detenuti (la capienza regolamentare è di 185); Massa Marittima: presenti 13 detenuti (la capienza regolamentare è di 28); Montelupo Fiorentino: presenti 155 detenuti (la capienza regolamentare è di 100); Pisa: presenti 280 detenuti (la capienza regolamentare è di 226); Pistoia: presenti 100 detenuti (la capienza regolamentare è di 64); Porto Azzurro: presenti 158 detenuti (la capienza regolamentare è di 314); Prato: presenti 465 detenuti (la capienza regolamentare è di 326); San Gimignano: presenti 227 detenuti (la capienza regolamentare è di 237); Siena: presenti 50 detenuti (la capienza regolamentare è di 69); Volterra: presenti 142 detenuti (la capienza regolamentare è di 174). Dunque, in Toscana su 18 Istituti penitenziari 8 hanno già superato la capienza regolamentare (Arezzo, Firenze "N.C.P. Sollicciano", Livorno, Lucca, Montelupo Fiorentino, Pisa, Pistoia, Prato.). In totale tutti e 18 gli Istituti penitenziari hanno superato la capienza regolamentare (3211 presenze contro 2866) e si avvicinano alla soglia tollerabile (3985).

TRENTINO ALTO ADIGE

In Trentino Alto Adige gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 3. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 262 detenuti, dei quali 12 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 257 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari del Trentino Alto Adige era quella tunisina seguita da quella albanese e da quella marocchina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti del Trentino Alto Adige è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari del Trentino Alto Adige aggiornata al 31 agosto 2007. Bolzano: presenti 107 detenuti (la capienza regolamentare è di 108); Rovereto : presenti 51 detenuti (la capienza regolamentare è di 49); Trento: presenti 104 detenuti (la capienza regolamentare è di 100).

Dunque, in Trentino Alto Adige su 3 Istituti penitenziari 2 hanno già superato la capienza regolamentare (Rovereto e Trento). In totale tutti e 3 gli Istituti penitenziari hanno superato la capienza regolamentare (262 presenze contro 257) e si avvicinano alla soglia tollerabile (318).

UMBRIA

In Umbria gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 4. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 719 detenuti, dei quali 37 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 1080 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari dell'Umbria era quella tunisina seguita da quella marocchina e da quella albanese.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti dell'Umbria è quella tra i 30 e i 39 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari dell'Umbria aggiornata al 31 agosto 2007. Orvieto: presenti 65 detenuti (la capienza regolamentare è di 105); Perugia "Capanne" : presenti 199 detenuti (la capienza regolamentare è di 340);

Spoletto: presenti 243 detenuti (la capienza regolamentare è di 407); Terni: presenti 212 detenuti (la capienza regolamentare è di 228).

VALLE D'AOSTA

In Valle d'Aosta, al Brissogne "Aosta", unico Istituto penitenziario della Regione gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 7. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 125 detenuti, tutti uomini, a fronte di una capienza regolamentare di 181 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari della Valle d'Aosta era quella marocchina seguita dalla tunisina.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti della Valle d'Aosta è quella tra i 30 e i 39 anni.

VENETO

In Veneto gli Istituti penitenziari, di vario tipo, sono 10. Al 31 agosto 2007 si contavano in tutto 2156 detenuti, dei quali 128 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 1892 posti.

Molti gli stranieri presenti. Al 30 giugno scorso, per quanto riguarda gli extracomunitari, la nazionalità maggiormente presente negli Istituti penitenziari del Veneto era quella marocchina, seguita dalla tunisina e dall'albanese.

La fascia d'età maggiormente presente tra i detenuti del Veneto è quella tra i 25 e i 34 anni.

Questa la situazione, in dettaglio degli Istituti penitenziari del Veneto aggiornata al 31 agosto 2007. Belluno: presenti 107 detenuti (la capienza regolamentare è di 84, la tollerabile di 103); Padova: presenti 174 detenuti (la capienza regolamentare è di 210); Padova "N.C": presenti 493 detenuti (la capienza regolamentare è di 441); Rovigo: presenti 83 detenuti (la capienza regolamentare è di 66, la tollerabile di 79); Treviso: presenti 208 detenuti (la capienza regolamentare è di 128, la tollerabile di 187); Venezia "Giudecca Sat": presenti 14 detenuti (la capienza regolamentare è di 38); Venezia "Giudecca": presenti 64 detenuti (la capienza regolamentare è di 104); Venezia "Santa Maria Maggiore": presenti 179 detenuti (la capienza regolamentare è di 111); Verona "Montorio": presenti 665 detenuti (la capienza regolamentare è di 564); Vicenza: presenti 169 detenuti (la capienza regolamentare è di 146). Dunque, in Veneto su 10 Istituti penitenziari 7 hanno già superato la capienza regolamentare (Belluno, Padova "N.C", Rovigo, Treviso, Venezia "Santa Maria Maggiore", Verona "Montorio" e Vicenza) e tre di questi (Belluno, Rovigo e Treviso) hanno superato anche la soglia della capienza tollerabile. In totale tutti e 10 gli Istituti penitenziari hanno superato la capienza regolamentare (2156 presenze contro 1892) e si sono avvicinati alla soglia tollerabile (2881).

VIII CONGRESSO NAZIONALE S.I.M.S.Pe
Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria Onlus

L'AGORA' PENITENZIARIA
La sanità penitenziaria
tra necessità di sviluppo
e scarsità di risorse

PRESIDENTE DEL CONGRESSO

Dott. Roberto Monarca

PRESIDENTE SIMPSPe-onlus

Dott. Andrea Franceschini

COMITATO SCIENTIFICO

Prof. Sergio Babudieri

Dott. Sergio Carbonara

Dott. Angelo Donato Cospito

Dott. Alfredo De Risio

Dott. Luciano Lucania

Dott. Roberto Monarca

Prof.ssa Patrizia Patrizi

Prof. Marco Sarchiapone

Dott. Giulio Starnini

GIOVEDI' 4 OTTOBRE 2007- MATTINO

CERIMONIA INAUGURALE

Ministero della Giustizia,

Dipartimento

dell'Amministrazione Penitenziaria

Centro Amministrativo G. Altavista

Via del Gonfalone, 29 Roma

GIOVEDI' 4 OTTOBRE - pomeriggio

VENERDI' 5 OTTOBRE

SABATO 6 OTTOBRE

ISSP- Istituto Superiore di Studi Penitenziari

Via G. Barellai, 135 Roma

La medicina in carcere e l'epatite C: prima indagine sulle carceri italiane

I. Cecchini

Roma, 2 Ottobre 2007

Obiettivi della ricerca

1

Esplorare l'esperienza della medicina in carcere e la percezione del suo ruolo "di prevenzione" rispetto alla comunità esterna.

L'esperienza

- Identificazione e quantificazione delle patologie/problemi medici dei detenuti
- Focus sulle infezioni virali croniche e sull'HCV

Valutazione dell'esperienza

- Valutazione dei risultati ottenuti

Valutazione del ruolo della medicina carceraria

- Autopercezione del ruolo dello specialista in carcere (utilità, rilevanza...)
- percezione del ruolo/valore preventivo della medicina in carcere rispetto alla comunità

Metodologia e campione

2

E' stata realizzata un'indagine face to face a infettivologi e responsabili sanitari di alcuni tra i principali istituti penitenziari italiani.

Il campione intervistato è così composto:

- 20 infettivologi
- 22 responsabili sanitari.

Il fieldwork è stato condotto nel mese di **settembre 2007**.

Gli istituti penitenziari coinvolti nella rilevazione

3

NORD

- C. C. Torino Lo Russo e Cotugno
- C. C. Brescia
- C. C. Milano Opera
- C. C. Milano San Vittore
- C. C. Genova Marassi
- C. C. Sanremo

CENTRO

- C. C. Prato
- C. C. Roma Regina Coeli
- C. C. Viterbo
- C. C. Orvieto
- C. C. Teramo
- C. C. Isernia
- C. C. L'Aquila
- C. C. Campobasso
- C. C. Larino

SUD E ISOLE

- C. C. Bari
- C. C. Turi
- C. C. Eboli
- C. C. Vibo Valentia
- C. C. Salerno
- C. C. Borgo S. Nicola Lecce
- C. C. Reggio Calabria
- C. C. Alghero
- C. C. Sassari
- C. C. Cagliari

Gli istituti penitenziari coinvolti: analisi per area geografica

4

	NORD OVEST	CENTRO	SUD/ISOLE
N° medio detenuti	717	241	300
N° medio medici in servizio	28	10	14

Le patologie all'interno del carcere e l'HCV: l'esperienza

I detenuti che necessitano di cure e le patologie sofferte

"Grosso modo, quanti dei detenuti che l'istituto penitenziario ospita attualmente, arrivano all'attenzione del medico con patologie che necessitano di intervento medico? Fatto 100 i detenuti che arrivano all'attenzione del medico e presentano patologie che necessitano di intervento medico, quanti presentano ...?"

(Base: responsabili sanitari n=22)

6

	%	RESPONSABILI SANITARI (n=22)
Detenuti con patologie che necessitano di intervento medico	62.0	→ In media 220 detenuti
Patologie/problemi psicologico-psichiatrici	27.0 43.5% di chi necessita di cure	→ In media 96 detenuti
Patologie/malattie virali croniche	17.4 28.3% di chi necessita di cure	→ In media 62 detenuti
Patologie osteoarticolari	10.1 16.5% di chi necessita di cure	→ In media 36 detenuti
Patologie/problemi cardiovascolari	9.7 15.7% di chi necessita di cure	→ In media 35 detenuti
Patologie/problemi legati al metabolismo	6.8 10.9% di chi necessita di cure	→ In media 24 detenuti
Patologie/malattie dermatologiche	6.7 10.6% di chi necessita di cure	→ In media 24 detenuti

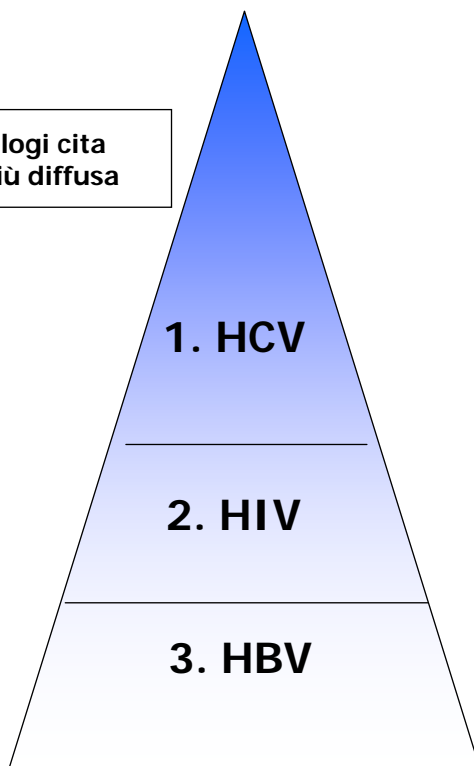
La diffusione di HCV, HBV e HIV all'interno del carcere: ranking

"Quale tra HCV, HBV e HIV, è l'infezione virale cronica più diffusa nell'istituto in cui lavora?"

7

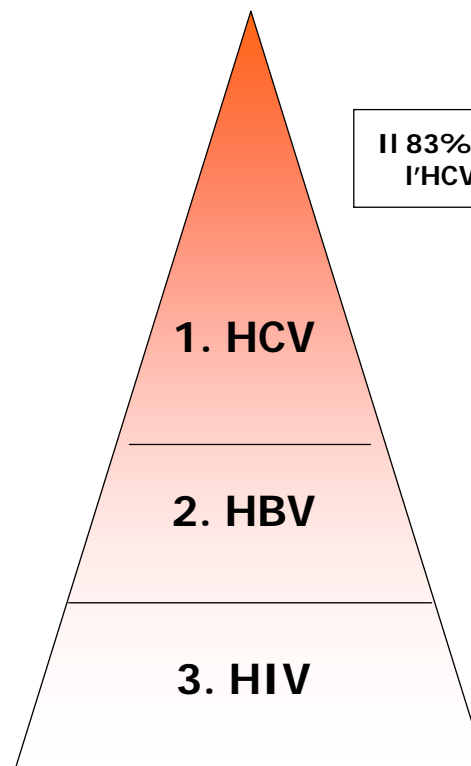
Infettivologi
n=20

Il 100% degli infettivologi cita
l'HCV come infezione più diffusa



Responsabili sanitari
n=22

Il 83% dei responsabili sanitari cita
l'HCV come infezione più diffusa

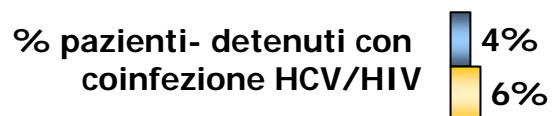
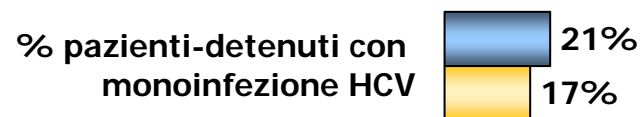


La diffusione dell'HCV all'interno dell'istituto penitenziario

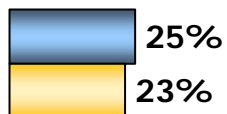
"Fatto 100 i detenuti che l'istituto penitenziario ospita, quanti presentano una monoinfezione da epatite C e quanti sono co-infetti HCV-HIV?"

8

■ Infettivologi, n=20 ■ Responsabili sanitari, n=22



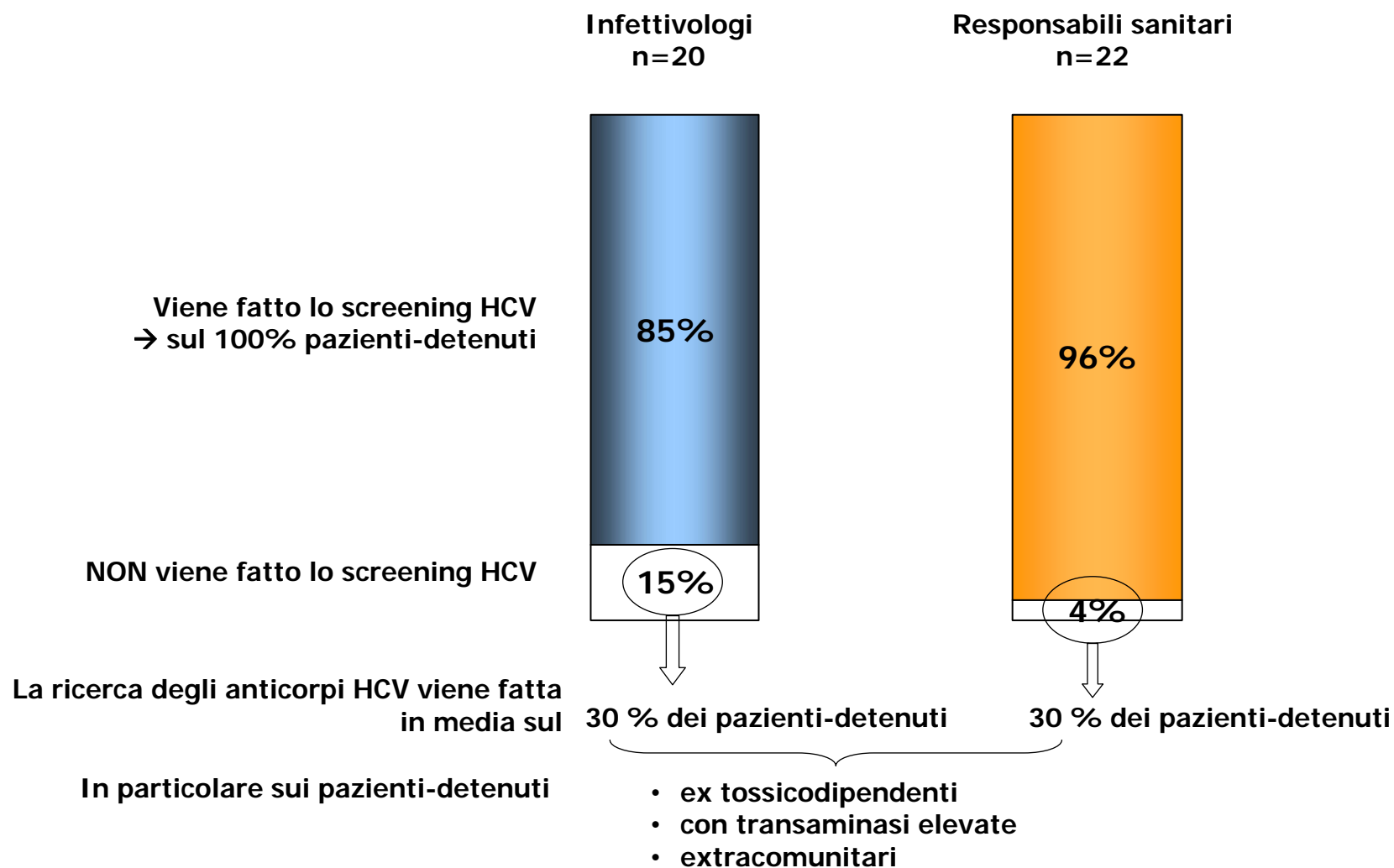
Totale detenuti che presentano infezione da HCV



La diagnosi di HCV all'interno dell'istituto penitenziario

"In generale, nell'istituto penitenziario in cui lei opera, viene fatto fare uno screening per l'epatite C? Fatto 100 i detenuti, in quanti casi viene fatta una ricerca attiva degli anticorpi HCV? E in particolare in quali casi/in quale tipo di paziente viene fatta una ricerca attiva degli anticorpi HCV?"

9



Le decisioni sul trattamento dell'HCV

"Fatto 100 i detenuti affetti da epatite C che lei segue, in quanti casi lei, dopo gli accertamenti del caso propone una terapia farmacologica, mette sotto osservazione il paziente, decide di non trattare?"

(Base: infettivologi n=20)

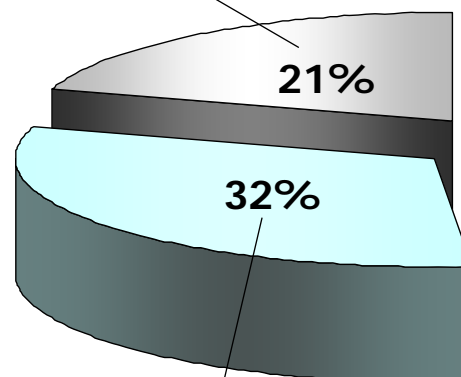
10

Infettivologi n=20

Motivazioni del non
trattamento
n° citazioni

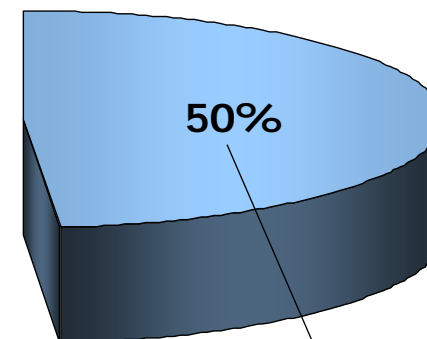
- Tempo di detenzione insufficiente 7
- Problemi psichiatrici del paziente 7
- Senza segni attività epatite 2
- Tossicodipendenti 2
- In caso di cirrosi epatica 1
- Incompatibilità con lo stadio HIV 1
- Controindicazioni alla terapia 3
- Non responder 1
- Rifiuto da parte del paziente 2
- Inaffidabilità del paziente 2
- Paziente non abbastanza motivato 1

% pazienti-detenuti
NON TRATTATI



% pazienti-detenuti messi
SOTTO OSSERVAZIONE

In media per circa 5 mesi



% pazienti-detenuti ai quali
PROPONE UNA TERAPIA

*N° medio pazienti-detenuti
messi in terapia
(ultimi 6 mesi)*

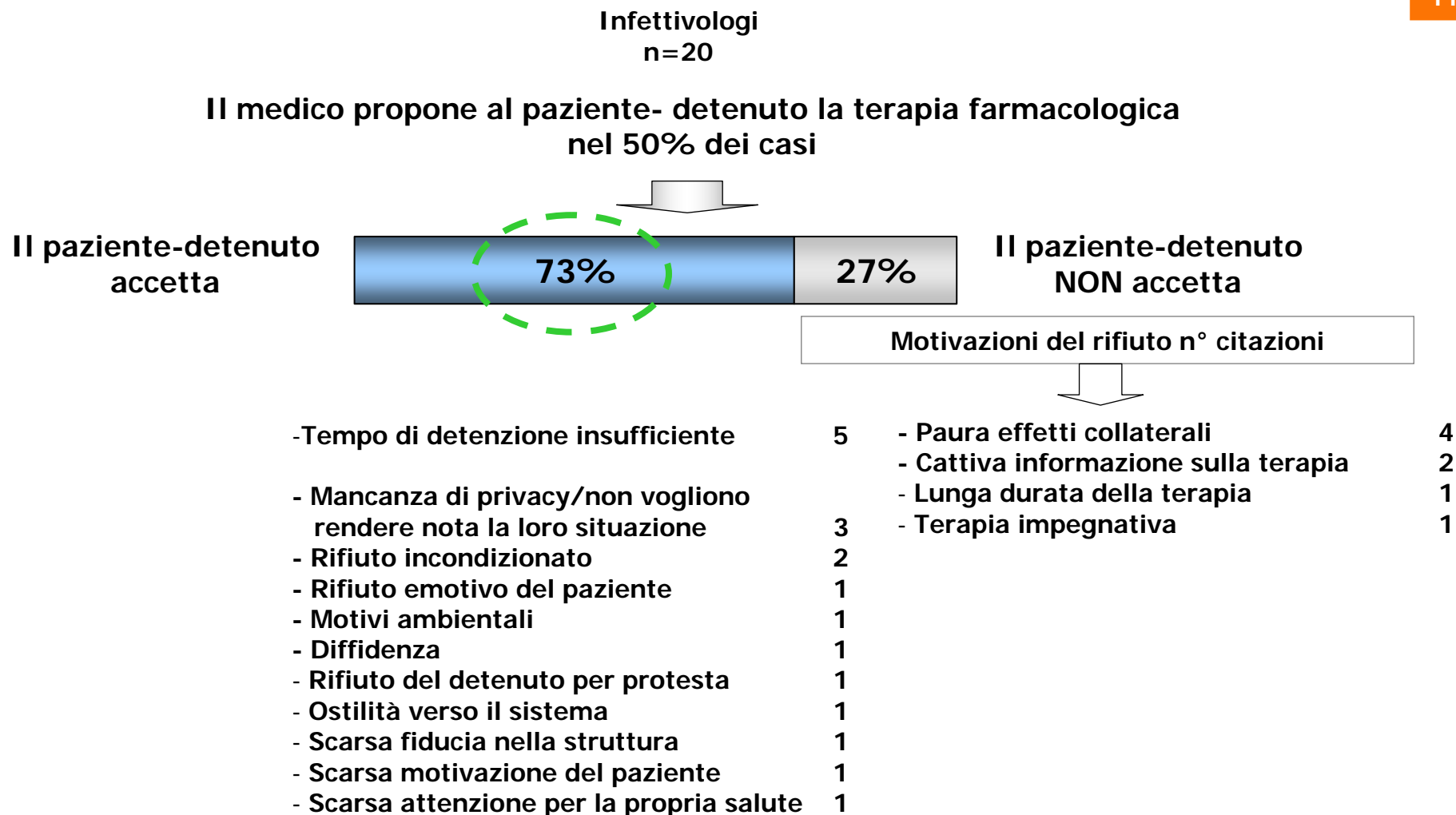
8

L'accettazione della terapia farmacologica da parte del paziente-detenuto

"Fatto 100 i pazienti a cui propone una terapia farmacologica, quanti accettano il trattamento? "Di solito, per quale/i motivi i pazienti non accettano la terapia farmacologica?"

(Base: infettivologi n=20)

11

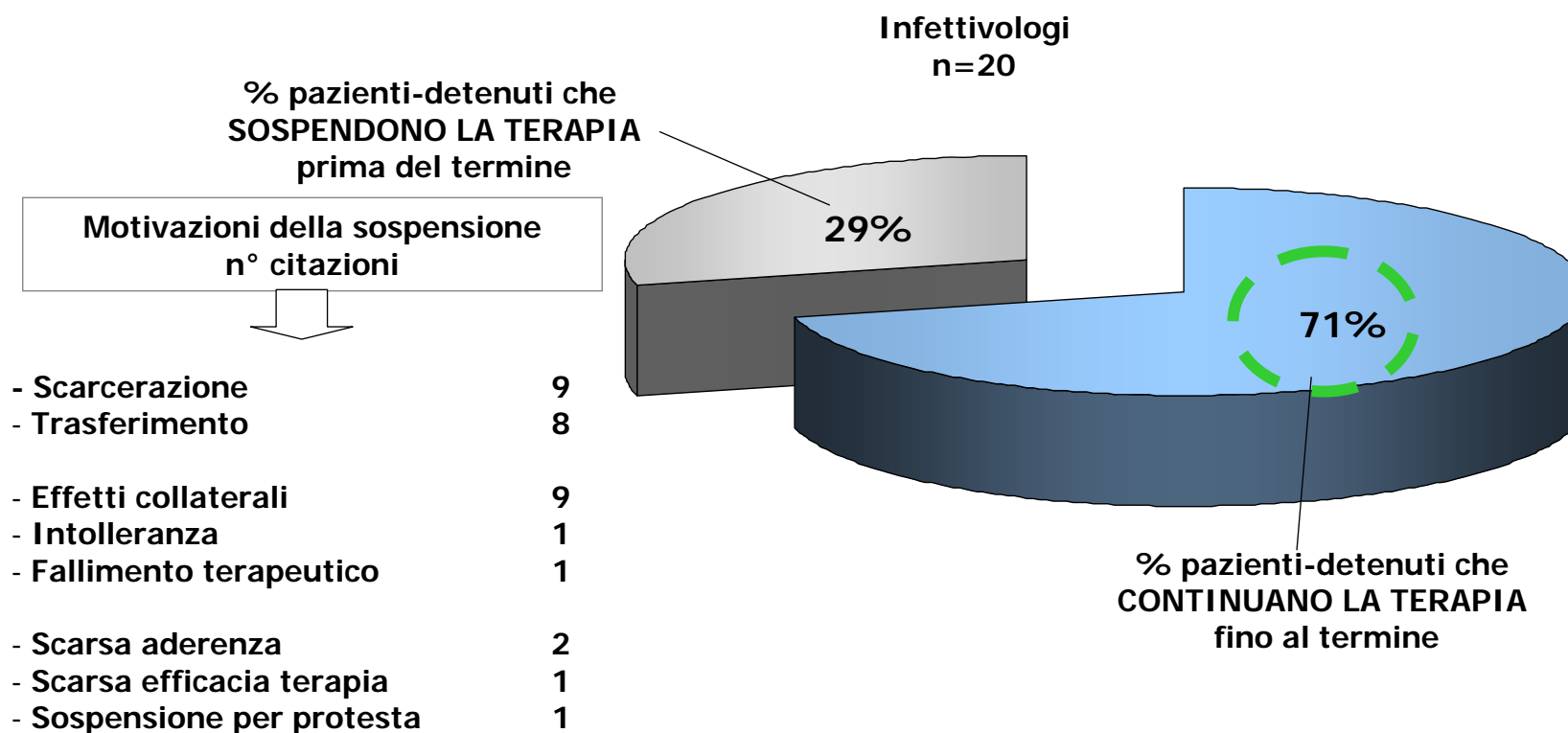


La terapia farmacologica: la compliance del paziente-detenuto

"Fatto 100 i pazienti in terapia farmacologica, quanti continuano il trattamento, come prescritto, fino al termine e quanti lo sospendono prima?"

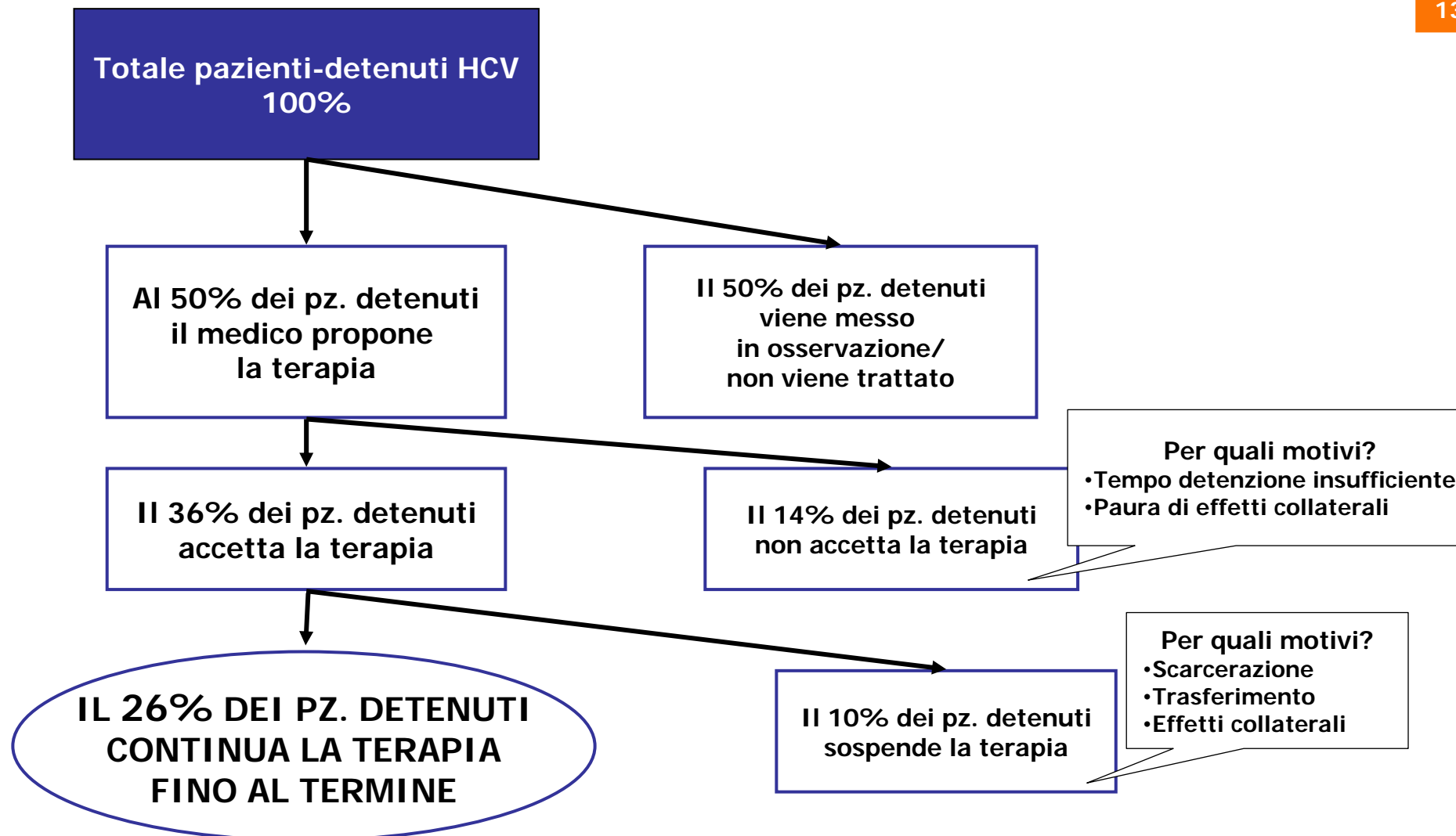
(Base: infettivologi n=20)

12



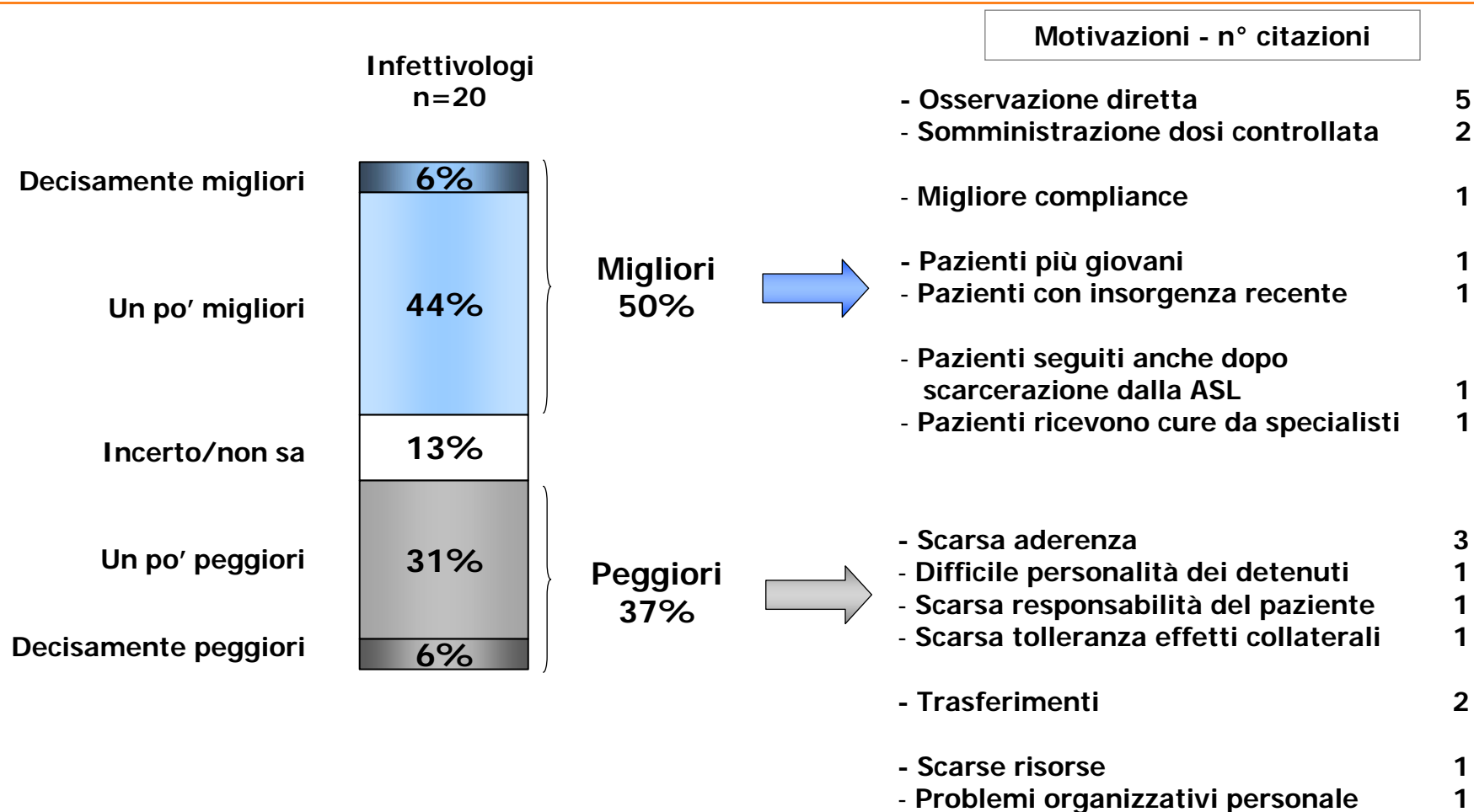
La terapia HCV: il flow

13



I risultati della terapia per HCV ottenuti in carcere vs. quelli ottenuti in comunità

"Sulla base della sua esperienza clinica, come valuta nel complesso i risultati che lei ottiene con la terapia nell'istituto penitenziario rispetto a quelli che ottiene sui pazienti in comunità?"
(Base: infettivologi n=20)



Dopo la scarcerazione cosa succede ai pazienti HCV?

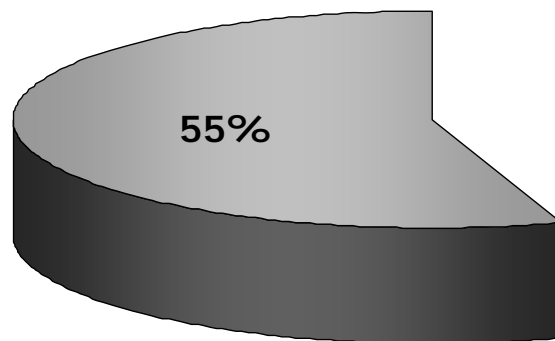
"Pensi ai detenuti affetti da epatite C che lasciano l'istituto penitenziario. sulla base della sua esperienza. Fatto 100 i questi detenuti in quanti casi ..?"

(Base: infettivologi n=20)

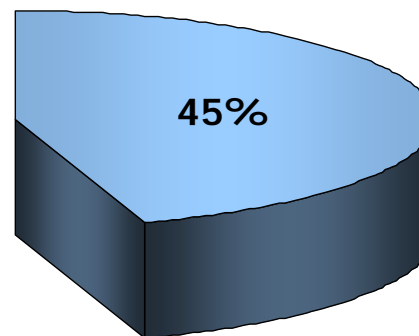
15

**Infettivologi
n=20**

**% pazienti PRESI IN CARICO DA UNO SPECIALISTA/
CENTRO PER L'EPATITE dopo la scarcerazione**



**% pazienti che SI PERDONO/
dei quali NON SE NE SA PIÙ NIENTE
dopo la scarcerazione**



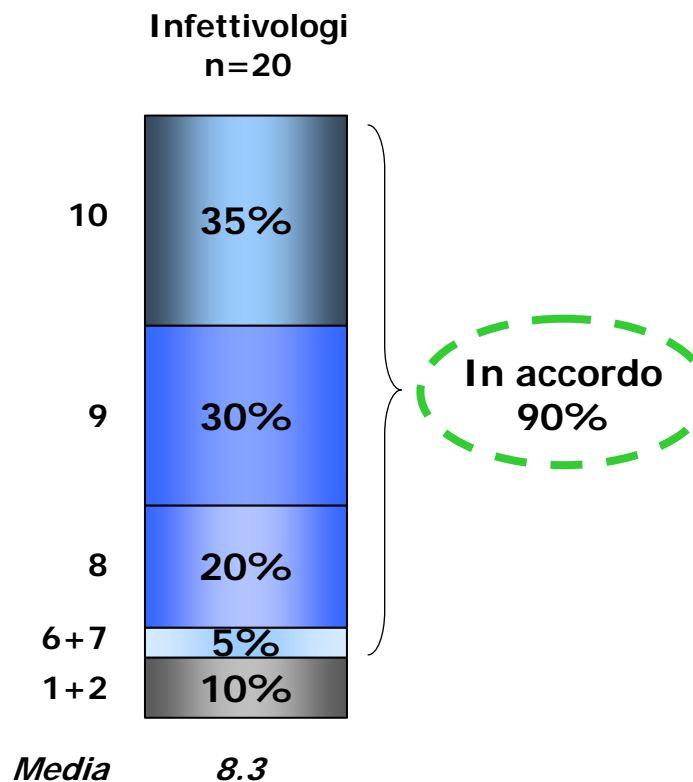
È importante sensibilizzare i medici penitenziari non specialisti sull'HCV?

"Quanto lei è personalmente d'accordo con questa affermazione...?"

(Base: infettivologi n=20)

16

È importante sensibilizzare i medici non specialisti che operano nell'istituto penitenziario sull'epatite C e sull'importanza di curare i pazienti



Grado di accordo

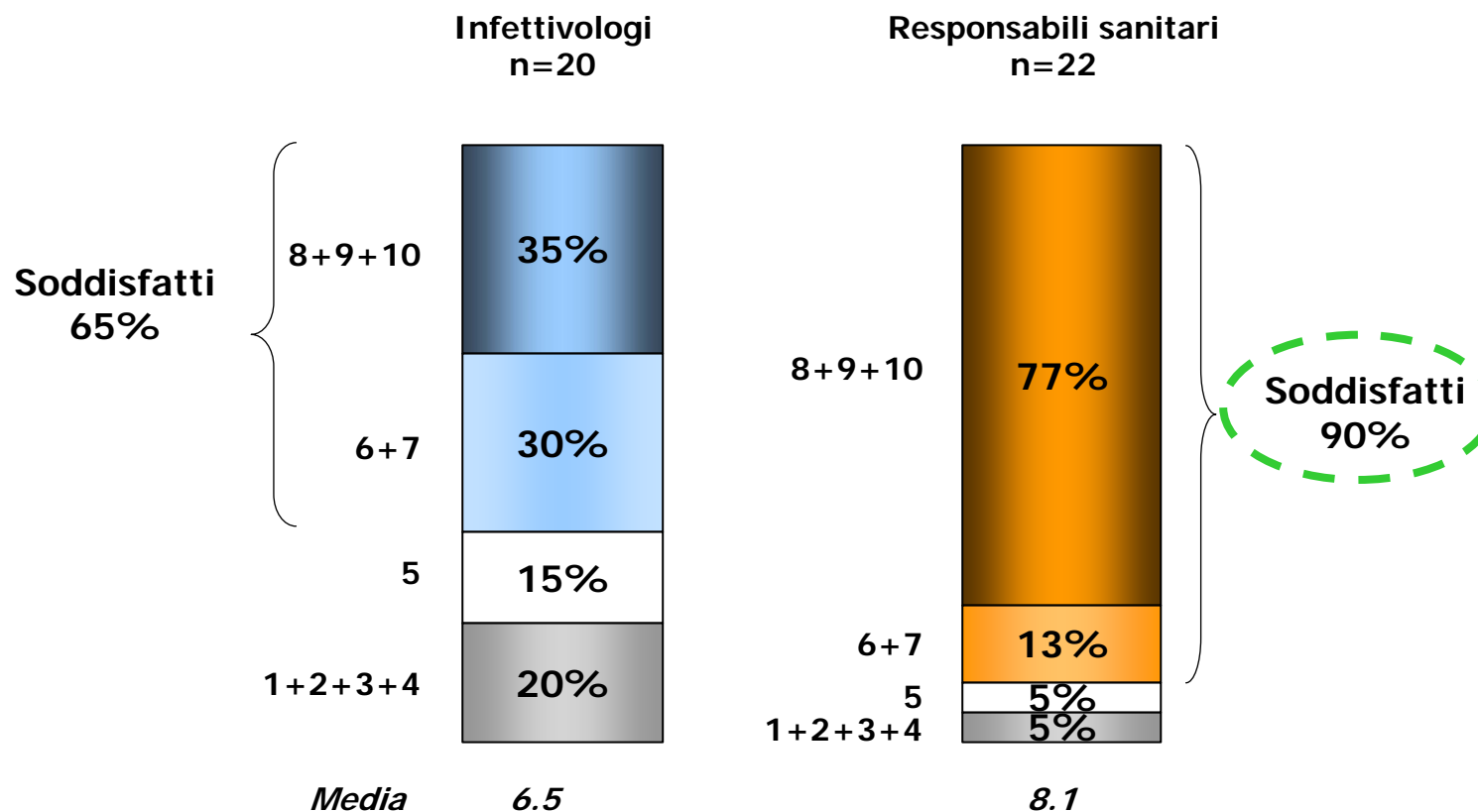
Per niente	Completamente
1	10
2	9
3	8
4	7
5	6

Il ruolo e la soddisfazione del medico all'interno dell'istituto penitenziario

La soddisfazione complessiva per l'attività svolta nell'istituto penitenziario

"Quanto lei si ritiene professionalmente soddisfatto dell'attività che svolge all'interno dell'istituto penitenziario?"

18

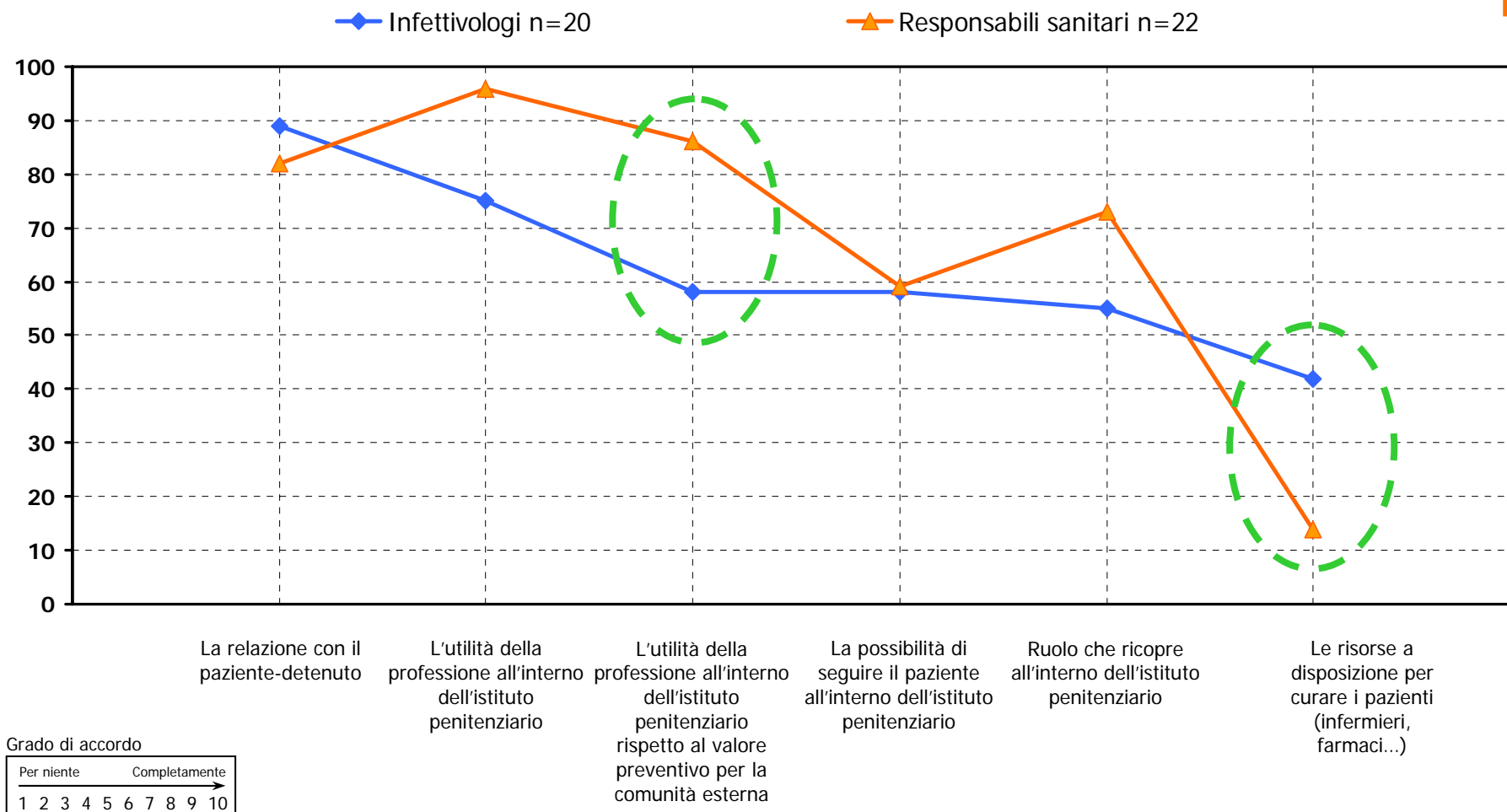


Soddisfazione

Per niente	Completamente
1	10

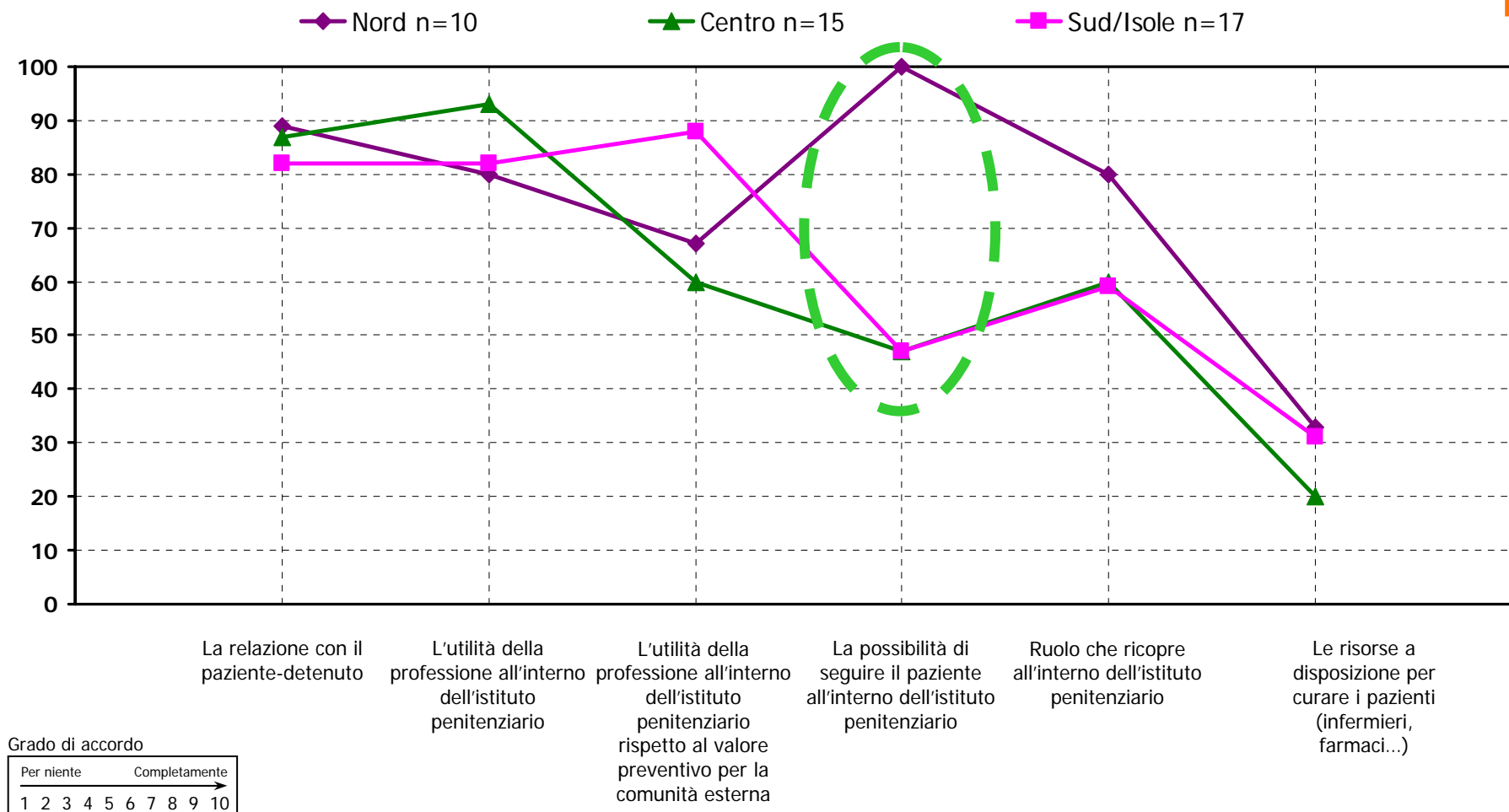
La soddisfazione per alcuni aspetti dell'attività svolta nell'istituto penitenziario (% elevata soddisfazione 8+9+10)

19



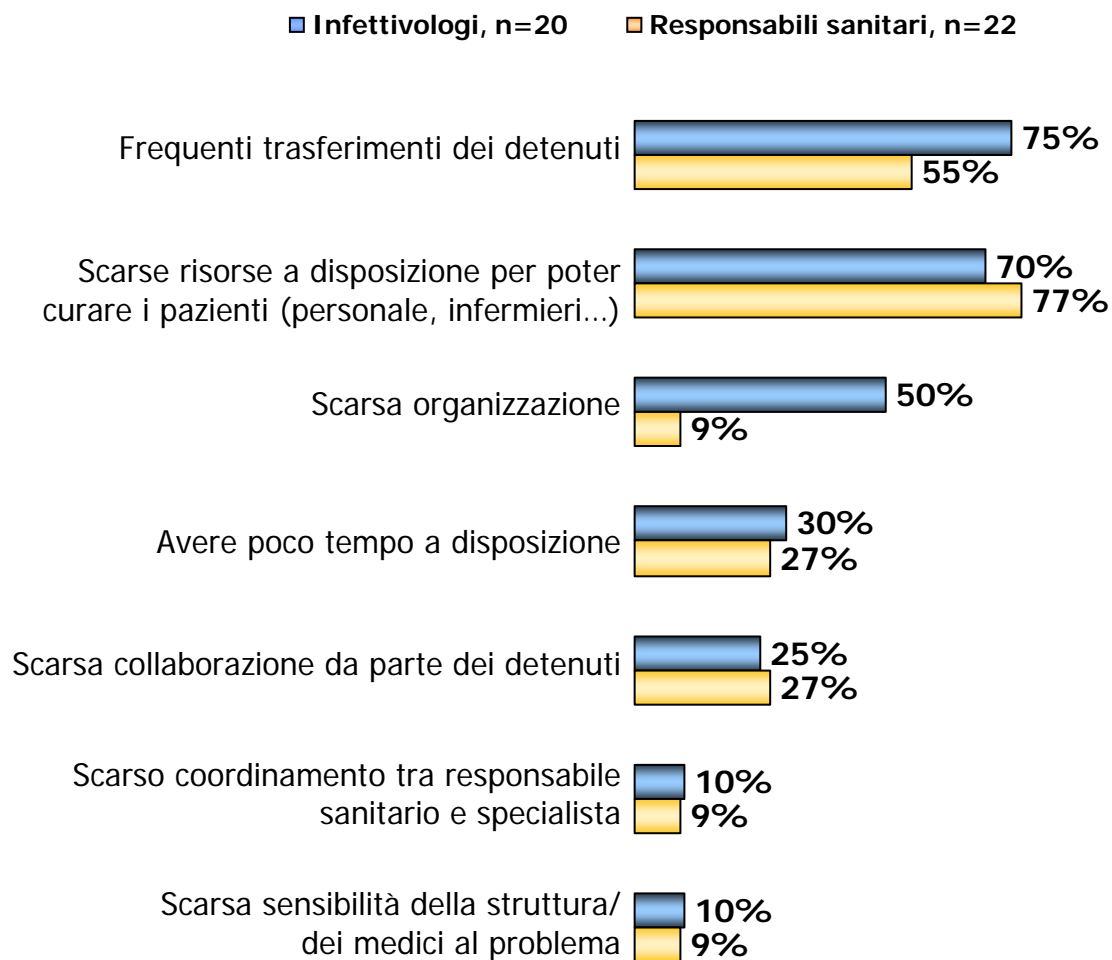
La soddisfazione per alcuni aspetti dell'attività svolta nell'istituto penitenziario (% elevata soddisfazione 8+9+10): analisi per area geografica

20



Gli ostacoli che impediscono di svolgere al meglio l'attività all'interno dell'istituto penitenziario (risposte sollecitate)

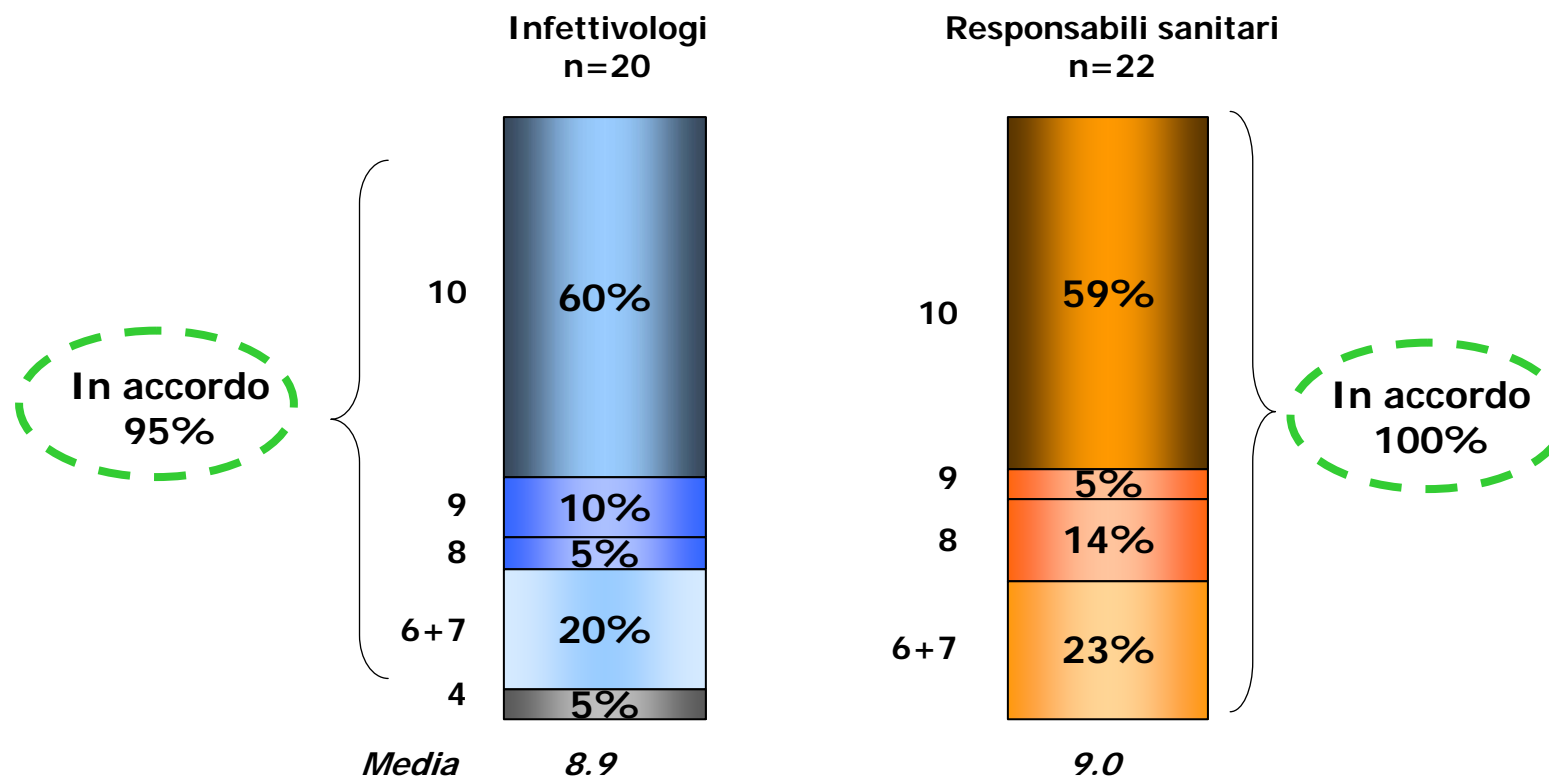
"Quali sono gli ostacoli, che lei deve affrontare e talvolta possono impedirle di svolgere al meglio la sua attività all'interno dell'istituto penitenziario?"



Si parla troppo poco della medicina all'interno degli istituti penitenziari?

"Sempre alcuni medici intervistati prima di lei hanno fatto alcune affermazioni sul ruolo del medico in carcere. Mi dica quanto lei è personalmente d'accordo."

22



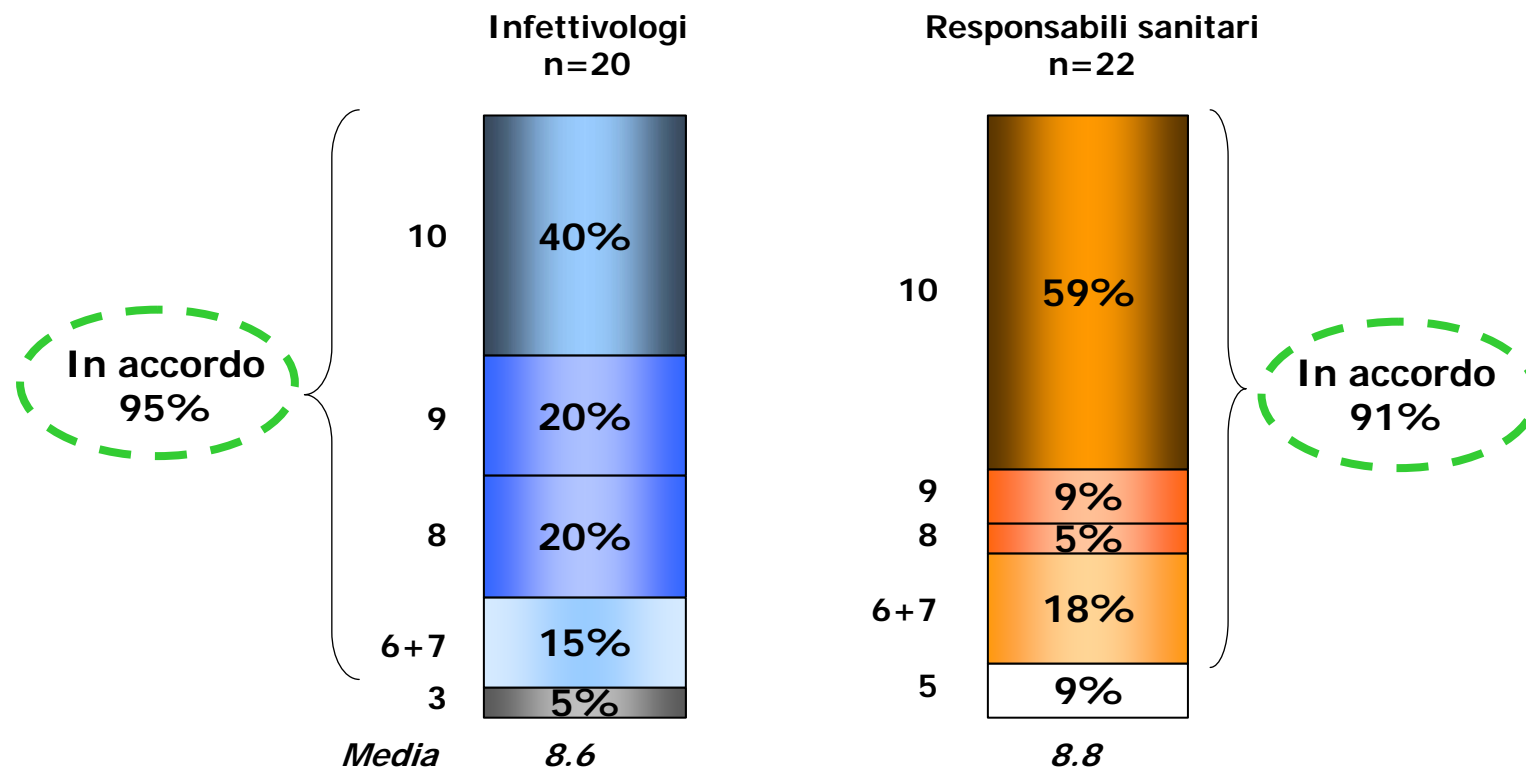
Grado di accordo

Per niente	Completamente
1	10

La medicina all'interno degli istituti penitenziari è poco riconosciuta/ valorizzata dalle società scientifiche/dalla medicina?

"Sempre alcuni medici intervistati prima di lei hanno fatto alcune affermazioni sul ruolo del medico in carcere. Mi dica quanto lei è personalmente d'accordo."

23



Grado di accordo

Per niente	Completamente
1	10

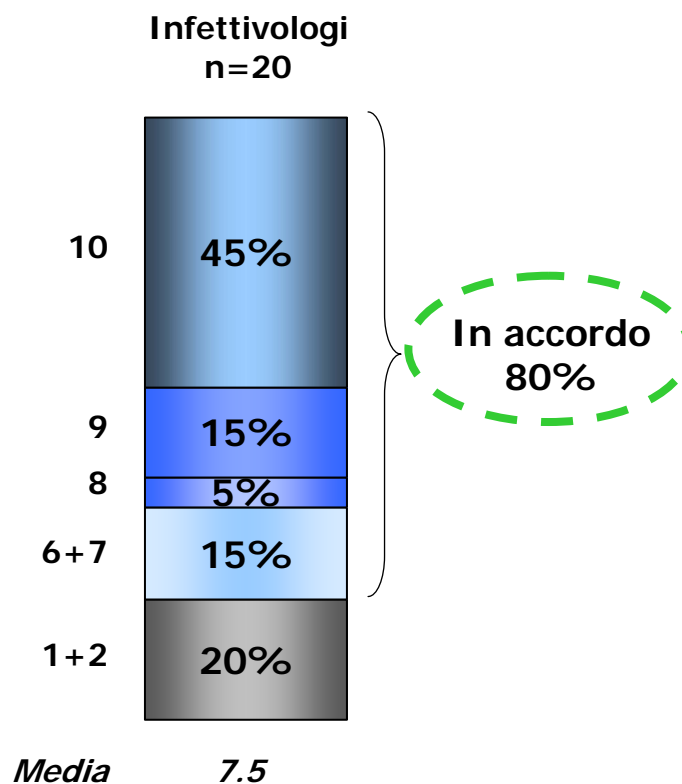
Lo specialista che lavora in un istituto penitenziario NON ha un adeguato riconoscimento?

"Quanto lei è personalmente d'accordo con questa affermazione...?"

(Base: infettivologi n=20)

24

Lo specialista che lavora in un istituto penitenziario NON ha un adeguato riconoscimento del suo ruolo da parte delle istituzioni/da parte del servizio sanitario



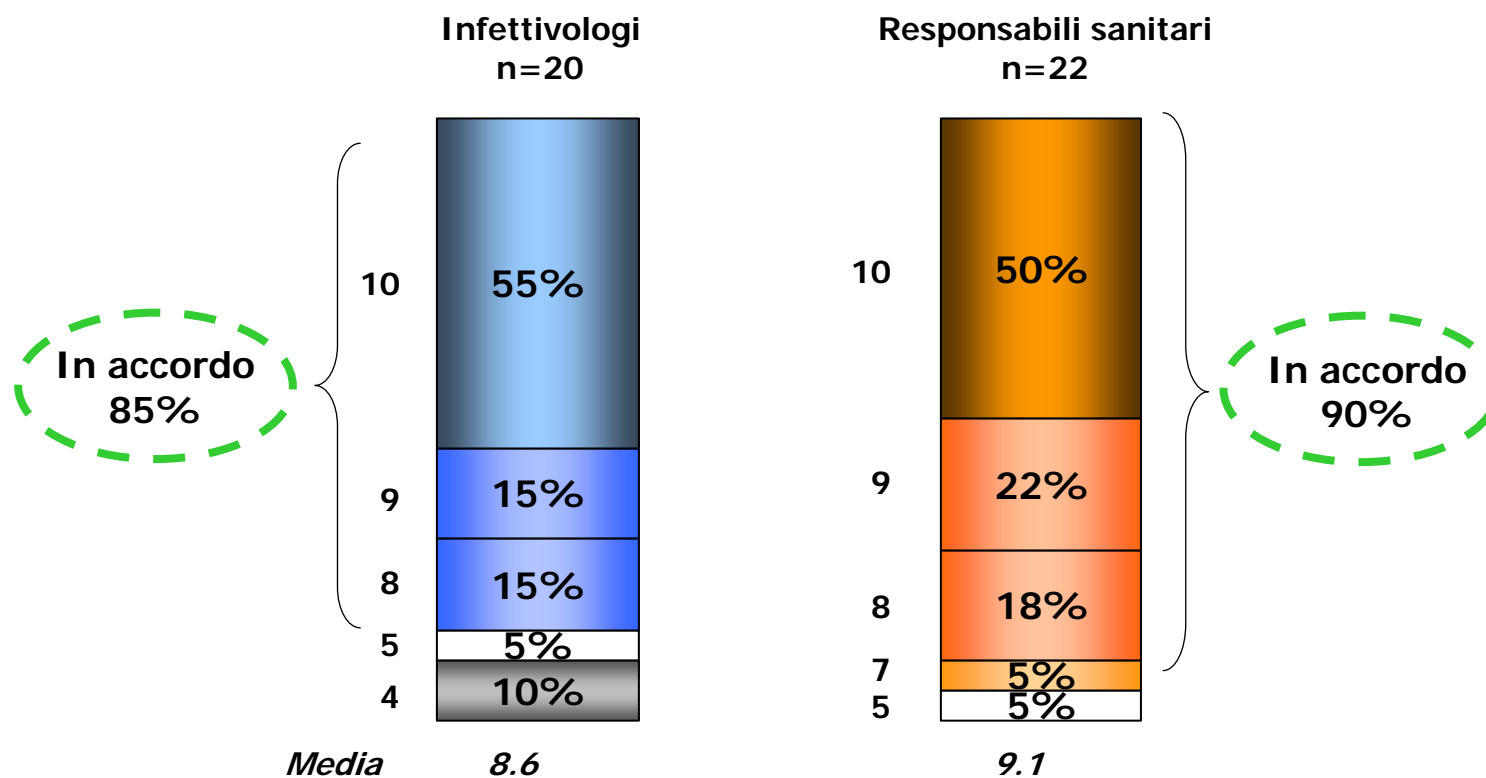
Grado di accordo

Per niente	Completamente
1	10

La medicina all'interno degli istituti penitenziari è fondamentale per una buona prevenzione nella comunità?

"Alcuni medici intervistati prima di lei hanno affermato che la medicina all'interno degli istituti penitenziari è fondamentale per una buona prevenzione nella comunità. Quanto lei è personalmente d'accordo con questa affermazione?"

25



Grado di accordo

Per niente	Completamente
1	10

Le indicazioni della ricerca

L'HCV in carcere

27

Le malattie virali croniche rappresentano la seconda causa di intervento medico in carcere, dopo i problema di natura psicologica/psichiatrica → di fatto coinvolgono circa un terzo dei detenuti che necessitano di cure mediche

All'interno delle patologie virali croniche **l'HCV rappresenta la patologia più consistente → coinvolge in media 1/4 dei detenuti**, tutti sono concordi sulla **necessità di sensibilizzare tutto il personale medico sull'importanza della cura.**

In questo quadro **non sempre il paziente riesce/può ricevere la cura adeguata:**

- solo la metà dei detenuti viene messo subito in terapia
- fra questi circa un quarto dei pazienti non accetta la terapia
- e un terzo dei pazienti in trattamento sospende la cura prima del termine previsto.

I motivi del non trattamento/sospensione sono legati soprattutto a problemi logistici (trasferimenti, scarcerazione) e al rifiuto /deresponsabilizzazione del paziente.

L'HCV in carcere

28

Rispetto alla valutazione dei risultati i medici esprimono posizioni diverse, legate alla specificità del contesto carcerario:

- **In metà dei casi valutano i risultati come migliori rispetto ai trattamenti fatti in comunità** → in relazione alla possibilità di seguire meglio il paziente/averlo sotto controllo
- **Nell'altra metà dei casi però la valutazione è critica** → ciò è dovuto alla **problematicità del paziente detenuto** (rifiuto della terapia, scarsa responsabilizzazione) e alle **problematiche logistiche (soprattutto il problema dei trasferimenti)**.

Il ruolo della medicina carceraria

29

Si rileva una **grande soddisfazione per il proprio ruolo, legata soprattutto all'utilità attribuita al proprio ruolo in carcere e alla relazione con il paziente**

Ruolo/Utilità che sembra però – nella percezione soprattutto dell'infettivologo - poco valorizzata/riconosciuta all'esterno dalle istituzioni sanitarie e dalle Società Scientifiche
→ **emerge un vissuto di solitudine /di bisogno di riconoscimento anche all'esterno del carcere.**

Più ambivalente è la **percezione di utilità del proprio ruolo in termini preventivi rispetto alla comunità esterna:**

- in teoria un ruolo preventivo fondamentale
- più valorizzato dai medici del sud rispetto a quelli del nord
- di fatto fortemente ostacolato - nella percezione degli infettivologi – dalle problematiche logistiche e strutturali: scarse risorse, trasferimenti, scarsa connessione con il territorio dopo la scarcerazione.

Le attese

30

In questo senso sembra emergere una forte e condivisa attesa di:

un maggiore riconoscimento di ruolo della medicina carceraria all'esterno del carcere (da parte delle Istituzioni Sanitarie, da parte delle Società scientifiche) e una maggiore sensibilizzazione sul problema

una ottimizzazione delle problematiche logistiche/organizzative che favorisca la presa in carico e la cura dei pazienti:

- maggiori risorse (economiche, del personale...)
- una rete di connessione fra gli Istituti che consenta di seguire/tenere sotto controllo il paziente che viene trasferito
- una rete di connessione con il territorio che consenta di seguire/tenere sotto controllo il paziente che ritorna in comunità.