

# FARMACOLOGICI IN CARCERE: COMPLESSITA' DI INTERVENTO..... O INTERVENTO RESO COMPLESSO?

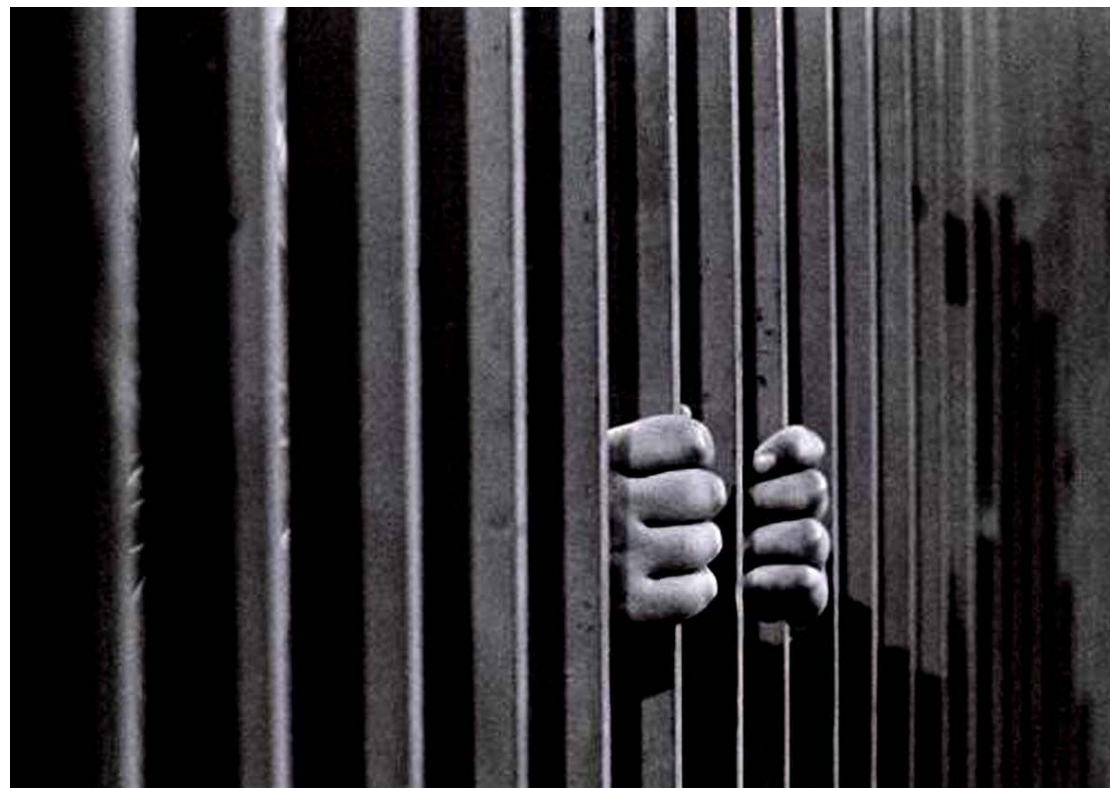
A cura del dott. Alfonso Ciaramella

Referente UO serd 26 UOC Dipendenze Ovest Asl Napoli 1 Centro

14° Congresso Regionale SITD Campania «DIPENDENZE PATOLOGICHE e CIRCUITO PENALE La complessità della diagnosi – del Trattamento – della Rete» 15 Maggio e 2 Ottobre 2019, Valle di Maddaloni

# La realtà carcere

- Dati 2018 : popolazione detenuta nelle carceri italiane > 60.000
- 2500 detenuti in più rispetto al 2017; 10.000 det. in più oltre la capienza massima ( tasso di affollamento: 118,6 %).
- Al 31.12.2017 il 25% del totale dei detenuti delle carceri italiane è T.D. (quiz)
- Nell' ultimo anno si sono verificati 63 suicidi nelle carceri italiane( 4 a Poggioreale).
- Dai dati dell' associazione Antigone, che ha visitato 70 istituti penitenziari emerge:
  - nel 20% dei casi ogni detenuto ha uno spazio < ai 3 mq in cella;
  - nel 56% vi sono celle senza doccia;
- In media nelle carceri vi è la presenza di 1 educatore ogni 80 detenuti;
- 1 agente di polizia penitenziaria ogni 1,8 detenuti ( in alcune realtà il rapp. È 4:1).
- La scuola è presente quasi ovunque, ma è quasi assente la formazione professionale.



# Aspetti normativi

**L.685/75** rivoluzione nella percezione del t.d. da criminale comune a malato da curare.

Ulteriore svolta culturale fu il **DPR 309/90**

Progressiva ed ampia de-carcerizzazione dei t.d.( in teoria) attraverso:

art.94 (aff. In prova ai serv. Soc.)- art 90 ( sosp. esecuz. pena)- detenzioni in carceri a custodia attenuata.

Il recupero attraverso la cura costituisce la finalità dell' intero assetto normativo dedicato alla disciplina degli stupefacenti. L'intento del legislatore, dal 1975 in poi, è quello di rendere la presenza dei tossicodipendenti in carcere del tutto marginale e residuale. (quiz)

Ma la strategia incentrata sulla criminalizzazione dello spaccio e sulle sanzioni che colpiscono i consumatori di sostanze si è mostrata fallimentare per un' effettiva decarcerazione dei t.d.

Fra le cause di questo fallimento vanno annoverate le leggi "anti svuota carcere" :

La Bossi-Fini e la Fini-Giovanardi (**legge 49/2006**);

l' ex Cirielli (no ai percorsi alternativi per le recidive di reato, le quali sono tipiche della maggior parte dei t.d.).

Con la Fini-Giovanardi si introduce l' equipollenza tra droghe leggere e pesanti (previste pene dagli 8 ai 20 anni per entrambe) e il parametro quantità nell' accertamento del reato:

500 mg di principio attivo per la cannabis (15-20 spinelli);(quiz)

750 mg di principio attivo per la cocaina (all' incirca 5 assunzioni);

250 mg di principio attivo per l' eroina (circa 10 assunzioni).



## **Sentenza 32/2014 della Corte Costituzionale**

**Decreto legge n. 36/2014 ( Decreto Lorenzin) poi convertito**

**In legge L.79/2014**

Ripristino della distinzione delle sostanze stupefacenti in droghe leggere e droghe pesanti e la diversificazione delle pene previste dall' art. 73 DPR 309/90.

Droghe leggere: 2-6 anni

Droghe pesanti: 6-20 anni



# Carcere o misura alternativa?

E' estremamente conveniente perseguire politiche che facilitino le misure alternative rispetto al carcere sia da un punto di vista economico sia da un punto di vista sociale:

- 1 detenuto costa 136 euro al giorno (all' incirca il doppio del costo di un paziente in comunità terapeutica)
- per costruire un nuovo carcere da 200 posti occorrono circa 25 mil. di euro
- le comunità immigrate che hanno maggiori opportunità di integrazione sono quelle che commettono, percentualmente meno reati rispetto alle altre e anche rispetto agli italiani.



- Recidiva Criminale:
  - Si verifica circa nel 20% in chi ha beneficiato di una misura alternativa
  - Nel 70% in chi ha scontato la pena in carcere



- Recidiva nell' uso di sostanze:
  - 60% in chi ha beneficiato di una misura alternativa
  - 80% per chi è rimasto in carcere.



# La riforma della sanità penitenziaria

Ha previsto il transito della T.D. alla competenza delle Regioni a partire dal 2008, (quiz) ancor prima del trasferimento ad esse di tutte le altre funzioni della sanità penitenziaria, con vistose differenze organizzative fra Nord, Centro e Sud Italia.

Due problemi fondamentali per la tutela del diritto alla salute del t.d. :

- individuazione dello stato di t.d.;

- azione di controllo e sostegno nel primo periodo della detenzione.

Necessità di separare i t.d. dagli altri reclusi (soprattutto se in fase di astinenza e/o alla prima carcerazione): privazione della libertà personale, rigidità delle regole e problematicità dei rapporti umani influiscono negativamente sulle condizioni psico-fisiche del t.d., che ha bisogno di un regime penitenziario in cui i trattamenti non siano eccessivamente limitati dalle esigenze di sicurezza.



Schematicamente, possiamo definire 3 fasi:

1 individuazione di soggetti da inviare a strutture per t.d.(padiglione Roma a Poggioreale);

2 accoglienza nella struttura riservata e trattamento;

3 dimissione e reinserimento sociale.

Nella prima fase si rileva la condizione di t.d.; nella seconda fase si inizia la disintossicazione o il mantenimento della terapia farmacologica già prescritta all' esterno; nella fase di dimissione è necessaria una collaborazione dei servizi assistenziali territoriali, in particolare gli enti locali, per far sì che possano essere soddisfatte le esigenze di base del t.d.(alloggio e/o lavoro e assistenza), notevolmente compromesse dalla doppia stigmatizzazione di ex-detenuto ed ex-t.d.( il carcere non come realtà avulsa dalla comunità esterna, ma come parte integrante della comunità stessa).

La carenza o faticenza delle strutture carcerarie, unite al sovraffollamento spesso impediscono, di fatto, di attivare una completa differenziazione e separazione tra le varie tipologie di detenuti . (custodia attenuata).

# Compiti del medico Ser.d in ambito penitenziario

- Consultare il registro nuovi giunti (per individuare persone che hanno dichiarato all' ingresso consumo o dipendenza da sostanze)
- Consultare il registro guardia medica
- Visita utenti entrati dalla libertà (valutazione screening tossicologico e di esami ematochimici ed eventuale presenza di patologie correlate)
- Verificare se vi è un pregresso trattamento farmacologico, o impostare terapia in assenza di esso
- Redazione settimanale programmi terapeutici (a mantenimento e/o a scalare) con farmaci quali metadone, buprenorfina o sodio oxibato.

# Trattamenti farmacologici

## Dipendenza da oppiacei

### Cosa dice la letteratura scientifica

COCHRANE LIBRARY (2014)

Trattamento dipendenza da eroina

1 metadone a mantenimento: efficace x la dip. da eroina;

2 dosaggi tra 60 e 100 mg/die sono più efficaci dei bassi dosaggi nel mantenere il pz. In trattamento e nel ridurre l' uso di eroina;

3 la buprenorfina (agonista parziale recettori  $\mu$  e antagonista rec. K degli oppiacei) ([quiz](#)) a

mantenimento è un trattamento efficace nella dip. da eroina ( dosaggio anti- astinenziale efficace: 4-8 mg/ die; anti-craving: 16-24 mg /die ).



**Cochrane**  
**Library**

# Considerazioni specifiche sul setting carcerario

1 Difficoltà pratiche di valutare la dipendenza e i rischi associati alla tossicità degli oppioidi all' inizio del trattamento;

2 lunghezza del periodo di carcerazione e possibilità di un rilascio inaspettato;

3 rischio di autolesionismo in ogni fase della carcerazione e di morte e overdose alla scarcerazione;



Dalla consensus panel del 2001 a Pietrasanta : sottopopolazioni di eroinomani da sottoporre in via prioritaria a trattamento con farmaci agonisti c' erano gli eroinomani detenuti: un' appropriata somministrazione metadonica riduce episodi di autolesionismo e di violenza in genere tra la popolazione carceraria;

l' eventuale terapia a scalare va fatta senza fretta, per minimizzare i disagi dell' astinenza e per evitare il ricorso alle benzodiazepine .

Inoltre, una severa astinenza in carcere crea un' avversione nei confronti dei trattamenti con f. agonisti che si ripercuote negativamente sia durante la carcerazione ( facilita il ricorso all' abuso di bdz con successivo problema del possibile circolo vizioso bdz → episodi autolesivi-----→ bdz, molto frequente soprattutto in era pre-metadonica), sia sulle scelte future di sottoporsi a trattamento con farmaci agonisti. Se detenuto è in carcere per breve periodo, conviene impostare o continuare un trattamento a mantenimento, onde evitare overdosi a ridosso della scarcerazione.

Altri autori hanno confermato le conclusioni della consensus panel:

- Maradiaga: J Subst. Abuse Treatment 2016 Mar 62: 49-54

Severa astinenza durante la carcerazione susseguente a rapida disintossicazione con il metadone determinava un' avversione negli eroinomani detenuti al farmaco che si ripercuoteva sulla loro futura decisione di sottoporsi a nuovo trattamento.

- Fox: Addict Sc. Cl. Practit. 2015 Jan 16; 10:2

Il trattamento a mantenimento con Buprenorfina era ritenuto accettabile dagli eroinomani detenuti; ma da ex detenuti erano riluttanti a intraprendere un nuovo trattamento soprattutto per la pratica della disintossicazione forzata in carcere;

- Rich: Lancet 2015 Jul 25; 386 (9991): 350-9

Disintoss. forzata dal metadone in carcere di detenuti eroinomani riduce la possibilità che essi, da liberi, intraprendano un nuovo trattamento.

Continuare un trattamento a mantenimento può contribuire a determinare un miglior ingaggio dei ppzz con i servizi di cura, riducendo le morti per overdose o per altri comportamenti a rischio dopo la scarcerazione.

## Da tener presente nei contesti carcerari:

- difficoltà nel valutare la dipendenza e i rischi associati alla tossicità da oppioidi all'inizio del trattamento
- lunghezza della carcerazione e possibilità di rilascio immediato;
- rischi di autolesionismo.

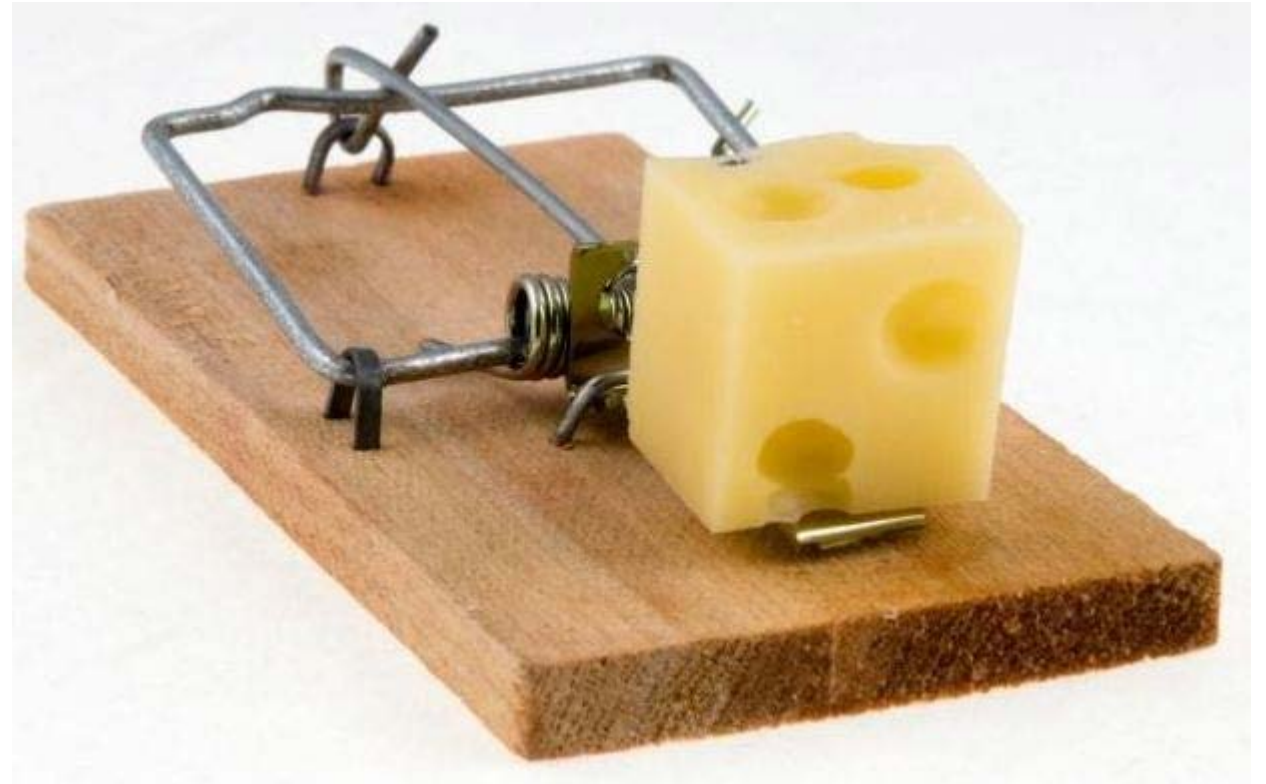
## Finalità generali trattamento con oppioidi è diverso in setting detentivo?

- eliminazione astinenza e controllo del craving
- ridurre il rischio di overdose
- ridurre i comportamenti a rischio
- rendere attuabili le altre parti del programma
- rendere possibile il trattamento delle patologie associate



# Alcune «trappole»

- Il mandato del carcere è la socio-riabilitazione
- il t.d. in carcere non vuole spesso il trattamento con farmaci agonisti o vuole scalare rapidamente il farmaco se proviene con il trattamento dalla libertà
- la terapia con oppioidi complica l'organizzazione del lavoro in carcere per l'alto rischio di diversione ( lo stesso rischio c'è pure per le bdz e perfino per l'alcool).



## **Benefici di un trattamento**

- Maggiori trattamenti all' uscita dal carcere;
- riduzione del rischio di overdose;
- riduzione dei tassi di reincarcerazione.

## **Rischi**

- Diversione del farmaco

# Accorgimenti per evitare la diversione del metadone

- Tenere i detenuti in trattamento isolati dagli altri per circa 30 m' dopo la somministrazione.
- Attenzione alle interazioni del metadone con:
  - alcool-bdz: azione deprimente sinergica sul SNC
  - neurolettici: potenziamento della sedazione
  - triciclici: ipotensione ortostatica
  - anticonvulsivanti( carbamazepina): riduz. Livelli ematici del metadone.

# Accorgimenti per evitare la diversione della buprenorfina

Triturazione della cp ( frequente diversione e/o il misuso per via iniettiva);

ispezione della bocca dopo l' assunzione.

n.b.: il pz va informato del fatto che per circa 15 m prima e dopo la somministrazione non deve bere né fumare.



# Dipendenza da alcol

In carcere il consumo di alcolici è strettamente regolamentato, ma non proibito. Il vino è distribuito in 2 confezioni giornaliere da 250 cc, tali da non creare, in teoria, situazione di intossicazione e/o l'instaurarsi di una dipendenza e, quindi, di una potenziale sindrome da astinenza alcolica.

## Cosa dice la letteratura sulla sindrome astinenziale da alcol e sul mantenimento dell'astinenza da alcol

Le bdz sono considerate i farmaci di prima scelta nel trattamento della SAA;

in alternativa, diversi studi clinici (Leone, 2010; Skala, 2014; Keating, 2014) hanno evidenziato la stessa efficacia clinica del sodio oxibato (= Alcover) nel risolvere la SAA rispetto alle bdz (dosaggio abituale: 50-100 mg/kg/die ogni 4 ore per 3 giorni)

Il sodio oxibato, (s.o.) modulatore GABA<sub>B</sub>-ergico e in grado di interferire con l'attività cerebrale di dopamina, serotonina, acetilcolina e degli oppioidi, producendo effetti alcol-mimetici, riduce il craving per l'alcol.

Diversi studi dimostrano che il 30-60% dei ppzz trattati con sodio oxibato mantiene completa astinenza per 3-6 mesi di trattamento (Leone, 2010; Skala, 2014; Keating, 2014).

Inoltre uno studio clinico ha dimostrato l'efficacia del s.o. indipendentemente dalla tipologia di alcolismo, con prevalenza di successo in persone con disturbo d'ansia. Dosaggio consigliato: 50 mg/kg/die per os, suddivisi in 3-6 somministrazioni, per 3-12 mesi.



**ALCOVER® 17,5% Soluzione Orale**

**sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico**

**12 Flaconi 10 ml - USO ORALE**

ALCOVER® 17,5% Soluzione Orale  
USO ORALE

sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico

LEGGERE ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI ACCLUSE  
NELL'INTROITO DELLA PORTATA E DALLA VISTA DEI BARBARI  
PRESCRIZIONE DI RICETTA MEDICA UTILIZZABILE UNA VEC  
Articolo del DPR 309/90 - Tabella II Sezione I

conservare il prodotto in confezione  
originali.

CONTENERI NELL'AMBIENTE. Per l'uso  
conservare il prodotto in confezione  
originali.

920716  
Lotto n. 0007427  
Scad. 12 2013

ALCOVER® 17,5%  
Flacone 10 ml - USO ORALE

sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico

ATTENZIONE PER L'USO LIBERO  
TENERE IL MEDICINALE LONTANO  
DA VENDERSI DIETRO PRESERVA  
Medicinale soggetto alla disciplina  
dell'articolo 1 del DPR 309/90 - Tabella II Sezione I

La data di scadenza indicata  
correttamente conservato.  
DOPO L'USO NON DISPORRE  
del prodotto utilizzare gli appositi  
contenitori.

CONTENERI NELL'AMBIENTE. Per l'uso  
conservare il prodotto in confezione  
originali.

ALCOVER® 17,5% Soluzione Orale  
USO ORALE

sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico

LEGGERE ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI ACCLUSE  
NELL'INTROITO DELLA PORTATA E DALLA VISTA DEI BARBARI  
PRESCRIZIONE DI RICETTA MEDICA UTILIZZABILE UNA VEC  
Articolo del DPR 309/90 - Tabella II Sezione I

conservare il prodotto in confezione  
originali.

CONTENERI NELL'AMBIENTE. Per l'uso  
conservare il prodotto in confezione  
originali.



# politico per una legislazione che inverta la rotta

Come invertire la rotta dal penale al sociale?

-affrontare il nodo della diagnosi per l' accesso alle misure alternative;

a Milano accordo tra sers e magistratura con due modelli diagnostici: A e B; il primo è sull' attualità della T.d.; il secondo certifica la riattualizzazione della T.d.;

-evitare l' ingresso in carcere;

è fondamentale che il tossicod. al primo reato sia indirizzato subito verso le pene alternative;

-rendere il tempo del carcere comunque un tempo di cura:

a. assicurare continuità di trattamento o presa in carico;

b. favorire la cura di sé : eventuali patologie correlate;

c. avviare percorsi di custodia attenuata;

d. percorsi socio-riabilitativi per il dopo carcere;

e. evitare le overdosi alla scarcerazione

Tutto ciò impone una revisione della normativa esistente, in più di una direzione: dalla riforma del processo penale (non bisogna mai dimenticare il fatto che il 60% dei detenuti è in attesa di giudizio, e che il ricorso alla custodia cautelare si abbina alla lunghezza dell'attesa e della celebrazione del processo), alle modifiche della legge sull'immigrazione là dove i migranti sono discriminati rispetto all'uguaglianza del diritto nei confronti dei cittadini italiani, alla soppressione dell'ex Cirielli nella parte riguardante la recidiva, all'abolizione della Fini-Giovanardi nel correttivo posto alla 309.



Grazie per l'  
attenzione