

IMMIGRAZIONE E SALUTE

IN TOSCANA



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

La salute
dei detenuti



58

Giugno
2011

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

Immigrazione e salute in Toscana

**La salute
dei detenuti**

La salute
degli immigrati detenuti

Cristina Orsini

Caterina Silvestri

6. La salute degli immigrati detenuti

6.1 Introduzione

Negli ultimi vent'anni il sistema penitenziario italiano ha subito importanti modificazioni riguardanti non soltanto il rapporto tra immigrazione e detenzione, ma anche rispetto al numero totale di accessi presso le strutture detentive. Nei primi anni '90, infatti, il tasso di carcerazione sulla popolazione italiana era di 50/60 detenuti ogni 100.000 abitanti, valore che, in seguito alle profonde trasformazioni avvenute in questi anni, ha raggiunto il numero giornaliero di 100 detenuti su 100.000 abitanti. Si è passati dai 35.485 detenuti del 1991 ai 53.165 del 2000, fino ai 67.510 dell'aprile 2011.

Il forte incremento al quale abbiamo assistito non può non tener conto della crescita esponenziale della popolazione detenuta straniera. Il numero degli stranieri arrestati, infatti, è più che duplicato nel solo intervallo 1991-1997. Gli stranieri in carcere hanno raggiunto ormai quote allarmanti, rappresentando il 37% dei presenti (n=24.923)¹.

Nella popolazione straniera risultano maggiormente rappresentati il Marocco (21%), la Romania (14,5%), la Tunisia (12,7%), l'Albania (11,6%) e la Nigeria (5%), raffigurando l'ampia suddivisione fra Europa dell'Est e Africa del Nord che riproduce gran parte del flusso migratorio presente nel nostro Paese.

Pur non addentrandoci nell'area penale, riteniamo utile, ai fini di una più ampia descrizione della popolazione straniera attualmente detenuta nelle strutture italiane, precisare che un numero molto elevato di ingressi sembra essere conseguenza di violazioni delle leggi sugli stranieri, numero che, al dicembre 2010, raggiungeva le 4.019 persone. A questo dobbiamo aggiungere che risultano in attesa di una sentenza definitiva il 47,1% degli stranieri rispetto al 38,3% degli italiani, mettendo in evidenza che uno straniero ha una probabilità maggiore, rispetto a un italiano, di trovarsi in carcere senza una sentenza definitiva¹, con possibile ripercussione sullo stato di salute.

Il panorama nazionale appare ulteriormente confermato dalle cifre della sola regione Toscana. Attualmente, le 18 strutture penitenziarie, ospitano 4.407 persone, delle quali 2.241 (50,9%) risultano di nazionalità straniera¹. Questo valore, altamente al di sopra della media nazionale, varia all'interno dei diversi Istituti, rivelandosi maggiore nelle Case circondariali² e nelle aree metropolitane. Secondo i dati del Dipartimento

¹ Dipartimento Amministrazione penitenziaria, Detenuti presenti - Aggiornamento al 30 aprile 2011.

² Queste sono finalizzate alla custodia degli imputati a disposizione di qualsiasi autorità giudiziaria e sono istituite nei capoluoghi di circondario (ambito di competenza del Tribunale ordinario). Presso le Case circondariali possono essere istituite sezioni di reclusione (detenuti con condanne definitive) per reati a bassa entità, generalmente con pene inferiori ai cinque anni.

Amministrazione penitenziaria (DAP), riferiti al febbraio 2011, anche in Toscana il numero di stranieri imputati risulta nettamente superiore, con un valore di 66,2% rispetto al 36,8% dei detenuti italiani, rimarcando la condizione di maggior precarietà nella quale queste persone vivono.

L'indeterminatezza della posizione giudiziaria è resa ancor più difficile dalla carenza di professionisti pronti a svolgere l'importante ruolo di mediazione all'interno di culture così diverse, amplificando, così, quel divario che rende la convivenza ancor meno accettabile.

Se le condizioni strutturali e di sovraffollamento, ad oggi, non hanno subito importanti modificazioni, il processo di riordino della sanità penitenziaria ha avuto inizio (d.p.c.m. 1 aprile 2008), prevedendo il coinvolgimento, a livello nazionale, di tutti gli enti (Regioni, Comuni, Aziende sanitarie e Istituti penitenziari) che responsabilmente concorrono affinché si realizzino le condizioni in grado di tutelare la salute dei detenuti. La normativa, infatti, stabilisce che le attività sanitarie diventino di competenza delle AUSL in cui hanno sede gli Istituti, garantendo ai cittadini detenuti la continuità terapeutica come principio fondante dell'efficacia degli interventi sia in ambito penitenziario che dopo la scarcerazione.

La Regione Toscana, in linea con il percorso nazionale sull'attuazione della normativa, ha istituito l'Osservatorio regionale per la salute in carcere³ con funzione di supporto diretto e di collaborazione sinergica con il gruppo tecnico di coordinamento regionale interistituzionale, con lo specifico compito di monitorare i bisogni sanitari della popolazione penitenziaria.

È in questo contesto che l'Agenzia regionale di sanità della Toscana, in qualità di organo di supporto tecnico-scientifico, in collaborazione con gli altri partner istituzionali e con il personale sanitario operante nel settore, ha contribuito a tratteggiare una panoramica delle principali patologie da cui risulta affetta la popolazione detenuta, delineandone caratteristiche legate non soltanto agli stili di vita messi in atto, ma anche al Paese di provenienza. Si è scelto quindi, di condurre uno studio di coorte prospettico che, pur caratterizzato da un'elevata perdita al follow-up (a causa della mancanza di un codice univoco che identifichi la persona in transito da un istituto all'altro), tutela da possibili *bias* di selezione in grado di alterare i risultati dell'indagine.

6.2 Lo studio di coorte nelle carceri toscane

Lo studio ha avuto durata annuale (dal 15 giugno 2009 al 15 giugno 2010) e ha coinvolto tutti i detenuti presenti all'interno dei 18 Istituti penitenziari della Toscana. I detenuti sottoposti a visita medica sono stati complessivamente 2.985 su 4.169 presenti (71,6%) il 15 giugno 2009.

³ Delibera Giunta Regione Toscana n. 759 del 29-10-2007.

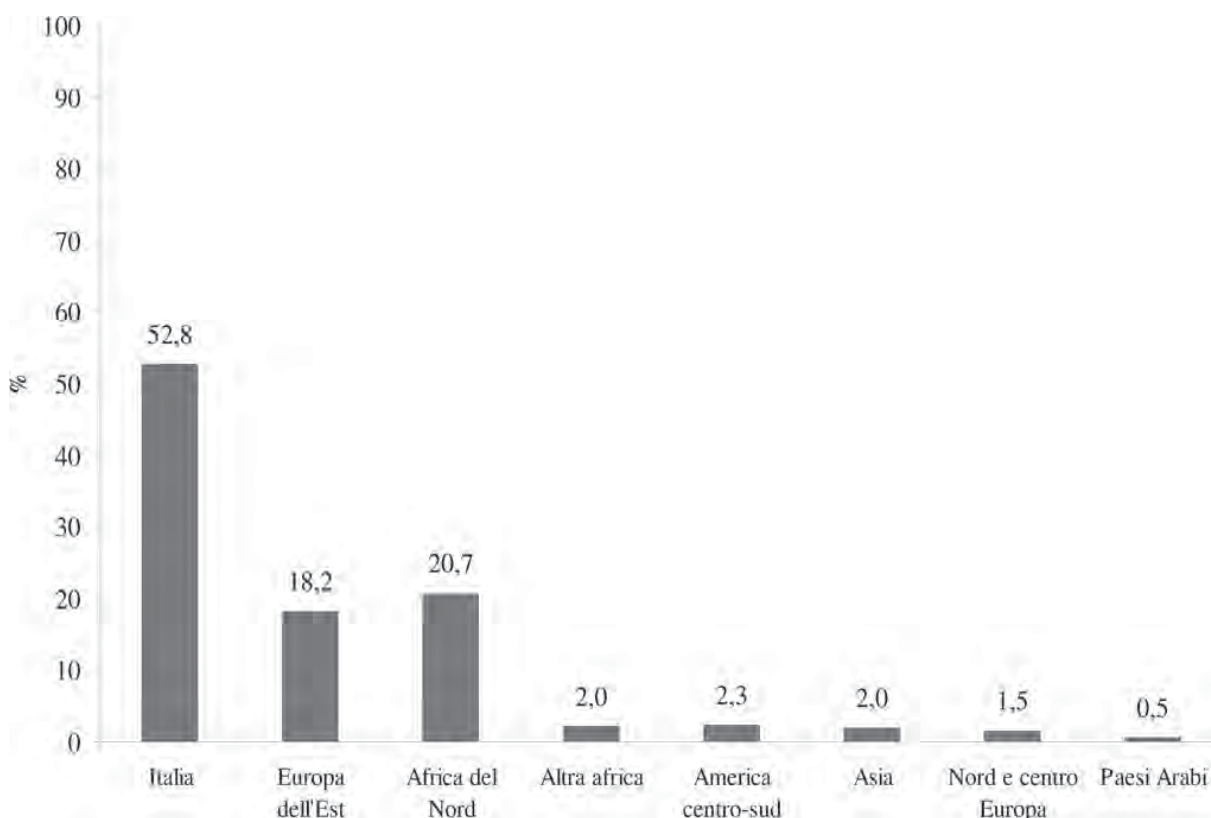
La coorte è composta prevalentemente da maschi (95,5%), con titolo di studio medio-basso (l'82,3% ha conseguito il diploma di scuola media) e proveniente, per il 49%, da libertà.

Il Paese di origine rispecchia quanto riportato dall'Amministrazione penitenziaria con il 52,8% di detenuti italiani a fronte di un 47,2% di origine straniera. Le nazionalità prevalenti risultano in linea con la distribuzione osservata a livello nazionale con un numero maggiore di persone provenienti dall'Africa del Nord e dall'Europa dell'Est (Figura 6.1). Anche in Toscana la popolazione straniera si distribuisce in modo disomogeneo all'interno degli Istituti penitenziari, con valori più elevati nelle Case circondariali di Firenze "Sollicciano" (61,1%), Lucca (69,1%), Livorno "Le Sughere" (51,9%) e Prato "La Dogaia" (69,1%) e nella Casa di reclusione della Gorgona (54,7%).

Confrontando la popolazione detenuta con la popolazione residente in Toscana, si evidenzia una differenza tra le proporzioni di stranieri di quasi 5 volte superiore fra i detenuti rispetto al dato regionale (46,6% rispetto 9,1%). Anche la distribuzione dei paesi di provenienza non rispetta lo stesso andamento: se l'Europa dell'Est mantiene comunque valori molto elevati, l'Africa, pur rimanendo costante in valore assoluto, registra una diminuzione in valore percentuale.

Figura 6.1

Distribuzione percentuale della popolazione detenuta presente nei 18 Istituti della Toscana il 15/06/2009 per Paese di origine



Si precisa che lo studio, pur essendo stato condotto in modo uniforme su tutto il territorio toscano, ha visto una diversa aderenza da parte degli Istituti penitenziari. In particolare la Casa circondariale “La Dogaia” di Prato ha effettuato un numero molto limitato di visite (136 su 632 detenuti presenti) portando a una sottostima della popolazione straniera, in particolare di quella proveniente dai Paesi asiatici⁴.

Lo strumento utilizzato dal personale sanitario per lo studio⁵ è stato dotato del sistema di classificazione *International Classification of Diseases IX-CM* (ICD IX-CM), grazie al quale è stato possibile raggruppare le diagnosi individuate dai clinici in grandi gruppi di patologie, secondo i criteri rilevati dalla stessa classificazione.

È noto come l'età rappresenta un fattore che interviene sullo stato di salute: nell'interpretazione dei dati che seguiranno è importante tener conto che l'età media della popolazione straniera risulta più bassa rispetto a quella dei detenuti italiani, con uno scarto di circa 10 anni (età media 32 anni). Questa differenza, dovuta in molti casi alla forte selezione legata al flusso migratorio, sembra influire, come vedremo, sullo stato di salute che vede queste popolazioni più sane (tabella 6.1).

Tabella 6.1

Distribuzione percentuale dei detenuti presenti al 15/06/2009 negli Istituti toscani per condizione di salute e Paese di origine

Condizione di salute	Paese di origine			Totale
	Italiani	Stranieri	n.r.	
	<i>Valori assoluti</i>			
Sani	287	496	24	807
Malati	1.269	896	13	2.178
Totale	1.556	1.392	37	2.985
	<i>Valori percentuali</i>			
Sani	18,4	35,6		27,0
Malati	81,6	64,4		73,0
Totale	100,0	100,0		100,0

6.3 Lo stato di salute dei detenuti

La distribuzione di sani e malati fra i diversi paesi stranieri non vede significative differenze, fatta eccezione per l'Asia, dove la percentuale di sani supera il 50%. Data la netta predominanza dei detenuti provenienti dai paesi dell'Africa del Nord e dell'Europa dell'Est (l'82,3% del totale dei detenuti stranieri), di seguito si descrivono le patologie

⁴ La provincia di Prato ospita la più estesa comunità di cinesi emigrati in Italia.

⁵ Vedi Appendice I - Fonti.

a carico di questi due gruppi etnici, confrontandoli, laddove risulti necessario, con i detenuti di nazionalità italiana.

In linea con quanto pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 2007 la diffusione dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta riguarda prevalentemente i disturbi di natura psichica, le malattie dell'apparato digerente e quelle di tipo infettivo e parassitario, indipendentemente dal Paese di origine (Tabella 6.2).

Tabella 6.2

Distribuzione percentuale delle patologie per grandi gruppi di patologie nei tre principali gruppi etnici che compongono la popolazione detenuta

Grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-CM	Italia (n=1.556)	Africa del Nord (n=609)	Europa dell'Est (n=536)
<i>Valori assoluti</i>			
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	12	3	3
Malattie del sistema circolatorio	258	32	28
Malattie del sistema nervoso	107	18	14
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	211	48	52
Malattie dell'apparato digerente	388	163	141
Malattie dell'apparato genitourinario	60	6	9
Malattie dell'apparato respiratorio	102	38	28
Malattie endocrine, metabolismo ed immunitarie	210	38	20
Malattie infettive e parassitarie	355	53	39
Traumatismi e avvelenamenti	114	35	34
Tumori	21	2	3
Disturbi psichici	611	221	102
<i>Valori percentuali</i>			
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	0,8	0,5	0,6
Malattie del sistema circolatorio	16,6	5,3	5,2
Malattie del sistema nervoso	6,9	3	2,6
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	13,6	7,9	9,7
Malattie dell'apparato digerente	24,9	26,8	26,3
Malattie dell'apparato genitourinario	3,9	1	1,7
Malattie dell'apparato respiratorio	6,6	6,2	5,2
Malattie endocrine, metabolismo ed immunitarie	13,5	6,2	3,7
Malattie infettive e parassitarie	22,8	8,7	7,3
Traumatismi e avvelenamenti	7,3	5,7	6,3
Tumori	1,3	0,3	0,6
Disturbi psichici	39,3	36,3	19

Una delle caratteristiche distintive di questa popolazione è l'elevata presenza di patologie che, nella popolazione generale, solitamente occupano posizioni secondarie rispetto a disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (EHN, 2008) o respiratorio. La giovane età dei detenuti spiega l'assenza di patologie che normalmente si presentano in età avanzata mentre, per quanto riguarda il disturbo mentale, risulta di facile comprensione l'influenza che il contesto abitativo e relazionale può esercitare sulla manifestazione di sintomi psicopatologici. Contesto che, nella popolazione straniera, può risultare ulteriormente rilevante a causa delle difficoltà dovute alla comprensione della lingua.

6.4 La salute mentale

Tra i detenuti a cui è stata diagnosticata almeno una patologia psichiatrica⁶ (tabella 6.3), si osserva la predominanza del disturbo da dipendenza da sostanze fra i nordafricani (simile alla popolazione detenuta italiana).

Le numerose variabili insite nell'accezione di tossicodipendenza possono aver reso difficile, soprattutto all'interno di una struttura penitenziaria, definire il reale stato di tossicodipendenza in relazione alla sostanza utilizzata, ai tempi di utilizzo o alle numerose associazioni che spesso vengono messe in atto durante la detenzione. Di conseguenza, i dati raccolti grazie alla segnalazione fatta dai medici, possono sottostimare il fenomeno in assenza di una conclamata sintomatologia che, in questo contesto, potrebbe rappresentare un reato.

Tabella 6.3

Diffusione delle diagnosi psichiatriche nei tre principali gruppi etnici con almeno una diagnosi psichiatrica

Disturbi psichici	Italia (n=611)	Africa del Nord (n=221)	Europa dell'Est (n=102)
Valori assoluti			
Disturbo da dipendenza da sostanza	225	105	30
Disturbi alcol-correlati	96	41	27
Disturbi dello spettro schizofrenico	61	5	3
Disturbo nevrotico o di adattamento	179	92	38
Disturbo di personalità	100	34	9
Valori percentuali			
Disturbo da dipendenza da sostanza	36,8	47,5	29,4
Disturbi alcol-correlati	15,7	18,6	26,5
Disturbi dello spettro schizofrenico	10	2,3	2,9
Disturbo nevrotico o di adattamento	29,3	41,6	37,3
Disturbo di personalità	16,4	15,4	8,8

⁶ L'aggregazione delle diagnosi psichiatriche è stata effettuata utilizzando la classificazione in uso nel flusso regionale per la salute mentale in Toscana (SALM).

La popolazione esteuropea risulta invece maggiormente incline all'uso di bevande alcoliche, con valori che si avvicinano molto a quelli dell'uso di droghe. La diversa abitudine al bere di queste popolazioni, legata in molti casi ad aspetti di tipo religioso, in parte spiega il risultato ottenuto e risulta in linea con indagini precedenti (WHO, 2007).

I disturbi psicotici, come quelli dello spettro schizofrenico e della personalità, rappresentando invece patologie altamente invalidanti che in molti casi alterano la capacità dell'individuo di porsi su un piano di realtà, risultano nettamente inferiori fra gli stranieri. Pensando, infatti, alle motivazioni che spingono questi popoli verso culture diverse, affrontando in molti casi viaggi estenuanti, si può intuire come, per un paziente affetto da un grave disturbo psicotico, questo possa risultare difficile, soggiacendo a quello che viene definito "l'effetto del migrante sano".

Opposti appaiono i risultati riguardo ai disturbi nevrotici o di adattamento che, risentendo proprio delle diversità culturali che queste popolazioni si trovano a dover affrontare in un ambiente ristretto, si manifestano in misura maggiore proprio fra gli stranieri.

Rimanendo nell'ambito della salute mentale, affrontiamo il tema del tentato suicidio e dell'autolesionismo. Gli atti di autolesione o il tentato suicidio si possono definire come l'esternalizzazione di un disagio psichico o estremizzazione del proprio malessere. Sicuramente, la condizione di detenuto, più che lo stato di libertà, può portare a scelte che in quel preciso momento sembrano rappresentare l'unica via di fuga da un vissuto inaccettabile. Che la detenzione favorisca queste scelte, pur inconsapevolmente, fa parte della cultura quotidiana, basti pensare al diverso clamore che desta in ognuno di noi la morte per suicidio di un cittadino libero rispetto ad uno detenuto.

Lo studio, avendo come principale obiettivo quello di fornire informazioni sullo stato di salute di una coorte di detenuti, non ha trattato il tema del suicidio ultimato, ma si è limitato a indagare la messa in atto di azioni autolesive o di tentato suicidio, rimandando al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria per le statistiche ufficiali.

In questo caso è stato chiesto ai medici di segnalare la presenza nella storia clinica del detenuto di almeno un tentativo di suicidio registrando, sull'intera coorte, un valore del 4,3%, corrispondente a 128 persone. Gli atti di autolesione risultano ancora una volta molto elevati fra i nordafricani, mantenendosi sempre bassi fra gli esteuropei (Tabella 6.4).

Indipendentemente dal Paese di provenienza, si ritiene opportuno sottolineare l'emergenza che si sta verificando all'interno delle strutture penitenziarie, dove circa 4 persone su 100 hanno tentato il suicidio almeno una volta, rispetto allo 0,006% osservato nella popolazione libera.

Tabella 6.4**Diffusione dell'autolesione e del tentato suicidio nei tre principali gruppi etnici**

Modalità comportamentali	Italia (n=1570)	Africa del Nord (n=603)	Europa dell'Est (n=530)
<i>Valori assoluti</i>			
Autolesione	163	109	25
Tentato suicidio	80	32	10
<i>Valori percentuali</i>			
Autolesione	10,4	18,1	4,7
Tentato suicidio	5,1	5,3	1,9

6.5 Le malattie infettive e parassitarie

A livello internazionale, i cittadini detenuti vengono considerati una popolazione ad alto rischio di contrarre malattie infettive, fra cui il virus HIV, epatiti virali o altre infezioni sessualmente trasmesse. Questa specificità è causata dall'alta prevalenza di comportamenti a rischio messi in atto durante il periodo detentivo, in particolare attraverso l'uso iniettivo di droghe, rapporti sessuali non protetti o l'uso comune di aghi ipodermici per l'esecuzione di tatuaggi (Allwright, et al., 2000).

In Italia, secondo i dati tratti da studi recenti condotti sulla popolazione carceraria (La Torre, et al., 2007), tra le malattie virali croniche l'epatite C è al primo posto, coinvolgendo circa un quarto dei detenuti presenti negli Istituti penitenziari.

A conferma del dato nazionale, lo studio toscano vede l'infezione da HCV al primo posto con il 9,1% dei detenuti infetti.

Un dato interessante riguarda l'elevata percentuale fra gli italiani di infezioni da HCV (15,2%) rispetto ai nordafricani e agli esteuropei (Tabella 6.5). In questi ultimi, pur confermando l'elevata presenza del virus HCV, si osserva una maggiore omogeneità con l'infezione da HBV e la presenza di epatite da virus Delta, che risulta assente negli italiani.

Il maggior coinvolgimento dei detenuti di nazionalità italiana nell'infezione da HCV non sembra essere spiegabile con lo stato di tossicodipendenza, di cui, come descritto precedentemente, risulta affetta in misura più elevata la popolazione nordafricana (17,2% rispetto al 14,5%). A conferma di questo risultato, sapendo che l'infezione da HCV si trasmette principalmente per via ematica, è stata analizzata la condizione di tossicodipendente in base al tipo di sostanza usata e i consumatori di eroina (sostanza generalmente utilizzata per via iniettiva) risultano presenti in proporzioni uguali nelle due popolazioni (24,5%). Le informazioni rilevate dallo studio non consentono di approfondire questo risultato, ma si ritiene utile segnalare questa discrepanza al fine di valutarne ulteriori possibili sviluppi. Al contrario, la minor diffusione del virus B nella

popolazione italiana detenuta può essere in parte spiegata dall'utilizzo, nel nostro Paese, del vaccino contro l'epatite B, con conseguente diminuzione anche dell'epatite Delta (che ricordiamo si verifica solo in individui che siano anche infettati dal virus B).

Fra gli stranieri, bassa è anche la percentuale di HIV-positivi, valore, questo, comunque di gran lunga superiore rispetto al valore riscontrato nella popolazione generale (tasso di prevalenza sulla popolazione toscana: 13,5 per 10.000)⁷.

Come già descritto dall'OMS, fra i cittadini estereuropei si osservano valori più alti nelle malattie a trasmissione sessuale, prima fra tutte la sifilide (1,1% ne risulta affetto).

Fra le altre malattie infettive presenti nelle strutture penitenziarie, l'OMS pone un'attenzione particolare all'infezione tubercolare (TBC) che, a livello europeo raggiunge tassi da 10 a 100 volte superiori rispetto a quelli osservati nella popolazione generale (OMS, 2007). L'incremento e la diffusione di questa patologia fra i detenuti ha stimolato numerosi studi sull'argomento, fra cui la ricerca condotta da Aerts e collaboratori (Aerts et al., 2006), in cui emerge l'elevata variabilità presente nelle diverse strutture penitenziarie europee, con valori nettamente superiori nei Paesi dell'Est, dove i detenuti affetti da tubercolosi rappresentano il 93% dei casi. Contrariamente a questi dati, lo studio non presenta specificità legate all'etnia, richiedendo ulteriori approfondimenti in grado di escludere eventuali errori di compilazione da parte dei medici.

⁷ Fonte: Registro regionale AIDS e indagine sui casi HIV-positivi prevalenti in Toscana (2008).

Tabella 6.5
Distribuzione percentuale delle malattie infettive e parassitarie all'interno dei principali gruppi etnici

Malattie infettive e parassitarie	Italia (n=1.556)	Africa del Nord (n=609)	Europa dell'Est (n=536)
	<i>Valori assoluti</i>		
Epatite A	18	1	0
Epatite B	37	14	10
Epatite C	236	18	11
Epatite delta	0	3	1
Condiloma acuminato	0	1	1
Infezione da HIV	34	4	2
Infezione da Helicobacter pylori (H. pylori)	1	2	1
Infezioni da Herpes simplex	1	2	1
Infezioni da tricomonas	1	0	1
Micosi della cute e degli annessi cutanei	6	2	1
Scabbia	1	2	1
Sifilide	8	0	6
Tubercolosi	5	4	2
Altro	7	0	1
	<i>Valori percentuali</i>		
Epatite A	1,2	0,2	0,0
Epatite B	2,4	2,3	1,9
Epatite C	15,2	3,0	2,1
Epatite delta	0,0	0,5	0,2
Condiloma acuminato	0,0	0,2	0,2
Infezione da HIV	2,2	0,7	0,4
Infezione da Helicobacter pylori (H. pylori)	0,1	0,3	0,2
Infezioni da Herpes simplex	0,1	0,3	0,2
Infezioni da tricomonas	0,1	0,0	0,2
Micosi della cute e degli annessi cutanei	0,4	0,3	0,2
Scabbia	0,1	0,3	0,2
Sifilide	0,5	0,0	1,1
Tubercolosi	0,3	0,7	0,4
Altro	0,4	0,0	0,2

6.6 I disturbi dell'apparato digerente

Il grande gruppo delle malattie dell'apparato digerente è composto da disturbi aventi un livello di gravità molto diverso. Patologie come le esofagiti, le gastriti o i disturbi funzionali del tratto gastro-intestinale inferiore rappresentano il gruppo di affezioni più frequentemente riscontrato nell'ambito della patologia addominale e, per la loro elevata incidenza, costituiscono un problema estremamente importante nella popolazione generale. Nel corso degli anni, scuole di pensiero diverse hanno associato gran parte di queste patologie a stati psicologici particolari o a condizioni di stress tali da favorirne l'insorgenza. A questo proposito, è importante ricordare la rilevanza che assume l'ambiente nella determinazione dello stato di salute e, ancora di più, non possiamo ignorare quanto la condizione detentiva possa rappresentare un importante fattore di stress per l'individuo che si trova improvvisamente a dover affrontare una nuova condizione di vita (Tyson, 1983). A questi disturbi si aggiungono le patologie dentali e del cavo orale, le quali, essendo influenzate dalle condizioni socio-economiche e igienico-sanitarie, assumono un peso rilevante all'interno di una popolazione in gran parte proveniente da contesti a elevato grado di emarginazione.

In linea con precedenti studi svolti sulla popolazione detenuta (Nobile, et al., 2007), le affezioni del cavo orale rappresentano la principale patologia riscontrata nell'apparato digerente, coinvolgendo un numero molto elevato di detenuti (Tabella 6.6).

Le profonde differenze economiche che caratterizzano alcuni popoli e le diverse abitudini culturali possono spiegare, in parte, le disuguaglianze nella cura prestata all'igiene del cavo orale, con inevitabili conseguenze sulla salute. Fra gli stranieri, i nordafricani risultano maggiormente colpiti dalle affezioni del cavo orale con il 18,6%, seguiti dagli estereuropei (15,9%). Osservandone l'andamento fra coloro a cui è stata fatta una diagnosi che interessa l'apparato digerente, risulta ancor più evidente come queste rappresentino una quota molto elevata fra gli stranieri rispetto alla popolazione italiana (Africa del Nord: 69,3%; Europa dell'Est: 60,3%; Italia: 47,7%).

Molti detenuti hanno fatto (o fanno) uso di stupefacenti, di alcolici in proporzione maggiore rispetto alla popolazione libera, determinando un peggioramento del proprio stato di salute già in età giovanile. Questo dato risulta avvalorato dal numero elevato di persone affette da cirrosi epatica e da malattia epatica cronica che fra i nordafricani sembra presentarsi ancor più precocemente (età media della popolazione nordafricana: 32 anni).

Tabella 6.6**Distribuzione percentuale delle malattie dell'apparato digerente all'interno dei principali gruppi etnici**

Malattie dell'apparato digerente	Italia (n=1.556)	Africa del Nord (n=609)	Europa dell'Est (n=536)
	<i>Valori assoluti</i>		
Calcolosi della colecisti	8	2	0
Ernia addominale	36	1	13
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	94	25	30
Malattia epatica cronica e cirrosi	42	16	7
Malattie del pancreas	0	0	1
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	23	6	5
Patologie dei denti e del cavo orale	185	113	85
	<i>Valori percentuali</i>		
Calcolosi della colecisti	0,5	0,3	0,0
Ernia addominale	2,3	0,2	2,4
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	6,0	4,1	5,6
Malattia epatica cronica e cirrosi	2,7	2,6	1,3
Malattie del pancreas	0,0	0,0	0,2
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	1,5	1,0	0,9
Patologie dei denti e del cavo orale	11,9	18,6	15,9

6.7 Conclusioni

Se affrontare il tema della salute all'interno delle strutture penitenziarie può apparire un compito difficile, ancor più lo diventa quando si parla di popolazione detenuta immigrata. Le difficoltà linguistiche impediscono, spesso, la raccolta puntuale di dati anamnestici utili per l'inquadramento psicopatologico, per non parlare delle condizioni di vita dalle quali provengono che, in molti casi, risultano fonte di gravi patologie.

Complessivamente, confrontando lo stato di salute dei detenuti con quello della popolazione libera, si è portati a trarre un giudizio confortante dal momento che non si ritrovano patologie dell'apparato respiratorio, cardiocircolatorio o oncologiche che, come è noto, rappresentano malattie fortemente invalidanti con ampia diffusione nella popolazione generale.

Nella popolazione detenuta, le affezioni principali risultano essere quelle legate alla salute mentale, all'apparato digerente e agli stati infettivi che, pur rappresentando importanti stati patologici, normalmente non hanno la stessa diffusione.

La presenza di disturbi così importanti in una popolazione giovane (32 anni nella popolazione straniera; 42 anni quella italiana), lo stile di vita altamente a rischio, il forte consumo di tabacco, la vita sedentaria e la forzata convivenza in spazi così ristretti, lasciano spazio al possibile instaurarsi, in età più avanzata, di patologie fortemente invalidanti in misura molto più elevata rispetto alla popolazione generale.

Alla luce di questi primi dati, appare, quindi, fin troppo evidente la necessità di attuare interventi di carattere preventivo al fine di ridurre non soltanto la diffusione di patologie già esistenti ma, soprattutto, di limitare tutti quei fattori in grado di favorire la stabilizzazione di patologie croniche.

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Villa La Quiete alle Montalve
via Pietro Dazzi, 1
50141 Firenze

Centralino: 055 462431

Fax: 055 4624330

info@ars.toscana.it



Osservatorio di epidemiologia

osservatorio.epidemiologia@ars.toscana.it



Osservatorio qualità ed equità

osservatorio.qualita@ars.toscana.it



Centro di documentazione

centrodocumentazione@ars.toscana.it



www.ars.toscana.it

REGIONE
TOSCANA

