

La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico

Introduzione

**Descrizione dello studio
e caratteristiche
socio-demografiche
della popolazione arruolata**

**Lo stato di salute
della popolazione detenuta**

I disturbi psichici

**Le malattie
dell'apparato digerente**

**Diagnosi infettive
e parassitarie**

Le altre malattie croniche

Il rischio suicidario

**Lo stato di salute
delle persone che accedono
per la prima volta al carcere**

I minori detenuti

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

La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico

Coordinamento

Teresa Di Fiandra	Direzione generale della Prevenzione sanitaria Ministero della Salute
Fabio Voller	Settore sociale - Osservatorio di Epidemiologia Agenzia regionale di Sanità della Toscana

Autori *(in ordine alfabetico)*

Giorgio Bazzlerla	UO Cure primarie Distretto Nord Azienda ULSS 9 Treviso - Veneto
Eleonora Fanti	Settore sociale - Osservatorio di Epidemiologia Agenzia regionale di Sanità della Toscana
Fabio Ferrari	SS Servizio Disabili Azienda USL 5 "Spezzini" La Spezia - Liguria
Marco Grignani	Dipartimento Salute mentale Azienda USL 1 Umbria
Sandro Libianchi	UO Medica Casa di reclusione e 3a Casa circ.le Rebibbia - Lazio
Gianrocco Martino	Settore sociale - Osservatorio di Epidemiologia Agenzia regionale di Sanità della Toscana
Antonio Maria Pagano	Superamento OPG e Salute mentale in carcere Azienda sanitaria locale Salerno
Franco Scarpa	UOC Salute in carcere Azienda USL 11 Empoli - Toscana
Caterina Silvestri	Settore sociale - Osservatorio di Epidemiologia Agenzia regionale di Sanità della Toscana
Cristina Stasi	Settore sociale - Osservatorio di Epidemiologia Agenzia regionale di Sanità della Toscana

Ringraziamenti

Barbara Trambusti, Mariarita Caciolli, Daniela Matarrese (Regione Toscana); Graziella Giusto, Renato Urciuoli, Sergio Schiaffino (Regione Liguria); Roberta Antonelli, Daniele Poletti (Regione Umbria); Silvia Gentile (Regione Lazio); Lorenzo Rampazzo (Regione Veneto)

Editing

Elena Marchini

Comunicazione e Informazione
Agenzia regionale di Sanità della Toscana

Impaginazione

Caterina Baldocchi

Comunicazione e Informazione
Agenzia regionale di Sanità della Toscana

Indice

Il Documento in sintesi	pag. 7
Premessa	11
Capitolo 1 - Introduzione	13
1.1 Salute in carcere: le premesse	15
1.2 I cambiamenti normativi degli ultimi anni e l'impatto sul fenomeno del sovraffollamento in carcere	17
1.3 I precedenti studi realizzati in Italia	21
Capitolo 2 - Descrizione dello studio e caratteristiche socio-demografiche della popolazione arruolata	27
2.1 Il protocollo di studio	29
2.2 La popolazione arruolata	31
2.2.1 Italia	31
2.2.2 Veneto	38
2.2.3 Liguria	40
2.2.4 Toscana	42
2.2.5 Umbria	44
2.2.6 Lazio	46
2.2.7 Azienda sanitaria locale Salerno	48
Capitolo 3 - Lo stato di salute della popolazione detenuta	51
3.1 Alcuni stili di vita a rischio: consumo di tabacco e peso corporeo	53
3.2 Distribuzione delle patologie per grandi gruppi di malattie	56
3.3 Il trattamento farmacologico	65
Capitolo 4 - I disturbi psichici	73
4.1 I disturbi mentali da dipendenza da sostanze	83
4.2 Il trattamento farmacologico dei disturbi psichici	88
Capitolo 5 - Le malattie dell'apparato digerente	105
5.1 Il trattamento farmacologico delle malattie dell'apparato digerente	111
Capitolo 6 - Diagnosi infettive e parassitarie	119
6.1 Le epatiti virali	123
6.1.1 Il trattamento farmacologico delle epatiti virali	127
6.2 L'infezione da HIV	130
6.3 L'infezione tubercolare	132
6.4 L'infezione da <i>Treponema pallidum</i>	134

Capitolo 7 - Le altre malattie croniche	143
7.1 Le malattie del sistema circolatorio	145
7.1.1 Il trattamento farmacologico delle malattie del sistema circolatorio	148
7.2 Le malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	156
7.2.1 Il trattamento farmacologico delle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	159
7.3 Le malattie dell'apparato respiratorio	167
7.3.1 Il trattamento farmacologico delle malattie dell'apparato respiratorio	170
Capitolo 8 - Il rischio suicidario	179
8.1 Il tentato suicidio e gli atti di autolesione	184
8.2 Il percorso per l'individuazione precoce del rischio suicidario fra i nuovi giunti da libertà	192
8.3 I risultati dello studio pilota svolto in 6 strutture detentive italiane	197
Capitolo 9 - Lo stato di salute delle persone che accedono per la prima volta al carcere	205
Capitolo 10 - I minori detenuti	211
10.1 Caratteristiche generali	213
10.2 La salute dei minori	215

Il Documento in sintesi

A seguito dei recenti provvedimenti legislativi sulle carceri, emanati per far fronte al gravoso problema del sovraffollamento in un decennio caratterizzato da profondi cambiamenti normativi, il primo capitolo analizza dettagliatamente i recenti studi scientifici internazionali e italiani condotti sulla popolazione detenuta.

Nel secondo capitolo viene illustrato il protocollo di studio adottato e le informazioni rilevate attraverso lo strumento informatizzato costruito appositamente per la rilevazione. A questo si aggiunge l'accurata descrizione della popolazione arruolata. Complessivamente, su 17.086 detenuti adulti censiti alla data indice del 3 febbraio 2014, hanno partecipato all'indagine 15.751 persone, per una copertura totale pari al 92,2% del campione. La popolazione detenuta, com'è noto, è composta prevalentemente da uomini e anche la nostra coorte ne risulta rappresentata per il 94,2%. In accordo con precedenti studi, si conferma la giovane età media di questa popolazione, che risulta essere di 39,6 anni, con la fascia di età compresa tra i 30 e i 49 anni includente il 60% circa del totale dei detenuti. La nazionalità straniera costituisce il 46,3% del campione, pur con notevoli differenze a seconda della regione considerata. La popolazione nordafricana ed estereuropea si confermano le più rappresentate.

Il terzo capitolo parte dall'analisi dei principali fattori di rischio che intervengono in molte malattie croniche, come fumo e indice di massa corporea, oltre a prendere in considerazione il problema della sedentarietà, ovviamente obbligata, all'interno delle strutture detentive. La prevalenza del fumo di tabacco tra i detenuti è superiore al 70%, notevolmente più alta rispetto a quella registrata nella popolazione generale, e il numero medio di sigarette fumate al giorno è di circa 18. Anche per quanto riguarda il peso corporeo si rileva un valore lievemente più alto di persone obese fra i detenuti (+3% circa) rispetto a quanto osservato nella popolazione libera. Una volta descritti i principali fattori di rischio, il capitolo affronta il tema della salute facendo una prima distinzione fra persone che risultano affette da almeno una condizione patologica, anche non grave, e coloro che risultano in assenza di qualsiasi disturbo. Il primo gruppo, che rappresenta il 67,5% dei detenuti visitati, mostra notevoli differenze a seconda della regione considerata, della fascia di età e della nazionalità del detenuto. A questo fa seguito la suddivisione per grande gruppo di malattie codificate in base al sistema della Classificazione internazionale delle malattie - 9ª revisione - modifica clinica, dalla quale emerge l'importanza che ricoprono, nella popolazione detenuta, i disturbi psichici, le malattie infettive e quelle dell'apparato digerente. Oltre alle diagnosi di malattia, è stata condotta un'analisi anche sui farmaci prescritti all'interno delle carceri. In questo caso, i dati mostrano che il 52,7% dei detenuti arruolati nello studio ha assunto almeno un farmaco durante la nostra rilevazione, percentuale che sale al 78% se consideriamo le persone risultate affette da almeno una condizione patologica.

Il quarto capitolo approfondisce il gruppo di malattie più diffuso all'interno delle carceri: i disturbi psichici. Tale evidenza è ormai nota da decenni nell'ambito scientifico ed è stata ampiamente confermata anche nel nostro lavoro. Oltre il 40% dei detenuti arruolati è risultato essere affetto da almeno una patologia psichiatrica, con differenze notevoli a seconda della regione considerata. Il disturbo mentale più frequentemente diagnosticato è stato quello legato alla dipendenza da sostanze, che ha interessato oltre il 57% del totale dei partecipanti affetti da almeno un disturbo psichico. Successivamente, sono stati presi in considerazione anche gli altri tipi di disturbo psichico, riportando le differenze di prevalenza relative al genere, alla fascia di età e al gruppo etnico di appartenenza. È stata condotta anche un'analisi sui farmaci psicotropi prescritti, quali ansiolitici, antipsicotici, antiepilettici, antidepressivi, ipnotico-sedativi e farmaci per il trattamento delle dipendenze. Particolare attenzione è stata rivolta all'utilizzo di alcune categorie farmacologiche (benzodiazepine e farmaci per il trattamento delle dipendenze) nei detenuti con disturbi mentali da dipendenza da sostanze, a causa dei possibili effetti collaterali legati alla politerapia in questi soggetti.

Nel quinto capitolo si analizza l'andamento nella popolazione detenuta delle malattie dell'apparato gastrointestinale, che si collocano al secondo posto, dopo le patologie psichiatriche, per numero di diagnosi riscontrate, affliggendo il 14,5% di tutte le persone sottoposte a visita. Si sottolinea come circa il 40% dei disturbi di questo grande gruppo di malattie sia costituito dalle patologie dei denti e del cavo orale, storicamente estremamente diffuse all'interno delle strutture penitenziarie a causa della scarsa attenzione rivolta all'igiene orale da parte dei detenuti e a stili di vita non corretti (assunzione di sostanze stupefacenti e abitudine a fumo e alcol), e il 37,5% sia rappresentato da esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali, spesso legate allo stress, ad una dieta non equilibrata, al fumo, all'alcol e anche all'utilizzo eccessivo di alcuni farmaci, come gli anti-infiammatori non steroidei.

Il sesto capitolo tratta delle malattie infettive e parassitarie, che colpiscono l'11,5% di tutti i detenuti sottoposti a visita, confermando di essere un gruppo di patologie ad alta prevalenza nella popolazione detenuta. In particolare, l'epatite C costituisce la malattia infettiva più diffusa all'interno delle strutture penitenziarie partecipanti al nostro studio, con una prevalenza del 7,4%, seguita da epatite B e AIDS che colpiscono, entrambe, il 2% degli arruolati; meno frequenti risultano essere, invece, patologie come tubercolosi e sifilide, che affliggono rispettivamente lo 0,6% e lo 0,5% del totale dei detenuti. Per tutte queste malattie sono state analizzate le differenze di distribuzione per quanto riguarda il genere, la fascia di età e la nazionalità, l'associazione con l'eventuale presenza del disturbo da dipendenza da sostanze e, infine, il rispettivo trattamento farmacologico, vale a dire l'utilizzo nelle carceri dei farmaci anti-epatite, anti-retrovirali e anti-tubercolari.

Nel settimo capitolo si prendono in considerazione le altre malattie croniche, come quelle del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio e quelle endocrine e del metabolismo, tutte patologie che molto spesso sono legate all'invecchiamento.

Complessivamente, queste condizioni morbose risultano essere meno diffuse nella popolazione detenuta, rispetto alla popolazione generale, per via della giovane età riscontrata nei detenuti. Tuttavia, si segnala una prevalenza piuttosto alta, per una popolazione sostanzialmente giovane come quella detenuta, di patologie quali l'ipertensione (7% circa degli arruolati), le dislipidemie (3,7%) e il diabete mellito tipo II (3,1%). Tale fenomeno, associato al fatto che alcuni fattori di rischio per le malattie croniche (abitudine al fumo di tabacco, sedentarietà e dieta non equilibrata) sono estremamente frequenti nella popolazione detenuta, mette in guardia sul rischio concreto di trovarsi, in un futuro molto prossimo, con un carico notevole di patologie croniche all'interno delle strutture detentive.

Nell'ottavo capitolo si affronta il tema del rischio suicidario nelle carceri che, ormai, rappresenta una vera e propria emergenza di salute, tanto che nel 2007 l'Organizzazione mondiale della sanità ha prodotto uno specifico report nel quale venivano presentati i principali fattori di rischio e le possibili azioni da attivare per contrastare il fenomeno. Nel nostro studio, oltre a rilevare le informazioni riguardanti i tentativi suicidari e gli atti autolesivi compiuti nel corso dell'ultimo anno di detenzione, è stato effettuato uno screening specifico avvalendoci di uno strumento ampiamente utilizzato in quest'ambito (scala di Blaauw). Lo screening, che prevedeva l'attuazione di uno specifico protocollo di attività multidisciplinari, è stato attivato su tutti i detenuti "nuovi giunti da libertà" con o senza precedenti reclusioni, che accedevano in 6 strutture detentive (una per regione partecipante) caratterizzate dall'alto numero di ingressi dall'esterno. Circa il 53% dei nuovi giunti arruolati e sottoposti a valutazione per il rischio suicidario è risultato positivo: in particolare le donne hanno mostrato un rischio maggiore (77% di loro risultate positive) mentre, riguardo alla nazionalità, la popolazione a maggior rischio è risultata essere quella italiana con il 62% dei nuovi giunti risultati positivi. Il 44% circa dei detenuti positivi alla scala di Blaauw presentava almeno una patologia e il 56% delle diagnosi rilevate in questi soggetti era rappresentato dai disturbi psichici, soprattutto dal disturbo da dipendenza da sostanze.

Il nono capitolo esamina lo stato di salute delle persone che accedono per la prima volta in carcere, prendendo in considerazione le visite di primo accesso svolte sui soggetti che per la prima volta arrivavano nell'ambiente detentivo e su di cui la variabile ambientale detentiva non poteva aver avuto un ruolo sull'eventuale condizione di malattia. Nonostante l'esiguo numero del campione (N=41), i risultati ottenuti sono stati piuttosto interessanti e hanno mostrato come i nuovi giunti siano mediamente più giovani rispetto alla popolazione detenuta (35,4 anni vs. 39,6 anni), per la maggior parte di nazionalità italiana e abbiano una minor abitudine al fumo di tabacco, tanto da far registrare una prevalenza di fumatori del 59,3%, rispetto a quella del 71% della popolazione detenuta arruolata nel nostro studio. Per quanto riguarda le condizioni di salute, soltanto il 23,6% delle persone sono risultate affette da almeno una patologia, rispetto al valore del 67,5% rilevato nei detenuti della coorte. A far la parte del leone

ancora i disturbi psichici, con il 56% circa sul totale delle diagnosi di malattia riscontrate rappresentate, prevalentemente, da disturbi nevrotici o da dipendenza da sostanze.

Nel decimo capitolo vengono illustrati i risultati ottenuti sulla popolazione minorile detenuta. Nel nostro studio sono state coinvolte 6 strutture detentive per minori, per un totale di 86 detenuti minorenni (65% ragazzi e 35% ragazze). L'età media di questa popolazione è di circa 17 anni e il gruppo etnico più rappresentato è quello proveniente dall'Europa dell'Est (45% circa, con una percentuale che sfiora l'80% per quanto riguarda le femmine). Il livello scolastico è risultato essere molto basso, con il 20% dei ragazzi che non ha conseguito alcun titolo di studio, suggerendo il fatto che gran parte di questi ragazzi sfugge al controllo sociale, vivendo spesso in un grave stato di abbandono non solo familiare ma anche istituzionale. Circa il 40% del totale dei minori arruolati ha manifestato almeno una malattia, in particolar modo sono risultate essere maggiormente frequenti le patologie psichiatriche, coinvolgendo il 18,6% dei minorenni detenuti. Da sottolineare come si siano verificati 10 gesti autolesivi e 2 tentati suicidi in questo gruppo di persone, un fenomeno che evidenzia la necessità di intervenire, ancor più che nella popolazione detenuta adulta, con azioni volte a favorire il recupero sociale di questi soggetti.

Si segnala, infine, che nei capitoli di approfondimento dei grandi gruppi di malattie (disturbi psichici, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie infettive e parassitarie, malattie del sistema circolatorio, malattie endocrine e del metabolismo, malattie dell'apparato respiratorio) sono riportate le tabelle per ogni regione partecipante allo studio, relative alla prevalenza di tali patologie nei detenuti, alla distribuzione delle diagnosi e alla prescrizione dei farmaci ad esse associati.

Premessa

Occuparsi della salute dei detenuti e della loro tutela sanitaria è cruciale per numerosi motivi. In primo luogo occuparsi della salute delle persone detenute equivale a mettere in atto interventi di salute pubblica nella accezione più ampia del termine.

Molti studi internazionali hanno dimostrato, infatti, come la popolazione detenuta sia caratterizzata da un'alta prevalenza di persone con gravi condizioni di salute e, nonostante si tratti di una popolazione anagraficamente giovane, vi si rileva una prevalenza nettamente superiore, rispetto alla popolazione generale, di disturbi psichici, di dipendenza da sostanze psicotrope, di malattie infettive e di alcune patologie croniche, soprattutto a carico dell'apparato gastrointestinale. Sappiamo, inoltre, che la maggior parte dei detenuti tornerà libera, portando con sé malattie che potranno potenzialmente rappresentare un rischio per la salute di tutta la comunità, aggiungendo malattia al carico di malattia già presente. Deve quindi esserci un interesse stringente affinché questo spaccato di popolazione riceva trattamenti e cure appropriate per qualsiasi disturbo, disagio o malattia manifesti.

Il secondo motivo è, se possibile, ancora più importante: coloro che sono deputati a garantire l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri sono, a tutti gli effetti, impegnati a ridurre le disuguaglianze di salute nella nostra società. È un dato di fatto che la maggioranza dei detenuti proviene dagli strati socialmente ed economicamente più poveri della collettività, ed è caratterizzata da un grado di deprivazione materiale e psicologica incomparabilmente più alto rispetto a quello della popolazione generale. L'ingresso in carcere di questo tipo di popolazione rappresenta, spesso, la prima vera occasione per ricevere un livello e una tipologia di nutrizione adeguati e/o la possibilità di ridurre la vulnerabilità dal punto di vista sanitario. Fornire assistenza sanitaria adeguata in carcere, quindi, può rappresentare davvero uno degli avamposti della lotta alle disuguaglianze di salute nella nostra società.

Per programmare interventi sanitari adeguati è necessario, però, conoscere approfonditamente quali siano i bisogni di salute della popolazione detenuta, e questo diviene tanto più vero in un Paese come l'Italia, dove la composizione socio-demografica dei detenuti all'interno delle carceri è molto differenziata, variabile da regione a regione, con la metà dei soggetti proveniente da paesi stranieri a forte svantaggio economico e sociale, con i bisogni di salute che sono stratificati in modo diverso anche in relazione alla gravità della patologia.

Nella maggior parte dei casi, purtroppo, i dati di salute provenienti dal sistema penitenziario italiano, in assenza di strumenti informatizzati ad ampia diffusione, sono stati ricavati attraverso indagini ad hoc che hanno riportato spaccati spesso parziali, oppure sono stati estrapolati da grandi studi internazionali, proiettando i loro risultati sul nostro paese.

È in questo contesto che il Ministero della salute, nell'ambito delle progettualità del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), ha finanziato la prima indagine epidemiologica sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e dell'Azienda sanitaria di Salerno. Questo studio, che ha visto la Regione Toscana come capofila e l'Agenzia regionale di sanità della Toscana come referente scientifico, ha avuto il preciso obiettivo di fornire un quadro dettagliato dei bisogni di salute

di oltre 15.000 detenuti (arruolati nel 2014) presenti in 57 strutture (quasi il 30% del totale nazionale degli istituti) e dei trattamenti farmacologici a loro prescritti.

Il progetto ha inoltre previsto un intervento specifico di prevenzione del rischio suicidario in un campione di detenuti delle 6 regioni coinvolte, e in questo documento viene presentata un'ampia sintesi dei risultati.

Lavorare su questa tematica è stato particolarmente importante, poiché è noto come il problema dei suicidi e dei tentati suicidi all'interno delle strutture carcerarie sia divenuto ormai un'emergenza di salute, tanto che il Tavolo permanente per la sanità penitenziaria presso la Conferenza unificata ha prodotto un documento, approvato come Accordo nel gennaio 2012, che fornisce linee di indirizzo per affrontare in modo integrato e unitario la tematica.

D'altronde, fin dal 2007 l'Organizzazione mondiale della sanità ha dedicato allo stesso argomento un focus specifico nel quale venivano presentati i principali fattori di rischio e le possibili azioni preventive da attivare.

Proprio a questo repertorio di azioni e alle indicazioni dell'Accordo, il gruppo di lavoro si è ispirato per programmare gli interventi, adattandoli al contesto delle carceri dove sono stati sperimentati.

Un piccolo ma significativo successo del progetto può essere già rappresentato dal fatto che in quel campione di detenuti a rischio non si siano verificati tentativi di suicidio.

Rispetto agli obiettivi iniziali, ciò a cui questa ricerca ha corrisposto è certamente la descrizione puntuale di quale sia lo stato di salute dei nostri detenuti; quello a cui ha risposto in modo parziale è, invece, la domanda se il carcere sia un ambiente patogeno: essendo il nostro uno studio di coorte puntuale, basato su analisi della documentazione medica che non ha seguito in modo prospettico l'evolversi dello stato di salute della popolazione detenuta, non possiamo fornire risposte conclusive in tal senso. Quello che è comunque emerso, e che abbiamo cercato di evidenziare rispetto a un sottogruppo di soggetti che era alla prima esperienza detentiva, è come questi ultimi si presentino al primo ingresso con un carico di malattia piuttosto evidente, ma sicuramente meno rilevante di quello che caratterizza la popolazione già detenuta.

Ci preme infine ricordare che senza la collaborazione del personale sanitario che lavora nel contesto penitenziario, che ha fornito tutte queste preziose informazioni, e senza la fattiva collaborazione del gruppo di lavoro delle 6 regioni coinvolte, con il quale sono stati concordati obiettivi, tempi e metodiche della rilevazione, questo studio non sarebbe stato possibile.

Considerata la presenza piuttosto esigua di lavori nazionali su questa tematica e vista la numerosità del nostro campione, possiamo affermare con soddisfazione che questa ricerca rappresenta qualcosa di veramente significativo nella realtà italiana e si pone come una base di partenza fondamentale per ulteriori approfondimenti, che riteniamo necessari e auspichiamo vivamente.

Fabio Voller
Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana

Teresa di Fiandra
DG Prevenzione sanitaria
Ministero della Salute

Capitolo 1

Introduzione

Il progetto CCM

**I cambiamenti
normativi**

**I precedenti studi
realizzati in Italia**

1. Introduzione

1.1 Salute in carcere: le premesse

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), istituito nel 2004 con lo scopo di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse e al bioterrorismo, è un organismo di coordinamento tra il Ministero della salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze.

In questi anni il CCM si è costruito un proprio profilo che lo colloca come un organismo unico nel panorama della sanità pubblica italiana, caratterizzato da: una missione esplicita, rappresentata dalla promozione di tutti i livelli di prevenzione nel Paese attraverso strategie e interventi la cui efficacia è dimostrata da solidi dati scientifici;

- una modalità di lavoro per progetti, con obiettivi, procedure, responsabilità, risorse e tempi di realizzazione definiti;
- una sistematica promozione del confronto all'interno dei suoi organi collegiali consultivi e la cooperazione con i tavoli tecnici delle Regioni;
- un'appropriata collocazione nel panorama della sanità pubblica, che consente di connettere l'attività per progetti a quella istituzionale, collegando l'azione del sistema sanitario ai grandi network internazionali.

Il CCM opera ponendo attenzione alla coesione e all'equità, perché siano assicurate, in tutte le Regioni italiane, per tutti i cittadini, in ogni strato sociale, uguali possibilità di accesso agli interventi di prevenzione. Il CCM crea ponti tra il mondo della ricerca e le strutture sanitarie e tra le esperienze migliori e le realtà ancora in crescita, attivando partnership istituzionali e collaborazioni professionali.

Nell'ambito di queste attività, il CCM supporta il Ministero della salute nell'analisi del quadro epidemiologico, nell'identificazione e valutazione dei rischi per la salute umana derivanti da agenti infettivi, condizioni ambientali e fattori comportamentali, nell'individuazione delle misure di prevenzione e dei percorsi di continuità assistenziale e di integrazione sociosanitaria, nonché nella verifica dell'attuazione dei piani nazionali di sorveglianza e di prevenzione.

Nella realizzazione delle sue attività, il CCM promuove le pratiche di eccellenza, *evidence-based*, con lo scopo di diffondere i modelli operativi di interventi di prevenzione che abbiano dato i migliori risultati e di condividere le esperienze maturate, rinforzando in tal modo la rete della prevenzione in Italia.

Nel 2012, all'interno del programma di sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di "Guadagnare Salute" (Sorveglianza epidemiologica innovativa - Diseguaglianze di salute), è stato approvato il progetto esecutivo dal titolo "Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari", della durata di 2 anni, che vede il coinvolgimento di 6 Regioni italiane (Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria, ASL Salerno).

Svolgere un'attenta valutazione dello stato di salute della popolazione detenuta rappresenta il primo passo dell'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 aprile 2008 che ha attribuito completamente la tutela della salute di questi cittadini al Servizio sanitario nazionale (SSN), con conseguente passaggio di tutte le competenze dal Ministero della giustizia al Ministero della salute, rendendo equiparabile il trattamento di due popolazioni, quella carceraria e quella generale, che, pur avendo posizioni giuridiche diverse, mantengono legislativamente ed eticamente gli stessi diritti sanitari.

L'ambiente carcerario presenta notevoli problematiche. Il ritardo cronico nell'adeguamento delle infrastrutture, sia sanitarie sia detentive, rende difficile il corretto trattamento di alcune patologie facilitando, anzi, il propagarsi di forme infettive, mentre la mancanza di strumentazioni in linea con quelle presenti a livello territoriale/ospedaliero, obbliga spesso il trasferimento del detenuto in ambito extra-carcerario, con conseguente ritardo diagnostico e terapeutico. L'assenza di un sistema di informatizzazione in numerose strutture detentive italiane, che per anni ha costretto il personale sanitario a svolgere il proprio lavoro in modo obsoleto, rende molto difficile il monitoraggio dello stato di salute e del trattamento dei reclusi. Inoltre, il problema dei suicidi e dei tentati suicidi all'interno delle carceri è divenuto ormai un'emergenza di salute e la predisposizione di misure preventive idonee rappresenta una priorità assoluta.

Da alcuni anni è stato attivato in Italia un tavolo interregionale che, avvalendosi della collaborazione di professionisti appartenenti al Ministero della salute e al Ministero della giustizia, ha l'obiettivo di elaborare uno strumento clinico utilizzabile in tutte le strutture penitenziarie nazionali, vale a dire la cartella informatizzata che, oltre a migliorare il percorso sanitario, faciliterebbe la trasmissione delle informazioni cliniche da un istituto all'altro, garantendo la continuità assistenziale del detenuto durante i frequenti trasferimenti. In attesa dell'adeguamento informatico, che sta subendo notevoli ritardi, la Regione Toscana ha svolto uno studio in collaborazione con il personale sanitario delle strutture detentive presenti sul proprio territorio attraverso il quale, grazie alla predisposizione di una scheda clinica informatizzata, è stato possibile delineare lo stato di salute dei detenuti classificando le patologie attraverso la codifica ICD-9-CM¹ e i trattamenti farmacologici associati utilizzando il sistema di classificazione ATC^{2,3}, i cui risultati sono stati resi noti in alcune pubblicazioni⁴. L'interesse che le altre regioni hanno mostrato nei confronti di questo studio ha reso possibile l'istituzione di un gruppo di lavoro più ampio che ha trovato, nel progetto CCM, la possibilità di strutturare un sistema di rilevazione omogeneo in tutti i territori che permettesse un primo confronto nazionale.

1 *International Classification of Diseases – 9th Revision – Clinical Modification*: Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione – modifica clinica.

2 *Anatomical Therapeutic Chemical classification system*: sistema di classificazione Anatomico terapeutico e chimico.

3 Voller F, Silvestri C, Orsini C, et al. *Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana*. *Epidemiologia&Prevenzione* 2011; 35 35(5-6): 297-306.

4 Agenzia regionale di sanità della Toscana. *La salute dei detenuti in Toscana*. Collana documenti ARS 2013; 71.

Infine, riprendendo uno degli obiettivi definiti dal d.p.c.m. 1 aprile 2008, vale a dire la “Riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l’individuazione dei fattori di rischio” e in linea con quanto sancito dall’accordo Stato-Regioni 19 gennaio 2012 “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”, la costruzione di un sistema di rilevazione in grado di identificare i fattori di rischio e proporre un intervento di prevenzione del suicidio in carcere^{5,6,7,8}. Questo, trattando aspetti sia sanitari sia strutturali, oltre a garantire l’attivazione di interventi efficaci in linea con quanto dichiarato dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nel 2007 all’interno dello specifico documento “La prevenzione del suicidio nelle carceri”⁹, aveva l’ambizione di rappresentare una spinta verso il rafforzamento del dialogo tra i due Ministeri coinvolti (Giustizia e Sanità). L’elaborazione e l’attuazione di linee guida per la prevenzione del suicidio, la numerosa letteratura sull’argomento e gli atti già presenti in alcune Regioni, hanno favorito la stesura di un intervento condiviso applicato in contesti detentivi diversi.

1.2 I cambiamenti normativi degli ultimi anni e l’impatto sul fenomeno del sovraffollamento in carcere

La tutela della salute nelle carceri è stata una delle materie più controverse fin dall’istituzione dell’ordinamento penitenziario e spesso oggetto di acceso dibattito. La responsabilità della gestione e l’organizzazione dei servizi sanitari interni alle strutture detentive è stata per tanti anni fermamente incardinata nel Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria, afferente al Ministero della giustizia.

Le ragioni di questa scelta sono da ricercare nel parere del Consiglio di Stato che sul finire degli anni ‘80 confermò l’esclusiva competenza dell’Amministrazione penitenziaria in tema di assistenza sanitaria delle persone recluse, ritenendola “tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario”¹⁰. Tale formula era legata alla convinzione di considerare la salute della persona detenuta come parte imprescindibile e propedeutica di qualsiasi forma di trattamento psico-sociale e di recupero. Vi era, inoltre, il timore che la perdita di autorità da parte delle

5 Dipartimento Amministrazione penitenziaria (DAP). *Emergenza suicidi – Istituzione unità di ascolto di Polizia penitenziaria*. GDAP-0032296-2010.

6 Dipartimento Amministrazione penitenziaria (DAP). *Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni autoaggressivi*. GDAP-0177644-2010.

7 Deliberazione di Giunta regionale Toscana del 03-10-2011, n. 842.

8 Conferenza unificata, Accordo Stato-Regioni 19 gennaio 2012 (*Accordo, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 1997, n.281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”*). (Rep. N. 5/CU) (12°01259).

9 World Health Organization – International Association for Suicide Prevention (IASP). *La prevenzione del suicidio nelle carceri*. Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO 2007.

10 Consiglio di Stato, Sez. III, 7.7.1987.

direzioni delle carceri, e quindi del Ministero della giustizia, a favore delle ASL su un settore così importante potesse determinare come conseguenza una minaccia per la sicurezza e l'ordine degli istituti penitenziari.

Tuttavia, nel corso degli anni '90 cominciarono a svilupparsi numerose teorie sull'opportunità di trasferire le competenze sanitarie penitenziarie all'SSN, sulla scia di alcune esperienze positive intraprese e sviluppate a livello locale coinvolgendo, a più livelli, autorità politiche, sindacati e servizi di volontariato. Questo movimento portò all'emanazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, che sancì uno storico passaggio (seppure avvenuto in maniera parziale): nel decreto era evidente il principio della separazione delle competenze tra le ASL e Amministrazione penitenziaria, dove le prime provvedevano in maniera diretta alla gestione dell'assistenza sanitaria dei detenuti, erogando le prestazioni attraverso il controllo dei servizi sanitari all'interno delle strutture detentive, mentre la seconda era garante della sicurezza, mettendo a disposizione le proprie strutture, attrezzature e risorse finanziarie¹¹. Trattandosi di un provvedimento rivoluzionario, fu prevista una prima fase sperimentale che trasferì all'SSN le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti (e agli internati) tossicodipendenti.

Con l'entrata in vigore del d.p.c.m. 1 aprile 2008 le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali sono state trasferite all'SSN e quindi a Regioni e ASL. La nuova legge completa il passaggio di consegne iniziato con il d.lgs. 230/1999, in quanto il trasferimento include anche gli arredi, le attrezzature e tutti gli altri beni strumentali di proprietà dell'Amministrazione penitenziaria, nonché quello delle risorse finanziarie, iscritte al Fondo sanitario nazionale¹².

Negli ultimi anni, un'altra legge ha avuto un forte impatto sul sistema carcerario italiano, ovvero quella del 21 febbraio 2006, n. 49 (conosciuta anche come "legge Fini-Giovanardi" poiché fortemente voluta da Gianfranco Fini e Carlo Giovanardi). Tale provvedimento ha modificato la normativa in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, caratterizzandosi per l'inasprimento delle sanzioni relative alle condotte di produzione, traffico, detenzione illecita ed uso di tali sostanze e per la contestuale abolizione di ogni distinzione tra droghe leggere, quali la cannabis, e droghe pesanti, quali eroina o cocaina¹³.

Ad oggi, una delle ragioni del sovraffollamento delle carceri può essere sicuramente ricondotta alla modifica di questa normativa: circa un soggetto su tre entra in carcere

11 Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 (*Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419*). Gazzetta ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 – Supplemento ordinario n. 132.

12 Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 aprile 2008 (*Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*). Gazzetta ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008.

13 Legge 21 febbraio 2006, n. 49 (*Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi*). Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27 febbraio 2006 – Supplemento ordinario n. 45.

ogni anno per detenzione di sostanze stupefacenti (il 28% nel 2006, più del 32% nel 2012), le denunce per detenzione o associazione finalizzata al traffico illecito di cannabinoidi sono state 15.347 nel 2013 (circa il 46% sul totale, con un incremento del 35% rispetto al 2005), mentre nel 2011 le persone sottoposte a procedimento penale per i principali reati previsti dalla normativa sono state circa 225mila a fronte delle circa 185mila del 2005 (+21,5%)¹⁴.

Il risultato in questi anni è stato quello di riempire le carceri di un numero medio annuo di circa 12-14mila persone per il solo possesso di quantità superiori ai limiti consentiti: non essendo tossicodipendenti, non potevano accedere alle misure alternative alla detenzione previste, invece, per chi lo era. Sono stati così colpiti in maniera durissima soprattutto i possessori di piccole quantità di sostanze oltre i limiti stabiliti dalle tabelle o i piccoli spacciatori di cannabinoidi, che rappresentano una quota importante dei soggetti ancora sotto processo o già giudicati¹⁰.

Nel febbraio 2014 la legge Fini-Giovanardi è stata decretata incostituzionale da una sentenza della Corte costituzionale e quindi abrogata¹⁵, con il ritorno in vigore per alcuni mesi della legge precedente, la Jervolino-Vassalli, che prevedeva la differenza tra droghe leggere e pesanti con pene più basse per le prime e nessuna punibilità per l'uso personale¹⁶.

Successivamente, nel maggio 2014, è stato pubblicato sulla Gazzetta ufficiale l'aggiornamento del decreto, nella versione approvata dal governo Renzi: viene reintrodotta la differenza tra droghe leggere e pesanti, con pene più basse, soprattutto per i consumatori e i possessori di cannabinoidi. Vengono introdotte sanzioni più basse per lo spaccio di lieve entità e l'arresto è possibile solo in caso di flagranza. Il reato di spaccio (non il traffico di grosse quantità) non distingue invece tra droghe leggere e pesanti, demandando al giudice la decisione che può applicare, anziché detenzione e multa, la pena del lavoro di pubblica utilità, onde alleggerire il fenomeno del sovraffollamento carcerario. La sanzione alternativa è revocabile se si violano gli obblighi connessi al lavoro e non può sostituire la pena per più di due volte. L'acquisto o la detenzione di sostanze per uso personale non ha più rilevanza penale e permangono solo le sanzioni amministrative (sospensione della patente, del porto d'armi, del passaporto o del permesso di soggiorno) che avranno però durata variabile a seconda che si tratti di droghe pesanti (da 2 mesi a un anno) o leggere (da uno a 3 mesi). Al Ministero della salute, al Consiglio superiore di sanità e alle amministrazioni locali spettano sempre le applicazioni pratiche delle tabelle e delle norme¹⁷.

14 5° Libro Bianco sulla legge Fini-Giovanardi. Edizione 2014 sui dati 2013. http://www.cesdop.it/public/download/V_libro_bianco_2014.pdf

15 Corte costituzionale. Sentenza n. 32 del 12 febbraio 2014. Gazzetta Ufficiale del 5 marzo 2014.

16 Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (*Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*). Gazzetta ufficiale n. 255 del 31 ottobre 1990.

17 Legge 16 maggio 2014, n. 79 (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale*). Gazzetta Ufficiale n. 115 del 20 maggio 2014.

Sempre nel 2014 sono state approvate una serie di leggi (cosiddetto pacchetto “Svuotacarceri”) con l’obiettivo di far fronte al problema relativo al sovraffollamento carcerario, cercando di diminuire, in maniera selettiva e non indiscriminata, il numero delle persone reclusi. Tutto ciò è stato necessario tenendo conto delle sollecitazioni provenienti sia dal Presidente della Repubblica, che aveva definito qualche mese prima “drammatica” la situazione nelle carceri italiane¹⁸, sia dalla Corte europea dei diritti dell’uomo, che aveva condannato il nostro Paese per il trattamento inumano riservato troppo spesso ai detenuti¹⁹.

Nel pacchetto legislativo si è previsto, tra le altre cose, uno sconto di pena (abbuono di un giorno ogni dieci passati in celle sovraffollate) ai detenuti reclusi in condizioni inumane per compensare la violazione della Convenzione europea sui diritti dell’uomo, il divieto di custodia cautelare in carcere in caso di pena non superiore ai 3 anni (ad esclusione dei delitti ad elevata pericolosità sociale come mafia, terrorismo, rapina, estorsione, furto in abitazione, stalking e maltrattamenti in famiglia e dei casi di mancanza di un luogo idoneo per i domiciliari), il divieto assoluto del carcere preventivo e dei domiciliari nei processi destinati a chiudersi con la sospensione condizionale della pena e l’estensione a 25 anni (anziché a 21) delle norme di favore previste dal diritto minorile sui provvedimenti restrittivi²⁰. Vengono inoltre rafforzati gli strumenti di tutela dei soggetti reclusi, in particolare viene istituita la figura del Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o comunque private della libertà personale e viene previsto un nuovo procedimento giurisdizionale davanti al magistrato di sorveglianza finalizzato a garantire la tutela di queste persone²¹. Infine cambia la norma relativa all’immigrazione clandestina, in quanto l’entrata in Italia senza un regolare visto non costituirà più un reato penale ma soltanto un illecito amministrativo (abrogato quindi il reato di clandestinità introdotto nel 2009 dal *Pacchetto Sicurezza*), mentre resterà comunque penalmente sanzionabile il reingresso nel Paese dopo un provvedimento di espulsione²².

18 *Messaggio alle Camere del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano sulla questione carceraria*. Roma, 08/10/2013: <http://www.quirinale.it/elementi/Continua.aspx?tipo=Discorso&key=2765>

19 *Sentenza della Corte europea dei diritti dell’uomo dell’8 gennaio 2013 - Ricorsi nn. 43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10 e 37818/10 - Torreggiani e altri c. Italia*. Corte europea dei diritti dell’uomo. Strasburgo, 8 gennaio 2013: http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_20_1.wp?contentId=SDU810042

20 Legge 11 agosto 2014, n. 117 (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 26 giugno 2014, n. 92, recante disposizioni urgenti in materia di rimedi risarcitori in favore dei detenuti e degli internati che hanno subito un trattamento in violazione dell’articolo 3 della convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali, nonché di modifiche al codice di procedura penale e alle disposizioni di attuazione, all’ordinamento del Corpo di polizia penitenziaria e all’ordinamento penitenziario, anche minorile*). Gazzetta ufficiale n. 192 del 20 agosto 2014.

21 Legge 21 febbraio 2014, n. 10 (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 dicembre 2013, n. 146, recante misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria*). Gazzetta Ufficiale n. 43 del 21 febbraio 2014.

22 Legge 28 aprile 2014, n. 67. (*Deleghe al Governo in materia di pene detentive non carcerarie e di riforma del sistema sanzionatorio. Disposizioni in materia di sospensione del procedimento con messa alla prova e nei confronti degli irreperibili*). Gazzetta Ufficiale n. 100 del 2 maggio 2014.

1.3 I precedenti studi realizzati in Italia

Attualmente, circa 10,2 milioni di persone risultano detenute negli istituti penitenziari di tutto il mondo: quasi la metà di queste si trovano negli Stati Uniti (2,2 milioni), in Cina (1,6 milioni) e in Russia (0,7 milioni). In aggiunta, almeno 650mila soggetti risultano essere in “detenzione amministrativa” nella stessa Cina e circa 150mila in Corea del Nord, portando il totale mondiale ad oltre 11 milioni di persone²³.

Nonostante l’elevata numerosità di tale popolazione, ad oggi la conoscenza sulle loro condizioni sanitarie appare molto limitata, basti pensare che le indagini nazionali finalizzate al monitoraggio dello stato di salute della popolazione generale, fra cui ad esempio la *National Health Interview Survey* (USA) o le indagini di popolazione svolte dall’ISTAT in Italia, escludono dalla propria rilevazione tutti gli individui che vivono all’interno delle strutture detentive.

Grazie ad alcuni studi internazionali sappiamo che la popolazione carceraria può essere considerata ad alto rischio a causa delle numerose circostanze che precedono o accompagnano la detenzione²⁴. La letteratura sull’argomento ormai da molti anni mette in luce le numerose difficoltà che l’assistenza sanitaria ha all’interno delle strutture detentive, in particolare quella legata alla cura del disturbo psichiatrico che interessa un numero sempre crescente di detenuti.

23 Walmsley R. *World Prison Population List (10th Edition)*. International Centre for Prison Studies, 2013: http://www.prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/wppl_10.pdf

24 Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. *Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population*. J Epidemiol Community Health 2009; 63: 912-919.

Negli ultimi anni diversi studi sullo stato di salute nelle carceri sono stati condotti negli USA, soprattutto in California, per quanto riguarda il problema legato alla prevalenza di HIV e alla dipendenza da droghe e alcol^{25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37}.

In base all'ultimo rapporto dell'OMS sulle condizioni sanitarie della popolazione reclusa, i principali disturbi riscontrati nelle strutture penitenziarie sono di natura psichica, infettiva e gastroenterica³⁸.

Molti detenuti, provenendo da contesti svantaggiati, hanno bassi livelli di istruzione e risultano essere forti consumatori di tabacco, alcol e droghe illegali nei periodi che precedono l'arresto. Tutti comportamenti che, associati alla malnutrizione e alla ridotta attività fisica svolta in carcere, possono complicare le azioni preventive o di cura rivolte anche nei confronti di gravi patologie croniche come il diabete, l'ipertensione e l'asma che mostrano prevalenze molto più elevate all'interno delle strutture detentive rispetto alla popolazione generale³⁹. Inoltre, la maggior parte di questi soggetti è fortemente esposta al contagio di malattie infettive legate all'utilizzo di droghe iniettive o a pratiche sessuali a rischio ed è sottoposta a elevati livelli di stress, ansia e privazione del sonno con inevitabile impatto sulla salute fisica e mentale^{40,41}.

- 25 Di Paola A, Lincoln T, Skiest DJ, et al. *Design and methods of a double blind randomized placebo-controlled trial of extended-release naltrexone for HIV-infected, opioid dependent prisoners and jail detainees who are transitioning to the community.* Contemp Clin Trials 2014; 39(2): 256-268.
- 26 Meyer JP, Cepeda J, Wu J, et al. *Optimization of human immunodeficiency virus treatment during incarceration: viral suppression at the prison gate.* JAMA Intern Med 2014; 174(5): 721-9.
- 27 Meyer JP et al. *Partner Violence and Health among HIV-Infected Jail Detainees.* Int J Prison Health 2013; 9(3): 124-141.
- 28 Springer SA, Spaulding AC, Meyer JP, et al. *Public health implications for adequate transitional care for HIV-infected prisoners: five essential components.* Clin Infect Dis 2011; 53(5): 469-79.
- 29 Meyer JP, Chen NE, Springer SA. *HIV Treatment in the Criminal Justice System: Critical Knowledge and Intervention Gaps.* AIDS Res Treat 2011; 2011: 680617.
- 30 Springer SA, Azar MM, Altice FL. *HIV, alcohol dependence, and the criminal justice system: a review and call for evidence-based treatment for released prisoners.* Am J Drug Alcohol Abuse 2011; 37(1): 12-21.
- 31 Springer SA, Chen S, Altice FL. *Improved HIV and substance abuse treatment outcomes for released HIV-infected prisoners: the impact of buprenorphine treatment.* J Urban Health 2010; 87(4): 592-602.
- 32 Springer SA. *Improving healthcare for incarcerated women.* J Womens Health (Larchmt) 2010; 19(1): 13-15.
- 33 Saber-Tehrani AS, Springer SA, Qiu J, et al. *Rationale, study design and sample characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners transitioning to the community – a potential conduit to improved HIV treatment outcomes.* Contemp Clin Trials 2012; 33(2): 436-44.
- 34 Springer SA, Bruce RD. *A pilot survey of attitudes and knowledge about opioid substitution therapy for HIV-infected prisoners.* J Opioid Manag 2008; 4(2): 81-86.
- 35 Springer SA, Friedland GH, Doros G, et al. *Antiretroviral treatment regimen outcomes among HIV-infected prisoners.* HIV Clin Trials 2007; 8(4): 205-212.
- 36 Altice FL, Marinovich A, Khoshnood K, et al. *Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection.* J Urban Health 2005; 82(2): 312-326.
- 37 Springer SA, Pesanti E, Hodges J, et al. *Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community.* Clin Infect Dis 2004; 38(12): 1754-60.
- 38 World Health Organization (WHO), Regional Office: Europe. *Prisons and Health.* WHO 2014: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1
- 39 Wilper AP et al. *The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey.* Am J Public Health 2009; 99: 666-672.
- 40 Condon L, Gill H, Harris F. *A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence.* J Clin Nurs 2007; 16(7): 1201-1209.
- 41 Schnitker J, John A. *Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health.* J Health Soc Behav 2007; 48(2): 115-130.

Questi dati trovano riscontro nell'elevato rischio di morte, compresa quella dovuta a malattie cardiovascolari e oncologiche, registrato tra coloro che hanno trascorso un periodo di detenzione confermando, così, i numerosi fattori di rischio della popolazione carceraria^{42,43}.

Va sottolineato che, quando una determinata condizione priva le persone della loro libertà, è necessario garantire loro ugualmente il diritto alla salute e fornire la miglior assistenza possibile. Un gran numero di sforzi sono stati fatti per migliorare le condizioni sanitarie dei detenuti soprattutto in Europa e, nonostante ciò, molti Stati membri ancora non garantiscono appieno la tutela della salute delle persone reclusi. Un gruppo di esperti dell'OMS, riguardo all'organizzazione della sanità carceraria, ha concluso che:

- la gestione e il coordinamento di tutte le risorse che contribuiscono alla salute e al benessere dei detenuti è una responsabilità totale del governo del singolo Stato;
- i ministeri della salute dovrebbero fornire tutti i servizi di assistenza ed essere responsabili delle condizioni di salute negli istituti detentivi³⁴.

In Italia, secondo i dati forniti dal Ministero della giustizia nel novembre 2014, sono 54.207 i detenuti presenti all'interno delle 203 strutture penitenziarie (4,3% di genere femminile e 32,4% di nazionalità straniera). Particolare non di poco conto, lo stesso Ministero fa riferimento a come la *capienza regolamentare totale* sarebbe di 49.327 unità, calcolando i posti sulla base del criterio di 9 m² per singolo detenuto + 5 m² per gli altri, lo stesso per cui in Italia viene concessa l'abitabilità alle abitazioni⁴⁴. Come nel resto del mondo, anche nel nostro Paese le informazioni necessarie a delinearne lo stato di salute risultano molto scarse in assenza di strumenti informatizzati e sono spesso ricavate attraverso indagini campionarie o studi ad hoc. Nonostante ciò, sono stati realizzati alcuni interessanti lavori soprattutto nell'ultimo decennio.

Nel 2003, uno dei primissimi studi mise in luce come il basso tasso di prevalenza di HIV nelle carceri (2,6%) fosse dovuto più che altro all'incompletezza dei dati, potenzialmente affetto da distorsioni dovute all'auto-selezione dei reclusi nei confronti del test sierologico o a variazioni nell'offerta del test⁴⁵.

Uno studio multicentrico trasversale del 2005 analizzò un campione di detenuti provenienti da 8 carceri italiane, per un totale di 973 soggetti arruolati (87% maschi, età media 36 anni, 30% consumatori di droghe per via endovenosa) e mostrò alti tassi di sieroprevalenza (HIV: 7,5%; HCV: 38,0%; anti-HBc: 52,7%; HBsAg: 6,7%). Le sieropositività per HIV e HCV furono associate fortemente con l'uso di droghe per via

42 Binswanger IA et al. *Release from prison – a high risk of death for former inmates*. N Engl J Med 2007; 356: 157-65.

43 Loeb SJ, Abudagga A. *Health-related research on older inmates: an integrative review*. Res Nurs Health 2006; 29: 556-65.

44 Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale – Sezione Statistica. *Detenuti presenti, aggiornamento al 31 ottobre 2014*. Ministero della giustizia: http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.wp

45 Babudieri S, et al. *HIV and related infections in Italian penal institutions: epidemiological and health organization note*. Ann Ist Super Sanità 2003; 39(2): 251-7.

endovenosa [Odds Ratio (OR): 5,9 per HIV; 10,5 per HCV], mentre i tatuaggi soltanto con l'infezione da HCV (OR: 2,9)⁴⁶.

Nello stesso anno furono pubblicati i risultati di uno studio sulla prevalenza della tubercolosi diagnosticata per mezzo del test di Mantoux (TST), che risultò positivo nel 18% circa dei 448 detenuti valutati. L'infezione tubercolare fu correlata, attraverso una regressione logistica multivariata, all'età (OR: 3,78 per soggetti > 40 anni), alla nazionalità (OR: 4,9) e alla durata della detenzione (aumento del rischio per anno dell'11%)⁴⁷.

Due studi hanno indagato la siero-prevalenza di infezioni sessuali da HHV-8 e HSV-2 nelle carceri italiane e i genotipi di HIV presenti nei detenuti^{48,49}, mentre una meta-analisi, comprendente 30 lavori scientifici, ha preso in considerazione i fattori di rischio associati all'infezione da HCV, affermando che i detenuti consumatori di stupefacenti per via parenterale e quelli esposti a tatuaggio risultavano essere rispettivamente 24 volte e 3 volte più a rischio di essere HCV-positivi rispetto alla popolazione generale⁵⁰.

Uno studio condotto utilizzando aggregati di patologie ha mostrato un'alta prevalenza di tossicodipendenti (21,5%) rispetto alla popolazione generale (2,1%), così come di pazienti affetti da disturbi del cavo orale (15,3% vs 4,5%), del sistema epato-biliare (10,9% vs 4,2%) e da malattie infettive, esclusa l'AIDS (6,6% vs 1,1%)⁵¹.

Uno dei lavori più completi e interessanti sulla prevalenza delle malattie infettive nelle carceri della nostra penisola è stato pubblicato nel 2012 ed è rappresentato da uno studio multicentrico trasversale che ha coinvolto 9 strutture detentive italiane indagando l'endemicità di epatite B e C, HIV, sifilide (attraverso esami sierologici) e tubercolosi (attraverso il test di Mantoux). Nonostante la percentuale di aderenza allo screening sia stata molto variabile tra le carceri e per tipologia di malattia indagata, la positività per infezione da HBV è stata rilevata nel 4,4% dei soggetti sottoposti al test, quella da HCV nel 22,8%, quella da HIV nel 3,8%, quella da sifilide nel 2,1%, mentre il 17,2% dei partecipanti è risultato positivo al test di Mantoux⁵².

A livello regionale, c'è da segnalare che già nel 2007 la Regione Toscana aveva istituito, presso l'Agenzia regionale di sanità (ARS), l'Osservatorio regionale per la salute

46 Babudieri S, et al. *Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy*. J Med Virol 2005; 76(3): 311-7.

47 Carbonara S, et al. *Correlates of Mycobacterium tuberculosis infection in a prison population*. Eur Respir J 2005; 25(6): 1070-6.

48 Sarmati L, et al. *Human herpesvirus 8 and human herpesvirus 2 infections in prison population*. J Med Virol 2007; 79(2): 167-173.

49 Longo B, et al. *HIV-1 diversity among inmates of Italian prisons*. J Med Virol 2008; 80(10): 1689-94.

50 Vescio MF et al. *Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis*. J Epidemiol Community Health 2008; 62(4): 305-313.

51 Esposito M. *The health of Italian prison inmates today: a critical approach*. J Correct Health Care 2010; 16(3): 230-238.

52 Sagnelli E, et al. *Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in Italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study*. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2012; 16(15): 2142-6.

in carcere, con l'obiettivo di monitorare i bisogni di salute di questa popolazione⁵³. Due anni più tardi, l'ARS Toscana ha avviato una prima indagine epidemiologica sullo stato di salute complessivo di un campione di detenuti (circa 3.000, pari al 70% del totale), al fine di avere un quadro dettagliato delle condizioni sanitarie e dei trattamenti farmacologici presenti all'interno degli istituti detentivi toscani. Nel 2012 l'indagine è stata ripetuta e ampliata, coinvolgendo circa 3.300 detenuti con una copertura dell'80%, e ha confermato, in linea con altri lavori nazionali e internazionali, il peso sostanzialmente più elevato di disordini fisici e psichici all'interno delle carceri rispetto alla popolazione generale. In particolar modo, lo studio ha messo in risalto, come del resto quello effettuato in precedenza, l'importanza che ricoprono nella popolazione detenuta le malattie infettive, i disturbi psichiatrici e dell'apparato digerente, l'assunzione quotidiana di almeno un farmaco da parte della metà circa dei detenuti e un frequente ricorso a farmaci psicotropi³.

⁵³ *Deliberazione Giunta regionale Toscana 29 ottobre 2007, n. 759: istituzione dell'Osservatorio regionale per la salute in carcere.*

Capitolo 2

Descrizione dello studio e caratteristiche socio-demografiche della popolazione arruolata

Il protocollo di studio

**La popolazione
arruolata**

2. Descrizione dello studio e caratteristiche socio-demografiche della popolazione arruolata

2.1 Il protocollo di studio

L'obiettivo principale del progetto CCM è stato quello di rilevare le condizioni di salute della popolazione detenuta nelle strutture penitenziarie delle 6 regioni coinvolte, con una particolare attenzione rivolta alla valutazione del rischio suicidario. Trattandosi di una popolazione numericamente molto ampia e non avendo a disposizione dati clinici già informatizzati, per lo svolgimento dello studio è stata elaborata una scheda progettata utilizzando il linguaggio di programmazione Python^{1,2}.

La scheda clinica informatizzata si compone di due sezioni:

- socio-demografica;
- sanitaria.

La prima, oltre a contenere informazioni di carattere generale (età, genere, nazionalità, anni di studio) registra anche la provenienza del detenuto (da libertà, da altro Istituto, da Centro diagnostico terapeutico (CDT), da affidamento sociale o arresti domiciliari) e l'eventuale prima detenzione. Quest'ultima informazione appare molto interessante al fine di valutare lo stato di salute delle persone che fanno il loro primo accesso nel circuito penitenziario.

La seconda, invece, comprende la registrazione delle diagnosi, sia internistiche che psichiatriche, codificate secondo la classificazione ICD-9-CM (possibile inserire solo una diagnosi principale e un numero illimitato di diagnosi secondarie); i trattamenti farmacologici erogati all'interno delle strutture, censiti per nome commerciale (con relativo dosaggio giornaliero, formulazione e via di somministrazione); il consumo di tabacco e le sigarette fumate quotidianamente (gli ex-fumatori sono stati assegnati nella categoria dei non fumatori); il peso e l'altezza, ovvero i valori in grado di determinare il BMI³; il numero di ore trascorse in cella al giorno; specifiche informazioni riguardanti il tentato suicidio e gli atti di autolesionismo (eventuali episodi messi in atto nel corso dell'ultimo anno di detenzione, numero di episodi e modalità). A causa dell'illegalità dell'atto, non è stato rilevato l'eventuale consumo di sostanze stupefacenti e di alcol.

La rilevazione, effettuata grazie alla collaborazione attiva del personale medico impiegato presso le strutture penitenziarie o appositamente arruolato, ha avuto luogo nel periodo compreso fra il 4 febbraio e il 4 giugno 2014, ed ha coinvolto tutti i detenuti censiti alle ore 24 del 3 febbraio 2014 presso tutte le strutture detentive delle regioni coinvolte.

1 Voller F, Silvestri C, Orsini C, Aversa L, Da Frè M, Cipriani F. *Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana*. *Epidemiol Prev* 2011; 35(5-6): 297-306.

2 *La salute dei detenuti in Toscana – Anno 2012*. Collana dei Documenti ARS. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, giugno 2013.

3 *Body mass index*: indice di massa corporea - categorizzato secondo la classificazione OMS in sottopeso (<18,5), normopeso (18,5-25), sovrappeso (25-30) e obeso (≥30).

I clinici, formati sull'utilizzo dello strumento informatizzato, hanno visionato le cartelle cliniche di tutti i presenti nel periodo indice, compilando (laddove presenti) le informazioni richieste una sola volta per detenuto (prevalenza puntuale). La difficoltà nel reperimento di alcune informazioni ha fatto sì che l'indice di copertura delle singole variabili non fosse completo. Pertanto, le analisi riportate nei singoli capitoli saranno effettuate soltanto sul numero di detenuti su cui è stato possibile rilevare quella specifica informazione (**Tabella 2.1**).

Inoltre, l'elevato numero di detenuti presente in alcune strutture e il turnover al quale sono sottoposti hanno reso difficile, in alcuni casi, la copertura completa della popolazione censita alla data indice.

Nel rispetto delle norme sulla privacy, il programma di inserimento dati prevedeva l'anonimizzazione del dato attraverso la conversione dei principali dati anagrafici in un codice alfanumerico. Questo procedimento ha permesso l'invio delle informazioni ed ha consentito all'ARS di procedere all'elaborazione dei dati.

Mensilmente, il gruppo tecnico-scientifico responsabile del progetto ha effettuato il monitoraggio sull'andamento delle rilevazioni contattando le singole strutture.

Relativamente alla valutazione del rischio suicidario, per tutti i nuovi giunti da libertà, è stato elaborato un protocollo di intervento specifico, rappresentato da uno screening e da un elenco di azioni multidisciplinari a cui far riferimento per la prevenzione del suicidio. La sperimentazione di tali provvedimenti è stata attuata, dopo un'accurata selezione, in 6 strutture detentive (una per ogni regione coinvolta), prevedendo la formazione del personale sanitario e penitenziario riguardo all'appropriato utilizzo dello strumento.

La descrizione del protocollo e l'analisi dei risultati ottenuti verranno dettagliatamente illustrate in un capitolo a parte.

Tabella 2.1
Indice di copertura per singola variabile calcolata sul totale dei detenuti arruolati in alcune regioni italiane - Anno 2014

Variabili	Numero di detenuti sui cui è stata rilevata l'informazione	% sul totale dei detenuti arruolati (N=15.751)
Genere	15.751	100,0
Età	15.746	100,0
Cittadinanza	14.395	91,4
Titolo di studio	10.206	64,8
Fumo di tabacco	13.126	83,3
Numero di sigarette fumate al giorno	8.539	54,2
Indice di massa corporea (BMI)	13.822	87,8
Provenienza al momento della detenzione	14.683	93,2
Presenza di patologie	15.751	100,0
Autolesione nell'ultimo anno di detenzione	13.781	87,5
Tentata autosoppressione nell'ultimo anno di detenzione	13.755	87,3

2.2 La popolazione arruolata

2.2.1 Italia

Il progetto ha coinvolto, complessivamente, 57 strutture detentive di 5 regioni italiane e di una ASL di un'ulteriore regione (per un totale del 28% dei soggetti detenuti in Italia) dove, al 3 febbraio 2014, giorno del censimento, risultavano presenti 17.279 detenuti, di cui 193 minorenni (a cui dedicheremo una sezione specifica).

Dei 17.086 detenuti adulti potenzialmente arruolabili, sono state raccolte informazioni su 15.751 persone, per una copertura totale pari al 92,2% del campione. Tutti i dati, suddivisi per regione, sono illustrati dettagliatamente nella **Tabella 2.2**.

Tabella 2.2

Indice di copertura - Numero di detenuti censiti al 3 febbraio 2014 sul numero di detenuti che effettivamente hanno partecipato allo studio suddivisi per regione partecipante e totale

Regione	Numero di detenuti presenti al censimento	Numero di detenuti effettivamente partecipanti allo studio	Copertura %
Toscana	3.748	3.403	90,8
Lazio	6.811	6.366	93,5
Veneto	2.781	2.607	93,7
Liguria	1.661	1.591	95,8
Umbria	1.469	1.248	85,0
ASL Salerno	616	536	87,0
Totale	17.086	15.751	92,2

Come possiamo osservare dai dati appena riportati, la copertura raggiunta in ogni regione è stata superiore al 90%, eccezion fatta per l'Umbria e l'ASL di Salerno che hanno fatto registrare valori leggermente più bassi.

Per quanto riguarda il genere (**Tabella 2.3**), la coorte partecipante allo studio risulta composta per il 94,2% da uomini (N=14.835) e per il 5,5% da donne (N=869), in linea con i dati raccolti su scala nazionale dal Ministero della giustizia (4,3% di detenuti donne: 2.343 sul totale di 54.207 presenti al 31 ottobre 2014)⁴. Appare scontata la grande differenza se si prende in considerazione la popolazione libera residente in Italia: secondo i dati ISTAT al 1 gennaio 2014 vi è una leggera prevalenza del genere femminile rispetto a quello maschile (51,5% vs. 48,5%) sul totale degli abitanti (circa 60,8 milioni)⁵.

⁴ Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale – Sezione Statistica. *Detenuti presenti, aggiornamento al 31 ottobre 2014*. Ministero della giustizia.

⁵ <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>

Tabella 2.3
Distribuzione per genere (N e %) della popolazione partecipante allo studio per regione partecipante e totale – Anno 2014

Regione	Uomini		Donne		Transgender		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
Toscana	3.202	94,1	183	5,4	18	0,5	3.403
Veneto	2.514	96,4	79	3,0	14	0,5	2.607
Lazio	5.861	92,1	491	7,7	14	0,2	6.366
Liguria	1.517	95,3	74	4,7	0	0,0	1.591
ASL Salerno	525	97,9	11	2,1	0	0,0	536
Umbria	1.216	97,4	31	2,5	1	0,1	1.248
Totale	14.835	94,2	869	5,5	47	0,3	15.751

Analizzando la distribuzione per fascia di età (**Tabella 2.4**), possiamo notare come quella compresa tra 30 e 49 anni rappresenti circa il 60% del totale dei detenuti (N=9.392), confermando la giovane età di questa popolazione che, complessivamente, risulta essere in media di 39,6 anni. Il restante 40% circa è composto per il 20,5% da persone con età compresa fra i 18 e i 29 anni (N=3.222) e per il 19,9% da ultra50enni (N=3.132). Anche in questo caso, il confronto con la popolazione libera residente in Italia è piuttosto marcato, come si può apprezzare nella **Figura 2.1**, e tutto ciò influisce notevolmente sul diverso carico di malattia e di conseguenza sul bisogno assistenziale presente nelle due realtà.

Tabella 2.4
Composizione per fascia di età (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Fascia di età	Uomini		Donne		Transgender		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
18-24	1.144	7,7	81	9,4	3	6,4	1.228	7,8
25-29	1.894	12,8	98	11,3	2	4,3	1.994	12,7
30-39	4.906	33,1	286	33,0	18	38,3	5.210	33,1
40-49	3.913	26,4	247	28,5	22	46,8	4.182	26,6
50-59	2.122	14,3	115	13,3	2	4,3	2.239	14,2
60-69	717	4,8	34	3,9	0	0,0	751	4,8
70 +	137	0,9	5	0,6	0	0,0	142	0,9
Totale	14.833	100,0	866	100,0	47	100,0	15.746	100,0
Età media	39,6		39,1		39,0		39,6	

Relativamente alla distribuzione per fascia di età, vi sono delle interessanti differenze tra i detenuti di nazionalità italiana e quelli di nazionalità straniera. Nei primi, infatti, l'età media risulta essere di 43,6 anni, mentre fra gli stranieri scende a 35. Vediamo, quindi, che se il 62% dei detenuti italiani ha un'età >40 anni (fascia di età più rappresentata

2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

quella tra 40 e 49 anni), ben il 71,5% degli stranieri risulta avere un'età <40 anni (fascia di età più rappresentata quella tra 30 e 39 anni), mostrando un andamento contrapposto fra le due categorie ben illustrato nella **Figura 2.2**.

Figura 2.1
Confronto (%) fra popolazione detenuta in alcune regioni italiane e popolazione libera residente in Italia al 1 gennaio 2014, suddivise per fascia di età - Anno 2014 - Fonte: ARS su dati ISTAT 2014

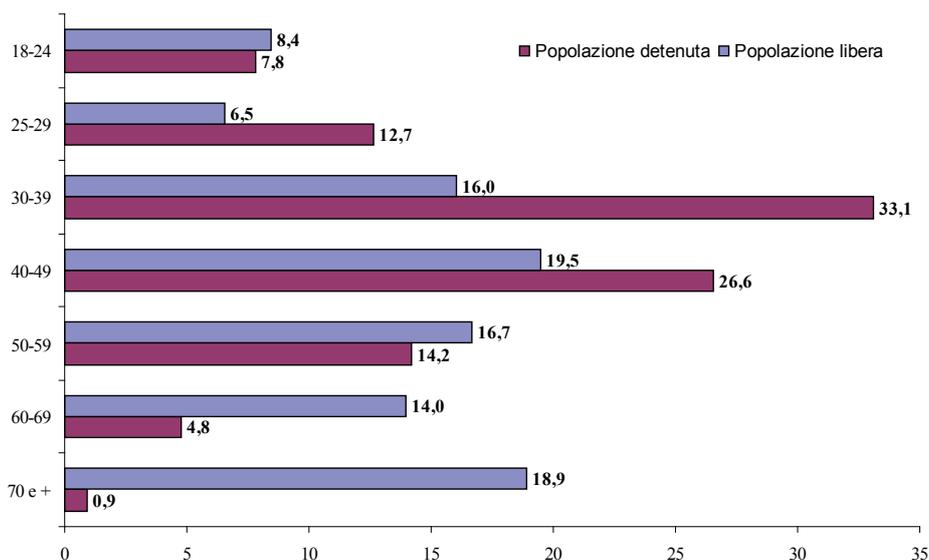
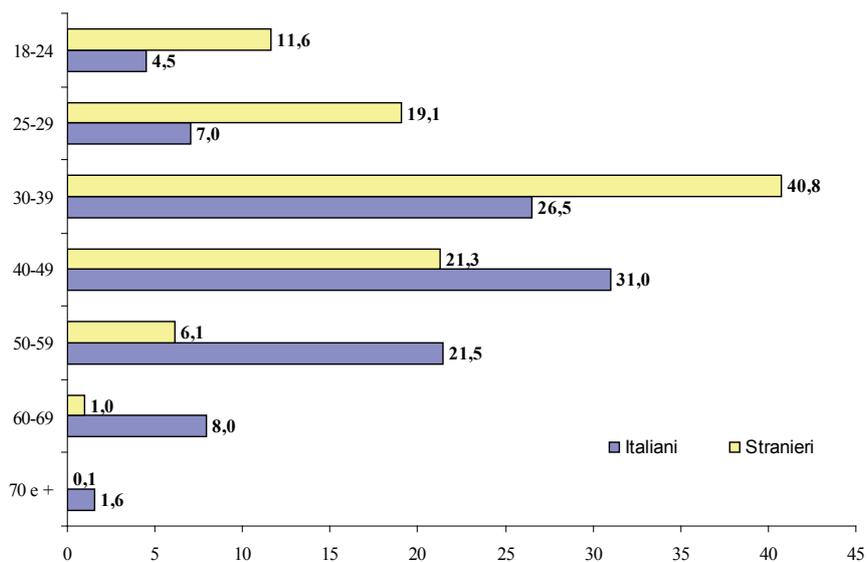


Figura 2.2
Distribuzione (%) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane suddivisa per fascia di età - Confronto fra italiani e stranieri - Anno 2014



Nonostante si tratti di una popolazione mediamente più giovane, il livello d'istruzione osservato fra i detenuti è, come ci aspettavamo, inferiore a quanto rilevato nella popolazione libera. Per l'intero campione, gli anni di studio risultano in media 8,1 (8,6 nei detenuti di nazionalità italiana e 7,6 in quelli di nazionalità straniera). Come abbiamo accennato precedentemente, la scheda di rilevazione prevedeva l'inserimento del numero complessivo degli anni di studio al fine di facilitare il compilatore in caso di cittadini stranieri. Solo successivamente abbiamo provveduto a convertire gli anni di studio in un titolo di studio utilizzando uno schema di approssimazione generale: ≤ 4 anni = nessun titolo; 5-7 anni = licenza elementare; 8-12 anni = diploma di scuola secondaria di primo grado; 13 anni = diploma di scuola secondaria di secondo grado; > 13 anni = diploma universitario/laurea. Grazie a questa ricodifica, abbiamo potuto rilevare che circa il 7% dei detenuti non possiede alcun titolo di studio (il 4% nella popolazione libera residente in Italia), il 21% ha la licenza elementare (vs. 17,5% dei residenti), il 58% ha raggiunto il diploma di scuola secondaria di primo grado (vs. 29,5%), il 10,7% ha ottenuto il diploma di scuola superiore di secondo grado (vs. 36,5%), mentre il 3,5% ha un diploma universitario/laurea (vs. 12,5%)⁶. Suddividendo più accuratamente il grado d'istruzione in base al gruppo etnico di appartenenza (italiani/stranieri), gli stranieri risultano meno istruiti, con una percentuale maggiore che non ha raggiunto alcun titolo di studio (13% vs. 1,7% degli italiani), mentre il 25,7% ha raggiunto solo la licenza elementare (17,2% degli italiani detenuti) e il 46,8% ha ottenuto il diploma di scuola secondaria di primo grado (66,8% degli italiani detenuti).

Affrontiamo, quindi, il tema della popolazione straniera detenuta.

È ormai assodato che nelle strutture detentive italiane vi sia una forte presenza di detenuti provenienti da Paesi stranieri: se a livello nazionale il valore è del 32,4% (17.578 su 54.207 presenti al 31 ottobre 2014)⁴, nel nostro campione raggiunge addirittura il 46,3% (Tabella 2.5).

Tabella 2.5
Distribuzione (N e %) dei detenuti presenti in alcune regioni italiane suddivisi per cittadinanza italiana o straniera - Anno 2014

Regione	Italiana		Straniera		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Toscana	1.310	48,1	1.414	51,9	2.724	100,0
Veneto	928	41,1	1.328	58,9	2.256	100,0
Lazio	3.598	58,1	2.590	41,9	6.188	100,0
Liguria	652	42,0	899	58,0	1.551	100,0
ASL Salerno	486	92,0	42	8,0	528	100,0
Umbria	752	65,5	396	34,5	1.148	100,0
Totale	7.726	53,7	6.669	46,3	14.395	100,0

⁶ Indagini multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". ISTAT 2012.

Da segnalare, tuttavia, come nella nostra indagine la percentuale di detenuti stranieri sia estremamente variabile da regione a regione: se in Veneto e Liguria sfiora il 60% e in Toscana è leggermente superiore al 50%, nel Lazio scende al 42% e in Umbria al 34%, raggiungendo il valore più basso nella ASL Salerno con circa l'8%.

Tutto ciò è in gran parte riconducibile alla disomogenea presenza dei cittadini stranieri sul territorio nazionale. Prendendo in considerazione la percentuale di popolazione straniera residente sul totale dei residenti al 1 gennaio 2014 nelle regioni considerate, si ottengono risultati simili per 4 regioni su 6 (Veneto, Toscana, Lazio e Umbria oscillano tra il 10 e l'11%), mentre la Liguria fa registrare l'8,7% e la provincia di Salerno soltanto il 4% (il dato medio nazionale si attesta intorno all'8%)⁷.

Complessivamente, la maggior parte della popolazione straniera risiede nelle zone settentrionali (60% del totale) e centrali (25,4%) della penisola, mentre più debole è la presenza al Sud e nelle Isole (14,6%)⁷.

Per quanto riguarda gli stranieri che soggiornano regolarmente in Italia senza risultare iscritti in alcuna anagrafe (non residenti con regolare permesso di soggiorno), la presenza è quantificata in circa 245mila soggetti⁸, dislocati soprattutto nelle regioni del Nord e del Centro (vi è una forte presenza in tutte quelle che hanno partecipato allo studio, ad eccezione della provincia di Salerno).

Ad ogni modo, per un'analisi più approfondita e completa, sarebbe doveroso considerare anche gli immigrati irregolari: in tal senso non sono disponibili dati strutturati suddivisi per regione, ma sulla base di una recente indagine gli immigrati irregolari sono circa 300mila, con una diffusione sul territorio italiano che rimarca quella descritta in precedenza per gli stranieri residenti e quelli soggiornanti con regolare permesso⁸.

Riguardo alla crescente presenza di cittadini non italiani nelle carceri, le variabili in gioco sono molteplici e complesse. Uno dei motivi è sicuramente legato al fatto che gli stranieri usufruiscono meno degli arresti domiciliari e delle misure alternative al carcere, a causa della mancanza dei requisiti di idoneità (rete familiare più debole, problemi di domicilio o residenza) e dei reati commessi che, spesso, non prevedono tali provvedimenti (es. immigrazione clandestina, la cui normativa è tuttavia cambiata negli ultimi mesi, ma dopo l'esecuzione della nostra ricerca). Molto spesso, inoltre, i cittadini stranieri sono meno capaci di avvalersi di un'adeguata tutela legale, per via della lingua e del basso reddito⁹.

Da segnalare, inoltre, come una parte degli imputati stranieri lo sia stata per reati legati alla condizione di immigrato irregolare: secondo il *Rapporto annuale ISTAT 2012*, circa 25mila soggetti (quasi il 18% degli imputati nati all'estero) sono incappati nella violazione di questo reato¹⁰.

7 <http://demo.istat.it/strasa2014/index.html>

8 <http://www.ismu.org/2014/11/numeri-immigrazione/>

9 *Immigrazione - Dossier statistico 2013*. Rapporto UNAR (Ufficio nazionale antidiscriminazioni razziali): dalle discriminazioni ai diritti. Centro studi e ricerche IDOS.

10 *Rapporto Annuale 2012. La situazione del Paese*. ISTAT 2012.

Va considerato, inoltre, che la popolazione straniera è composta in netta prevalenza da giovani adulti (la fascia, come abbiamo visto in precedenza, a più alta tendenza criminale) e quindi è necessario tener conto dei tassi specifici per età⁹.

Anche se il reato d'immigrazione irregolare rappresenta una causa importante di detenzione, la violazione principale di cui risultano imputati gli stranieri è quella relativa alle norme sugli stupefacenti, seguita dal furto e dalle lesioni dolose, reati, questi, che impattano maggiormente sulla percezione della criminalità.

Passiamo, adesso, ad esaminare la popolazione detenuta arruolata nello studio, suddividendola in base all'area continentale di provenienza. Dopo gli italiani (53,7%), i detenuti maggiormente rappresentati sono quelli provenienti dall'Africa settentrionale (15,4% sul totale), a cui fanno seguito i cittadini dell'UE (11,5%) e quelli dei Paesi non UE (9,2%). Tutte le altre aree geografiche contribuiscono al restante 10% circa della popolazione detenuta (**Tabella 2.6**). Vi sono, inoltre, delle differenze per quanto riguarda il genere: tra gli uomini spiccano i nordafricani (16,3% sul totale del genere maschile) e gli europei (11% quelli appartenenti all'UE e 9,2% quelli non UE), mentre tra le detenute si segnalano le europee (19,5% sul totale del genere femminile quelle dell'UE e 10,7% quelle non UE) e le donne provenienti dall'America centro-meridionale (6,7%). Fra i transgender, invece, la grande maggioranza proviene dall'America latina, con circa l'80% dei casi.

Tabella 2.6
Distribuzione per genere (N e %) dei detenuti presenti in alcune regioni italiane suddivisi in base al paese di provenienza - Anno 2014

Area continentale	Maschio		Femmina		Transgender		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Italia	7.291	53,8	429	52,9	6	14,6	7.726	53,7
Africa settentrionale	2.203	16,3	20	2,5	1	2,4	2.224	15,4
Unione Europea	1.494	11,0	158	19,5	0	0,0	1.652	11,5
Paesi Europei non UE	1.240	9,2	87	10,7	0	0,0	1.327	9,2
Africa occidentale	510	3,8	39	4,8	1	2,4	550	3,8
America centro-meridionale	313	2,3	54	6,7	33	80,5	400	2,8
Asia	226	1,7	13	1,6	0	0,0	239	1,7
Medio Oriente	160	1,2	2	0,2	0	0,0	162	1,1
Altra Africa	99	0,7	8	1,0	0	0,0	107	0,7
America settentrionale	4	0,0	1	0,1	0	0,0	5	0,0
Oceania	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Apolidi	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Totale	13.543	100,0	811	100,0	41	100,0	14.395	100,0

2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Se confrontiamo la popolazione detenuta con quella libera residente in Italia al 31 dicembre 2013, suddivisa per area continentale¹¹, risulta evidente la forte differenza esistente fra i due contesti. La popolazione nordafricana, che, ricordiamo, rappresenta il secondo gruppo etnico fra i detenuti, costituisce soltanto l'1,1% dei cittadini liberi, confronto sovrapponibile anche per quella proveniente dai Paesi UE e non UE. Inoltre, una marcata discrepanza vige anche per quanto riguarda gli stranieri provenienti dall'America centro-meridionale e dal Medio Oriente, mentre si osserva un sostanziale equilibrio per i cittadini provenienti da altre aree (**Tabella 2.7**).

Tabella 2.7
Confronto (%) fra popolazione detenuta in alcune regioni italiane e popolazione libera residente in Italia - Analisi per Paese di provenienza - Anno 2014 - Fonte: ARS su dati ISTAT 2013

Area continentale	Popolazione detenuta (N=15.751)	Popolazione libera (N=60.782.668)
Italia	53,7	91,9
Africa settentrionale	15,4	1,1
Unione Europea	11,5	2,4
Paesi Europei non UE	9,2	1,9
Africa occidentale	3,8	0,5
America centro-meridionale	2,8	0,6
Asia	1,7	1,5
Medio Oriente	1,1	0,0
Altra Africa	0,7	0,1
America settentrionale	0,0	0,0
Oceania	0,0	0,0
Apolidi	0,0	0,0
Totale	100	100

In ultima analisi, nella **Tabella 2.8** viene illustrata la provenienza dei detenuti rispetto al carcere ove è stata condotta l'indagine e, quindi, l'eventuale prima detenzione. Come si può notare, in più della metà dei casi (55,1%) il detenuto proveniva già da un altro istituto, nel 21,5% dei casi da libertà senza precedenti e nel 19,2% da libertà con precedenti. Un maggior numero di detenuti stranieri proveniva, però, da condizioni di libertà senza precedenti (28,8% vs 15,2% degli italiani) e di libertà con precedenti (21,4% vs 17,1%): in tal senso è ipotizzabile che per alcuni soggetti la detenzione sia legata al reato di clandestinità, come detto in precedenza. Del resto, una maggior percentuale di detenuti italiani proveniva da altri istituti (62,9 vs 46,1% degli stranieri) e dagli arresti domiciliari (2,8% vs 1,5%).

¹¹ <http://demo.istat.it/str2013/index.html>

Tabella 2.8
Distribuzione (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane in base alla cittadinanza e alla provenienza - Anno 2014

Provenienza	Italiana		Straniera		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Da libertà senza precedenti	1.143	15,2	1.818	28,8	3.152	21,5
Da libertà con precedenti	1.289	17,1	1.346	21,4	2.812	19,2
Da altri istituti	4.735	62,9	2.909	46,1	8.092	55,1
Da CDT	41	0,5	15	0,2	63	0,4
Da affidamento sociale	20	0,3	7	0,1	28	0,2
Da arresti domiciliari	211	2,8	94	1,5	322	2,2
Altro	83	1,1	115	1,8	214	1,5
Totale	7.522	100,0	6.304	100,0	14.683	100,0

Nei paragrafi seguenti viene presentata l'analisi della popolazione arruolata suddivisa per singola regione partecipante allo studio.

2.2.2 Veneto

Nel Veneto, tutte le strutture detentive presenti sul territorio hanno partecipato allo studio (N=9).

Dei 2.781 detenuti presenti al 3 febbraio 2014, giorno del censimento, ne sono stati arruolati 2.607, per una copertura pari al 93,7%. Il Veneto ha contribuito al 16,5% del campione dei detenuti partecipanti all'indagine. Le caratteristiche generali della popolazione detenuta nella regione veneta sono illustrate nella **Tabella 2.9**.

Il Veneto rappresenta la regione con la più alta percentuale di detenuti stranieri tra quelle partecipanti allo studio (circa il 59%): tutto ciò non meraviglia, dal momento che anche tra la popolazione libera residente si registra una quota maggiore di cittadini stranieri rispetto a quella nazionale (10,4% vs. 8%). In Veneto, infatti, risiedono molti cittadini provenienti dai Paesi non UE (3,2% del totale regionale rispetto all'1,9% del dato nazionale) e dall'Africa occidentale (0,9 vs. 0,5%). Del resto, anche gli stranieri provenienti dall'Africa settentrionale e dai Paesi UE sono leggermente più rappresentati rispetto alla media italiana, mentre si rilevano meno presenze di soggetti provenienti dall'America centro-meridionale (0,3% vs 0,6%).

Tali dati confermano che in questa regione l'immigrazione rappresenta un fenomeno radicato oramai da diversi anni.

Nelle carceri venete vi è una percentuale maggiore di soggetti provenienti dall'Africa settentrionale (circa il 25% del totale vs. 15,4% del campione complessivo dello studio), dell'Africa occidentale (5,7% vs 3,8%) e da Paesi non UE (13,4% vs 9,2%).

L'età media dei detenuti veneti è di 39,3 anni. Come rilevato su scala nazionale, vi sono grosse differenze di distribuzione per fascia di età tra persone reclusi e in libertà:

2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

nelle carceri del Veneto il 55% dei soggetti ha un'età compresa tra 18 e 39 anni (vs il 30% della popolazione libera) e meno del 6% supera i 60 anni (vs circa il 33%).

Non risultano, infine, differenze importanti tra il campione veneto e quello complessivo dello studio per quanto riguarda la provenienza del detenuto (da libertà senza precedenti reclusioni, da libertà con precedenti reclusioni, da altri istituti, da affidamento sociale, da arresti domiciliari).

Tabella 2.9
Confronto tra popolazione detenuta e popolazione libera residente di alcune caratteristiche socio-demografiche - Veneto - Anno 2014

Caratteristiche	Popolazione detenuta arruolata (N=15.751)	Popolazione detenuta nel Veneto (N=2.607)	Popolazione libera del Veneto* (N=4.926.818)
<i>Genere:</i>			
Uomini	94,2	96,5	48,8
Donne	5,5	3,0	51,2
Transgender	0,3	0,5	-
<i>Nazionalità:</i>			
Italiana	53,7	41,1	89,6
Straniera	46,3	58,9	10,4
<i>Area continentale:</i>			
Italia	53,7	41,1	89,6
Africa settentrionale	15,4	24,9	1,3
Unione Europea	11,5	10,4	2,8
Paesi non UE	9,2	13,4	3,2
Africa occidentale	3,8	5,7	0,9
America centro-meridionale	2,8	2,1	0,3
Asia	1,7	1,5	1,8
Medio Oriente	1,1	0,6	0,0
Altra Africa	0,7	0,1	0,0
America settentrionale	0,0	0,1	0,0
Oceania	0,0	0,0	0,0
<i>Fascia di età:</i>			
18-24	7,8	9,0	7,9
25-29	12,7	15,0	6,1
30-39	33,1	31,0	15,8
40-49	26,6	25,0	20,4
50-59	14,2	14,2	17,0
60-69	4,8	5,0	14,0
70 +	0,9	0,8	18,8
<i>Provenienza:</i>			
Libertà senza precedenti	21,5	20,2	-
Libertà con precedenti	19,2	18,7	-
Altri istituti	55,1	58,3	-
CDT	0,4	0,2	-
Affidamento sociale	0,2	0,4	-
Arresti domiciliari	2,2	2,1	-
Altro	1,5	0,2	-

* Fonte: dati ISTAT 2014 (per la variabile "Area continentale" i dati sono riferiti al 2013).

2.2.3 Liguria

In Liguria, gli istituti detentivi sono 7 e tutti hanno partecipato allo studio. Al 3 febbraio 2014, giorno del censimento, erano presenti 1.661 detenuti e sono stati arruolati 1.591 soggetti, per una copertura pari al 95,8%. La Liguria ha contribuito al 10,1% del campione dei detenuti partecipanti all'indagine. Le caratteristiche generali della popolazione detenuta nelle strutture liguri sono illustrate nella **Tabella 2.10**.

La percentuale di detenuti stranieri è decisamente più alta rispetto a quella complessiva dello studio (58% vs. 46,3%) e simile a quella osservata nella regione Veneto: tale fenomeno può essere attribuito soltanto in parte alla presenza di popolazione straniera residente sul territorio dato che, pur essendo, dopo il Veneto, la seconda regione partecipante alla nostra indagine con la più alta percentuale di detenuti stranieri, occupa il 5° posto per quanto riguarda il numero di residenti stranieri, con un valore che si presenta in linea con la media nazionale (8,7% vs. 8%).

Suddividendo la popolazione straniera residente in Liguria per paese di provenienza, si osserva che, rispetto al valore nazionale, in questa regione sono presenti un numero maggiore di cittadini provenienti da Paesi non UE (2,2% vs. 1,9%) e soprattutto dall'America centro-meridionale (2,3% vs. 0,6%), mentre si registrano meno presenze di soggetti provenienti da Paesi UE (1,8% vs. 2,4%) e dall'Africa occidentale (0,2% vs. 0,5%).

Nelle carceri liguri vi è una percentuale maggiore di persone provenienti dall'Africa settentrionale (circa il 26% del totale vs. 15,4% del campione totale dello studio) e dall'America centro-meridionale (6,6% vs. 2,8%).

L'età media dei detenuti presenti in Liguria è leggermente più bassa rispetto a quella rilevata nell'indagine complessiva (38 anni vs. 39,6 anni). Come rilevato su scala nazionale, vi sono grosse differenze di distribuzione per fascia di età tra persone reclusi e in libertà: nelle carceri della Liguria l'83% dei soggetti ha un'età compresa tra i 18 e i 49 anni (vs. circa il 44% della popolazione libera) e il 17% supera i 50 anni (vs. circa il 56%).

Per quanto riguarda la provenienza del detenuto, una quota maggiore di soggetti reclusi nelle carceri liguri giunge da condizioni di libertà, rispetto al campione complessivo (+3% senza precedenti reclusioni; +11% con precedenti reclusioni), mentre una percentuale minore proviene da altri istituti (41,4% vs. 55,1%).

2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Tabella 2.10
Confronto tra popolazione detenuta e popolazione libera residente di alcune
caratteristiche socio-demografiche - Liguria - Anno 2014

Caratteristiche	Popolazione detenuta arruolata (N=15.751)	Popolazione detenuta della Liguria (N=1.591)	Popolazione libera della Liguria* (N=1.591.939)
<u>Genere:</u>			
Uomini	94,2	95,3	47,5
Donne	5,5	4,7	52,5
Transgender	0,3	0,0	-
<u>Nazionalità:</u>			
Italiana	53,7	42,0	91,3
Straniera	46,3	58,0	8,7
<u>Area continentale:</u>			
Italia	53,7	42,0	91,3
Africa settentrionale	15,4	25,9	1,1
Unione Europea	11,5	11,3	1,8
Paesi non UE	9,2	8,7	2,2
Africa occidentale	3,8	4,0	0,2
America centro-meridionale	2,8	6,6	2,3
Asia	1,7	0,3	0,8
Medio Oriente	1,1	0,5	0,0
Altra Africa	0,7	0,6	0,0
America settentrionale	0,0	0,0	0,0
Oceania	0,0	0,0	0,0
<u>Fascia di età:</u>			
18-24	7,8	11,2	6,8
25-29	12,7	14,5	5,1
30-39	33,1	33,2	13,0
40-49	26,6	24,1	18,7
50-59	14,2	12,6	16,7
60-69	4,8	4,0	15,1
70 +	0,9	0,4	24,5
<u>Provenienza:</u>			
Libertà senza precedenti	21,5	24,6	-
Libertà con precedenti	19,2	30,2	-
Altri istituti	55,1	41,4	-
CTD	0,4	0,1	-
Affidamento sociale	0,2	0,8	-
Arresti domiciliari	2,2	2,8	-
Altro	1,5	0,2	-

* Fonte: dati ISTAT 2014 (per la variabile "Area continentale" i dati sono riferiti al 2013).

2.2.4 Toscana

Come le altre regioni, anche la Toscana ha partecipato allo studio coinvolgendo tutte le strutture detentive presenti sul proprio territorio (N=18). Alla data indice del 3 febbraio 2014 risultavano presenti complessivamente 3.748 detenuti, dei quali 3.403 arruolati nello studio (copertura del 90,8%). La quota di detenuti provenienti dalle strutture toscane costituisce il 21,6% del campione complessivo. Le caratteristiche generali della popolazione detenuta in Toscana sono illustrate nella **Tabella 2.11**.

La percentuale di detenuti stranieri è leggermente più alta rispetto a quella complessiva dello studio (51,9% vs. 46,3%). In Toscana, del resto, vi è una folta rappresentanza di cittadini stranieri residenti (10,3% sul totale, a dispetto dell'8% del dato italiano): nella regione risiede un numero maggiore, rispetto alla media nazionale, di persone provenienti da Paesi UE (3% vs. 2,4%), Paesi non UE (2,8% vs. 1,9%) e soprattutto dall'Asia (2,2% vs. 1,5%) grazie anche alla presenza di un'ampia comunità cinese residente nell'area pratese. Dati, questi, che tendono a confermare come in Toscana l'immigrazione rappresenti ormai un fenomeno radicato da diversi anni.

Nelle carceri toscane vi è una percentuale maggiore di detenuti nordafricani (circa il 22% del totale vs. 15,4% del campione complessivo dello studio), asiatici (3,1% vs. 1,7%) e provenienti da Paesi non UE (11,3% vs. 9,2%); meno rappresentati sono, invece, i detenuti provenienti dall'Africa occidentale (2,1% vs. 3,8%).

L'età media del campione toscano è di 39,5 anni. Come rilevato su scala nazionale e nelle altre regioni, vi sono grosse differenze di distribuzione per fascia di età tra persone reclusi e in libertà: nelle carceri della Toscana circa l'82% dei soggetti ha un'età compresa tra i 18 e i 49 anni (vs. circa il 47% della popolazione libera) e circa il 18% supera i 50 anni (vs. circa il 53%).

Per quanto riguarda la provenienza del detenuto, non risultano differenze importanti tra il campione toscano e quello complessivo dello studio, anche se nel primo gruppo vi è una maggior percentuale di soggetti provenienti dagli arresti domiciliari (3,1% vs. 2,2%).

2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Tabella 2.11
Confronto tra popolazione detenuta e popolazione libera residente di alcune
caratteristiche socio-demografiche - Toscana - Anno 2014

Caratteristiche	Popolazione detenuta arruolata (N=15.751)	Popolazione detenuta della Toscana (N=3.403)	Popolazione libera della Toscana* (N=3.750.511)
<u>Genere:</u>			
Uomini	94,2	94,1	48,1
Donne	5,5	5,4	51,9
Transgender	0,3	0,5	-
<u>Nazionalità:</u>			
Italiana	53,7	48,1	89,7
Straniera	46,3	51,9	10,3
<u>Area continentale:</u>			
Italia	53,7	48,1	89,7
Africa settentrionale	15,4	21,9	0,9
Unione Europea	11,5	9,1	3,0
Paesi non UE	9,2	11,3	2,8
Africa occidentale	3,8	2,1	0,4
America centro-meridionale	2,8	2,8	0,6
Asia	1,7	3,1	2,2
Medio Oriente	1,1	1,1	0,1
Altra Africa	0,7	0,5	0,1
America settentrionale	0,0	0,0	0,1
Oceania	0,0	0,0	0,0
<u>Fascia di età:</u>			
18-24	7,8	6,8	7,1
25-29	12,7	12,3	5,8
30-39	33,1	35,7	15,3
40-49	26,6	27,0	19,3
50-59	14,2	13,2	16,5
60-69	4,8	3,9	14,7
70 +	0,9	1,2	21,4
<u>Provenienza:</u>			
Libertà senza precedenti	21,5	23,8	-
Libertà con precedenti	19,2	16,9	-
Altri istituti	55,1	54,8	-
CDT	0,4	0,6	-
Affidamento sociale	0,2	0,2	-
Arresti domiciliari	2,2	3,1	-
Altro	1,5	0,6	-

* Fonte: dati ISTAT 2014 (per la variabile "Area continentale" i dati sono riferiti al 2013).

2.2.5 Umbria

Anche in Umbria tutte le strutture detentive hanno aderito allo studio (N=4). Al 3 febbraio 2014 sono stati censiti 1.469 detenuti, di cui 1.248 arruolati nello studio, raggiungendo una copertura dell'85%. Il campione proveniente dalla regione Umbria costituisce il 7,9% della popolazione totale partecipante all'indagine. Le caratteristiche generali della popolazione detenuta in Umbria sono illustrate nella **Tabella 2.12**.

Questa popolazione è costituita da una percentuale di donne più bassa rispetto a quanto osservato nel campione complessivo (2,5% vs. 5,5%), così come da una quota minore di detenuti stranieri (34,5% vs. 46,3%). Tutto ciò è abbastanza sorprendente, dato che l'Umbria è una delle regioni italiane con la più alta rappresentanza di cittadini stranieri residenti (circa l'11%). In Umbria risiede un numero maggiore, rispetto alla media nazionale, di cittadini provenienti da Paesi UE (3,8% vs. 2,4%), Paesi non UE (3,6% vs. 1,9%), dall'Africa settentrionale (1,5% vs. 1,1%) e dall'America centro-meridionale (0,9% vs. 0,6%); meno rappresentata, invece, è la comunità asiatica (0,8% vs. 1,5%).

Nonostante la forte presenza registrata sul territorio, nelle carceri umbre vi è una percentuale decisamente minore di soggetti provenienti da Paesi UE (5,8% vs. 11,5% del campione complessivo dello studio) e dall'America centro-meridionale (1% vs. 2,8%); leggermente meno rappresentati risultano anche i detenuti nordafricani (14,5% vs. 15,4%) e quelli provenienti da Paesi non UE (8,4% vs. 9,2%).

Un dato abbastanza significativo, che differenzia il campione umbro da quello delle altre regioni, è quello relativo all'età media, che risulta essere più alta rispetto a quella complessiva dell'indagine (42,4 anni vs. 39,6 anni): i detenuti presenti nelle strutture umbre con età compresa fra i 18 e i 29 anni rappresentano, infatti, soltanto il 13% (vs. il 20,5% del campione totale dello studio), una percentuale simile a quella della popolazione libera residente della stessa fascia di età (circa il 14%). Marcate differenze, invece, si riscontrano nella fascia di età compresa fra i 30 e i 59 anni dove i detenuti rappresentano il 79,3% rispetto al 50,3% registrato nella popolazione libera residente.

Per quanto riguarda la provenienza del detenuto, una quota decisamente maggiore di soggetti presenti nelle strutture detentive umbre giunge da altri istituti (77,4% vs. 55,1% del campione complessivo dello studio) mentre, al contrario, una percentuale significativamente minore proviene da condizioni di libertà (circa l'8% vs. circa il 41%) e dagli arresti domiciliari (0,7% vs. 2,2%).

2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Tabella 2.12
Confronto tra popolazione detenuta e popolazione libera residente di alcune
caratteristiche socio-demografiche - Umbria - Anno 2014

Caratteristiche	Popolazione detenuta arruolata (N=15.751)	Popolazione detenuta dell'Umbria (N=1.248)	Popolazione libera dell'Umbria* (N=896.742)
<u>Genere:</u>			
Uomini	94,2	97,4	48,0
Donne	5,5	2,5	52,0
Transgender	0,3	0,1	-
<u>Nazionalità:</u>			
Italiana	53,7	65,5	88,9
Straniera	46,3	34,5	11,1
<u>Area continentale:</u>			
Italia	53,7	65,5	88,9
Africa settentrionale	15,4	14,5	1,5
Unione Europea	11,5	5,8	3,8
Paesi non UE	9,2	8,4	3,6
Africa occidentale	3,8	3,3	0,3
America centro-meridionale	2,8	1,0	0,9
Asia	1,7	0,7	0,8
Medio Oriente	1,1	0,3	0,0
Altra Africa	0,7	0,3	0,2
America settentrionale	-	-	-
Oceania	-	-	-
<u>Fascia di età:</u>			
18-24	7,8	3,1	7,6
25-29	12,7	9,8	6,2
30-39	33,1	31,5	15,5
40-49	26,6	29,3	18,5
50-59	14,2	18,5	16,3
60-69	4,8	6,1	14,3
70 +	0,9	1,7	21,6
<u>Provenienza:</u>			
Libertà senza precedenti	21,5	6,0	-
Libertà con precedenti	19,2	2,2	-
Altri istituti	55,1	77,4	-
CTD	0,4	0,4	-
Affidamento sociale	0,2	0,0	-
Arresti domiciliari	2,2	0,7	-
Altro	1,5	13,4	-

* Fonte: dati ISTAT 2014 (per la variabile "Area continentale" i dati sono riferiti al 2013).

2.2.6 Lazio

Tutte le 15 strutture detentive della regione Lazio hanno aderito allo studio. Il numero di detenuti censiti sono stati 6.811, di cui 6.366 sono stati arruolati, per una copertura pari al 93,5%. Il Lazio, avendo un numero di detenuti molto elevato, ha contribuito al 40,4% del campione complessivo dell'indagine. Le caratteristiche generali della popolazione detenuta laziale sono illustrate nella **Tabella 2.13**.

La percentuale di detenuti stranieri è più bassa rispetto a quella totale dello studio (41,9% vs. 46,3%), nonostante il Lazio sia una delle regioni italiane con la più alta rappresentanza di cittadini stranieri residenti (10,5%). Suddividendo la popolazione straniera residente in base al Paese di provenienza, si osserva che nel Lazio risiede un numero decisamente maggiore, rispetto alla media nazionale, di cittadini provenienti da Paesi UE (4,5% vs. 2,4%) e dall'Asia (2,5% vs. 1,5%), mentre meno rappresentata è la comunità nordafricana (0,5% vs. 1,1%).

Nelle carceri laziali il quadro è piuttosto variegato: vi è una percentuale decisamente maggiore di detenuti comunitari (14,7% vs. 11,5% dell'indagine complessiva), di persone provenienti dal Medio Oriente (1,7% vs. 1,1%), dall'Africa occidentale (4,3% vs. 3,8%) e dall'Africa equatoriale e orientale (1,3% vs. 0,7%), mentre significativamente meno rappresentati sono i detenuti nordafricani (7,8% vs. 15,4%).

Il genere femminile è maggiormente rappresentato rispetto a quello complessivo dello studio (7,7% vs. 5,5%): tale fenomeno può essere dovuto anche alla diffusa presenza, in questa regione, di donne provenienti da Paesi UE (soprattutto Romania e Polonia).

L'età media della popolazione detenuta è di 39,7 anni. Come rilevato su scala nazionale e nelle altre regioni, confrontando l'età delle persone detenute con quanto osservabile nella popolazione libera, si rilevano importanti differenze, con una concentrazione molto più alta di popolazione giovane all'interno delle carceri.

Per quanto riguarda la provenienza del detenuto, non risultano differenze importanti tra il campione laziale e quello complessivo, anche se nel Lazio si registra una maggior percentuale di detenuti provenienti da condizioni di libertà ma con precedenti reclusioni (22,2% vs. 19,2%).

2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Tabella 2.13
Confronto tra popolazione detenuta e popolazione libera residente di alcune
caratteristiche socio-demografiche - Lazio - Anno 2014

Caratteristiche	Popolazione detenuta arruolata (N=15.751)	Popolazione detenuta del Lazio (N=6.366)	Popolazione libera del Lazio* (N=5.870.451)
<u>Genere:</u>			
Uomini	94,2	92,1	48,2
Donne	5,5	7,7	51,8
Transgender	0,3	0,2	-
<u>Nazionalità:</u>			
Italiana	53,7	58,1	89,5
Straniera	46,3	41,9	10,5
<u>Area continentale:</u>			
Italia	53,7	58,1	89,5
Africa settentrionale	15,4	7,8	0,5
Unione Europea	11,5	14,7	4,5
Paesi non UE	9,2	7,7	1,4
Africa occidentale	3,8	4,3	0,3
America centro- meridionale	2,8	2,6	0,8
Asia	1,1	1,7	0,1
Medio Oriente	0,7	1,3	0,3
Altra Africa	0,0	0,0	0,1
America settentrionale	0,0	0,0	0,0
Oceania	0,0	0,0	0,0
<u>Fascia di età:</u>			
18-24	7,8	8,0	8,1
25-29	12,7	12,1	6,5
30-39	33,1	32,6	16,7
40-49	26,6	27,1	20,3
50-59	14,2	14,2	16,8
60-69	4,8	5,2	13,5
70 +	0,9	0,8	17,9
	0,0	0,0	0,0
<u>Provenienza:</u>			
Libertà senza precedenti	21,5	21,3	-
Libertà con precedenti	19,2	22,2	-
Altri istituti	55,1	53,8	-
CTD	0,4	0,5	-
Affidamento sociale	0,2	0,0	-
Arresti domiciliari	2,2	1,8	-
Altro	1,5	0,4	-

* Fonte: dati ISTAT 2014 (per la variabile "Area continentale" i dati sono riferiti al 2013).

2.2.7 Azienda sanitaria locale Salerno

Le strutture detentive dell'ASL Salerno sono 4 e tutte hanno partecipato allo studio. Complessivamente i presenti censiti sono stati 616 e sono state arruolate 536 persone, per una copertura pari all'87%. L'ASL Salerno ha contribuito al 3,4% del campione complessivo dell'indagine. Le caratteristiche generali della popolazione detenuta salernitana sono illustrate nella **Tabella 2.14**.

Questo gruppo di detenuti costituisce una coorte abbastanza particolare all'interno del nostro studio, notevolmente differente rispetto alle altre regioni. La percentuale di detenuti stranieri è bassissima (8% vs. 46,3% dell'indagine complessiva): tutto ciò correla con la scarsa presenza di stranieri residenti (circa il 4%), dato che nella provincia di Salerno si segnala la presenza soprattutto di persone provenienti da Paesi UE (1,6% vs. 2,4% del valore nazionale) e dall'Africa settentrionale (0,8% vs. 1,1%).

Tali dati indicano che nella provincia di Salerno, come del resto in tutta la regione Campania, il fenomeno dell'immigrazione non è radicato come in altre zone di insediamento storico (Veneto, Toscana, Umbria).

Nelle carceri del salernitano, oltre alla presenza del 92% di detenuti di nazionalità italiana, si segnala la più bassa percentuale di donne tra quelle registrate all'interno del nostro studio (2,1%). L'età media della popolazione detenuta è 39,4 anni, con importanti differenze nella distribuzione per fascia di età osservabile fra detenuti e cittadini liberi residenti in quest'area.

Per quanto riguarda la provenienza del detenuto, la quota di soggetti che giunge da condizioni di libertà è simile nel campione salernitano e in quello complessivo dello studio, anche se con caratteristiche notevolmente differenti (libertà senza precedenti reclusioni: 40,2% nel primo gruppo vs. 21,5% nel secondo; libertà con precedenti reclusioni: 4,7% nel primo gruppo vs. 19,2% nel secondo), mentre si rileva una percentuale maggiore di detenuti presenti nelle carceri salernitane che proviene dagli arresti domiciliari (4,1% vs. 2,2% del totale dell'indagine).

2. DESCRIZIONE DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Tabella 2.14
Caratteristiche socio-demografiche della popolazione detenuta nella ASL Salerno (%)
- Confronto fra popolazione detenuta e popolazione libera residente nella provincia di Salerno - Anno 2014

Caratteristiche	Popolazione detenuta arruolata (N=15.751)	Popolazione detenuta ASL Salerno (N=536)	Popolazione libera provincia di Salerno* (N=1.105.485)
<u>Genere:</u>			
Uomini	94,2	97,9	48,7
Donne	5,5	2,1	51,3
Transgender	0,3	0,0	-
<u>Nazionalità:</u>			
Italiana	53,7	92,0	96,0
Straniera	46,3	8,0	4,0
<u>Area continentale:</u>			
Italia	53,7	92,0	96,0
Africa settentrionale	15,4	3,0	0,8
Unione Europea	11,5	3,0	1,6
Paesi non UE	9,2	1,3	0,9
Africa occidentale	3,8	0,6	0,1
America centro-meridionale	2,8	0,0	0,1
Asia	1,7	0,0	0,4
Medio Oriente	1,1	0,0	0,0
Altra Africa	0,7	0,0	0,0
America settentrionale	0,0	0,0	0,0
Oceania	0,0	0,0	0,0
<u>Fascia di età:</u>			
18-24	7,8	7,3	10,2
25-29	12,7	11,2	7,7
30-39	33,1	36,0	16,3
40-49	26,6	25,6	18,7
50-59	14,2	15,9	17,0
60-69	4,8	3,7	13,1
70 +	0,9	0,4	17,0
<u>Provenienza:</u>			
Libertà senza precedenti	21,5	40,2	-
Libertà con precedenti	19,2	4,7	-
Altri istituti	55,1	50,8	-
CDT	0,4	0,2	-
Affidamento sociale	0,2	0,0	-
Arresti domiciliari	2,2	4,1	-
Altro	1,5	0,0	-

* Fonte: dati ISTAT 2014 (per la variabile "Area continentale" i dati sono riferiti al 2013).

Capitolo 3

Lo stato di salute della popolazione detenuta

**Alcuni fattori
di rischio:
fumo e BMI**

**Distribuzione
delle patologie
per grandi gruppi**

**Il trattamento
farmacologico**

3. Lo stato di salute della popolazione detenuta

Da molti anni l'OMS affronta il tema della salute dei detenuti attraverso la pubblicazione di report specifici che delineano un quadro costituito da una popolazione piuttosto giovane e affetta prevalentemente da patologie di tipo psichico, infettivo e del cavo orale^{1,2,3}. Le prime risentono, sicuramente, dell'alto numero di persone affette da disturbo da dipendenza da sostanze (sia alcol che droghe), mentre le altre, in molti casi, non sono altro che la conseguenza di questo^{4,5}.

È chiaro, quindi, come il tema della salute mentale rappresenti un elemento centrale nella valutazione dello stato di salute di questa popolazione richiedendo, pertanto, un'attenzione particolare.

Nel presente capitolo, oltre a fornire una panoramica delle principali patologie da cui risultano affetti i detenuti, cercheremo di soffermarci sui principali gruppi diagnostici effettuando, ove possibile, alcuni confronti con studi di carattere nazionale e internazionale.

3.1 Alcuni stili di vita a rischio: consumo di tabacco e peso corporeo

Prima di passare alla descrizione dei grandi gruppi di malattie, forniamo alcune informazioni su aspetti che vanno a incidere sicuramente sullo stato di salute dei detenuti, ovvero il fumo e il peso corporeo.

I detenuti consumano tabacco in misura molto elevata: nel nostro campione il 71% è fumatore (N=9.335) e la media giornaliera di sigarette fumate è 18,6, valore che non presenta differenza di genere. Esaminando ogni singola regione si osservano, invece, importanti discrepanze nella percentuale di fumatori: Toscana, Umbria, Liguria e Lazio presentano una prevalenza che oscilla tra il 72 e il 75%, in Veneto il valore scende al 59% e nell'ASL Salerno al 55%.

Nella popolazione libera l'abitudine al fumo, risentendo delle modifiche sociali avvenute nel corso degli anni, sembra essersi stabilizzata coinvolgendo circa il 22% dei cittadini maggiorenni (Veneto: 20%; Umbria: 20,4%; Liguria: 21,7%; Lazio: 23,4%; Toscana: 23,8%; Campania: 24,8%), con un valore medio giornaliero di 12,7 sigarette fumate⁶. Tuttavia, se questo è vero per i Paesi sviluppati, opposta è la tendenza

1 WHO - International Association for Suicide Prevention (IASP). *La prevenzione del suicidio nelle carceri*. Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO 2007.

2 WHO Regional Office for Europe. *Prisons and Health*. WHO 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1

3 WHO Regional Office for Europe. *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. WHO, 2007.

4 WHO Regional Office for Europe. *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*. WHO, 2013.

5 WHO Regional Office for Europe. *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*. WHO, 2010.

6 *Indagini Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"*. ISTAT 2012.

osservata nei Paesi in via di sviluppo, dove la percentuale di fumatori risulta in aumento. Nonostante ciò, nel nostro campione il numero di fumatori è leggermente superiore tra i detenuti italiani (72,4% vs. 69,6%).

Un altro fattore di rischio in grado di condizionare lo stato di salute è sicuramente il peso corporeo. In questo caso, ricavando il peso e l'altezza del detenuto, abbiamo avuto la possibilità di calcolare il BMI di ogni soggetto raffigurando, così, un'immagine complessiva di questa popolazione. I detenuti normopeso sono risultati essere quasi la metà del campione, vale a dire il 49,7% (vs. 51,9% della popolazione libera italiana nel 2012), i sovrappeso il 35,2% (vs. 34,8%), gli obesi il 13,1% (vs. 10,3%) e i sottopeso l'1,9% (vs. 3%)⁶.

Sulla base di tali valori si può constatare come, contrariamente al fumo di tabacco, la popolazione detenuta non sembri discostarsi di molto da quella libera in termini di peso corporeo, eccezion fatta per un leggero incremento, tra le persone recluse, dei soggetti obesi (+2,8%).

Notevoli discrepanze, invece, si rilevano se prendiamo in considerazione il genere della popolazione in studio (**Tabella 3.1**). Le detenute (e i transgender) risultano essere maggiormente obese sia rispetto agli uomini (18,1% vs. 12,8%), sia rispetto alle donne libere (18,1% vs. 9,4%); tuttavia, ciò non si verifica se prendiamo in considerazione soltanto la condizione di sovrappeso che le vede meno interessate rispetto agli uomini (25,0% vs. 35,9)⁶. Tali risultati sembrano in linea con quanto emerso da una recente revisione sistematica sull'argomento che ha messo in luce come, in ambiente carcerario, vi sia una maggior percentuale di donne con problemi di peso, dovuto al fatto che le strutture penitenziarie, essendo istituzioni prevalentemente maschili, regolano l'apporto calorico sulle necessità dei detenuti maschi sovrastimando quindi il fabbisogno energetico femminile⁷.

Tabella 3.1
Distribuzione (N e %) del BMI nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane – Analisi per genere – Anno 2014

BMI	Uomini		Donne		Transgender	
	N	%	N	%	N	%
Obeso	1.663	12,8	143	18,1	8	19,5
Sovrappeso	4.657	35,9	198	25,0	17	41,5
Normopeso	6.446	49,6	412	52,1	16	39,0
Sottopeso	224	1,7	38	4,8	0	0,0
Totale	12.990	100,0	791	100,0	41	100,0

Un'altra importante differenza è legata alla nazionalità (**Tabella 3.2**). Gli italiani, rispetto ai detenuti stranieri, presentano maggiori problemi di sovrappeso (39,2% vs.

⁷ Herbert K, Plugge E, Foster C et al. *Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review*. Lancet 2012; 379(9830): 1975-82.

30,6%) e di obesità (16,9% vs. 9%), differenze osservabili anche fra i detenuti provenienti da libertà, con o senza precedenti reclusioni, e detenuti già presenti all'interno del circuito penitenziario, vale a dire provenienti da altri istituti, da CDT, da affidamento sociale e da arresti domiciliari (sovrappeso +5,6%; obesi +1,4%).

Tabella 3.2
Distribuzione (%) del BMI nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per nazionalità e provenienza - Anno 2014

BMI	Detenuti italiani % (N=7.041)	Detenuti stranieri % (N=6.030)	Da libertà con o senza precedenti % (N=5.617)	Presenti già nel circuito penitenziario % (N=7.987)
Obeso	16,9	9,0	12,3	13,7
Sovrappeso	39,2	30,6	32,0	37,6
Normopeso	42,9	57,5	52,6	47,7
Sottopeso	1,1	2,9	3,1	1,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

L'analisi per singola regione presenta alcune differenze territoriali, come si può notare nella **Tabella 3.3**. La maggior percentuale di detenuti con problemi di obesità si registra nella carceri umbre (18,4%), mentre il valore più basso si osserva in Toscana con soltanto il 9,7% dei detenuti con un elevato BMI. Parlando dei sottopeso, è la Liguria che raggiunge il valore più alto con il 3,8% dei detenuti. Trattandosi di una popolazione composta da cittadini provenienti da regioni diverse, il confronto con la popolazione libera residente in ogni singola regione risulta inappropriato.

Tabella 3.3
Distribuzione (%) del BMI nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

BMI	Toscana	Veneto	Lazio	Liguria	Umbria	Az. Salerno
	% (N=2.836)	% (N=1.932)	% (N=6.196)	% (N=1.509)	% (N=881)	% (N=468)
Obeso	9,7	13,4	14,1	11,5	18,4	14,7
Sovrappeso	34,3	35,1	36,7	31,8	38,1	28,6
Normopeso	54,7	49,8	47,3	52,9	41,7	56,0
Sottopeso	1,3	1,7	1,9	3,8	1,8	0,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nel corso della nostra indagine è stato rilevato anche il numero di ore trascorse in cella da ogni singolo detenuto, un parametro che rappresenta un indicatore del grado

di sedentarietà rientrando, quindi, tra i possibili fattori di rischio per alcune patologie (disturbi cardiocircolatori, insufficienza venosa, osteoporosi, diabete di tipo 2, alcuni tumori maligni). La media giornaliera di ore trascorse in cella è risultata essere molto alta nel campione complessivo dello studio (16,5 ore) con una differenza di genere che vede le donne godere di una maggior libertà (13,2 ore nelle donne vs. 16,7 ore negli uomini). È però da segnalare che, trattandosi di una rilevazione effettuata dal personale medico, in molti casi le ore inserite rispecchiano quanto previsto dal regolamento della struttura e non il singolo caso. Di seguito la distribuzione osservata nelle diverse regioni (Tabella 3.4).

Tabella 3.4
Distribuzione delle ore trascorse in cella - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

Regione	Ore passate in cella - Media giornaliera
Toscana	15,6
Liguria	15,7
Lazio	16,4
Veneto	17,3
Umbria	18,0
ASL Salerno	19,3
Totale	16,5

3.2 Distribuzione delle patologie per grandi gruppi di malattie

Come descritto nel capitolo precedente, lo strumento di rilevazione prevede la compilazione delle diagnosi attraverso l'utilizzo del sistema di codifica ICD-9-CM⁸. Questo sistema di classificazione, suddividendo le patologie in grandi gruppi di cause, permette una prima disamina della nostra popolazione e l'individuazione di quelle che sono le patologie principali. Successivamente, ogni grande gruppo verrà ulteriormente suddiviso in base alle diagnosi prevalenti dal quale è composto.

I grandi gruppi di cause sono i seguenti:

- malattie del sangue e degli organi emopoietici;
- malattie del sistema circolatorio;
- malattie del sistema nervoso;
- malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo;
- malattie dell'apparato digerente;
- malattie dell'apparato genitourinario;
- malattie dell'apparato respiratorio;

8 Di Liso G, Corvino G, Nonis M et al. *Guida all'ICD IX-cm: Manuale pratico per la compilazione della parte sanitaria nella nuova scheda di dimissione ospedaliera*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1999.

- malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie;
- malattie infettive e parassitarie;
- malattie della pelle e del sottocutaneo;
- tumori;
- disturbi psichici;
- traumatismi e avvelenamenti;
- sintomi, segni e stati morbosi mal definiti;
- malformazioni congenite;
- condizioni morbose di origine perinatale;
- complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

Una prima suddivisione può essere fatta in base alla presenza o assenza di qualsiasi tipo di patologia diagnosticata. Nel campione complessivo dello studio il 32,5% dei detenuti (N=5.120) non presenta alcuna patologia mentre il 67,5% (N=10.631) è affetto da almeno una patologia (anche non grave), valori che mostrano notevoli differenze a seconda della regione presa in esame. Infatti, come riportato nella **Tabella 3.5**, mentre si osserva una certa uniformità fra Toscana, Veneto e Umbria, Lazio e Liguria fanno registrare una percentuale di detenuti malati molto superiore alla media. In controtendenza l'ASL Salerno, dove la percentuale è del 46%.

Tabella 3.5
Distribuzione (%) della popolazione detenuta suddivisa in base alla presenza o assenza di una diagnosi - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

Presenza di almeno una diagnosi	Toscana	Veneto	Lazio	Liguria	Umbria	Az. Salerno
	% (N=3.403)	% (N=2.607)	% (N=6.366)	% (N=1.591)	% (N=1.248)	% (N=536)
Si	57,3	54,9	78,8	79,1	58,1	45,9
No	42,7	45,1	21,2	20,9	41,9	54,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Riguardo al genere, il 67% degli uomini è risultato affetto da almeno una patologia (N=9.934), percentuale che sale nel genere femminile (75%; N=652) e nei transgender (95,7%; N=45).

Come prevedibile, la presenza di malattia correla in maniera lineare con l'età dei detenuti: all'aumentare degli anni, infatti, aumenta anche la percentuale di "malati" (18-29 anni: 58,4%; 30-39 anni: 63,9%; 40-49 anni: 70,9%; 50-59 anni: 76,7%; 60+ anni: 82,6%). Gli italiani risultano maggiormente affetti da almeno una patologia rispetto a quelli stranieri (74% vs. 63,3%), aspetto, questo, che oltre a risentire della diversa composizione per età dei due gruppi etnici (l'età media dei detenuti italiani è 43,6 anni, mentre quella degli stranieri è 35), risente anche del cosiddetto "effetto migrante sano", definizione che mette in risalto la selezione naturale che ha luogo nelle popolazioni che affrontano il processo migratorio.

Tra i detenuti di nazionalità straniera, la percentuale più alta di malati si riscontra in quelli provenienti dal Medio Oriente (77,8%), anche se il campione è abbastanza limitato (N=162), dopodiché nei soggetti provenienti dall'America Latina (73,3%) e dall'Africa del Nord (71,1%); percentuali più basse si registrano, invece, nei cittadini dei Paesi UE e non UE, nei soggetti provenienti dall'Africa occidentale e negli asiatici, anche se per quest'ultima categoria la casistica è piuttosto esigua (**Tabella 3.6**).

Tabella 3.6
Distribuzione (N e %) della popolazione detenuta presente in alcune regioni italiane suddivisa in base alla presenza o assenza di una diagnosi - Analisi per area continentale di provenienza - Anno 2014

Area continentale	Presenza di malattia			
	Sì		No	
	N	%	N	%
Italia	5.720	74,0	2.006	26,0
Africa settentrionale	1.581	71,1	643	28,9
Unione Europea	997	60,4	655	39,6
Paesi Europei non UE	686	51,7	641	48,3
Africa occidentale	322	58,5	228	41,5
America centro-meridionale	293	73,3	107	26,8
Asia	130	54,4	109	45,6
Medio Oriente	126	77,8	36	22,2
Altra area continentale	84	73,0	31	27,0
Totale	9.939	67,5	4.456	32,5

Esaminando la distribuzione delle malattie all'interno della popolazione detenuta, notiamo come anche nella nostra indagine emerge quanto affermato dall'OMS negli ultimi rapporti e negli studi realizzati in Toscana, ovvero che i detenuti risultano affetti prevalentemente da disturbi di natura psichica. Come possiamo osservare dalla **Tabella 3.7**, il 41,3% dei detenuti risulta affetto da almeno un disturbo psichico, per poi passare alle malattie dell'apparato digerente (14,5% del totale dei detenuti) e alle malattie infettive e parassitarie che coinvolgono l'11,5% dei detenuti visitati.

Già da questi primi dati si capisce che le caratteristiche sanitarie della popolazione detenuta sono estremamente differenti da quelle osservabili nel contesto generale. Sicuramente la giovane età e lo stile di vita che accomuna molti detenuti rendono queste persone maggiormente a rischio nei confronti di alcune patologie (disturbi mentali da dipendenza da sostanze, disturbi nevrotici e reazioni di adattamento, disturbi mentali alcol-correlati, disturbi della personalità e del comportamento) ed ancora molto distanti dal manifestare malattie croniche dell'apparato cardiocircolatorio o respiratorio, tipiche dei soggetti più anziani.

Tabella 3.7
Distribuzione (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane suddivisa per grande gruppo di patologia ICD-9-CM - Anno 2014

Grandi gruppi di patologie ICD-9-CM	Totale	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=15.751)
Disturbi psichici	6.504	41,3
Malattie dell'apparato digerente	2.286	14,5
Malattie infettive e parassitarie	1.812	11,5
Malattie del sistema circolatorio	1.788	11,4
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	1.348	8,6
Malattie dell'apparato respiratorio	854	5,4
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	791	5,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	809	5,1
Malattie del sistema nervoso	626	4,0
Malattie dell'apparato genitourinario	452	2,9
Traumatismi e avvelenamenti	344	2,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	282	1,8
Tumori	135	0,9
Malformazioni congenite	103	0,7
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	81	0,5
Condizioni morbose di origine perinatale	7	0,0
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	4	0,0

* Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Trattandosi di due popolazioni molto diverse tra loro, risulta difficile confrontare lo stato di salute delle persone detenute con il resto della popolazione libera. Un primo problema è sicuramente rappresentato dalla ricerca delle fonti più idonee da utilizzare per stimare i valori nella popolazione libera, in quanto, molto spesso, i dati risultano essere disomogenei, frammentari o non disponibili per la maggior parte dei grandi gruppi di patologie. In secondo luogo, come detto in precedenza, è necessario prestare una certa cautela nell'analisi, in virtù della differente stratificazione per età e dei differenti stili di vita e fattori di rischio osservabili nelle due popolazioni prese in esame. Nel tentativo di offrire comunque un raffronto, nella nostra indagine prenderemo in considerazione, ove possibile, i dati di prevalenza delle patologie più frequenti nella popolazione generale, facendo ricorso alle varie fonti disponibili.

Nelle analisi seguenti faremo riferimento alle diagnosi di malattia rilevate (N=23.031) che, seppur con percentuali leggermente diverse, rispecchiano quanto osservato

nell'analisi svolta sulla popolazione detenuta (**Tabella 3.8**). Dai risultati emersi nel nostro studio, ogni soggetto malato ha in media 2,2 diagnosi di patologia. Analisi più dettagliate saranno affrontate all'interno dei singoli paragrafi.

Tabella 3.8
Distribuzione (N e %) delle diagnosi di malattia rilevate nei detenuti presenti in alcune regioni italiane - Analisi per grandi gruppi di patologie ICD-9-CM - Anno 2014

Grandi gruppi di patologie	Totale	
	N	%
Disturbi psichici	9.886	42,9
Malattie dell'apparato digerente	2.680	11,6
Malattie infettive e parassitarie	2.134	9,3
Malattie del sistema circolatorio	2.033	8,8
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	1.542	6,7
Malattie dell'apparato respiratorio	900	3,9
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	860	3,7
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	827	3,6
Malattie del sistema nervoso	678	2,9
Malattie dell'apparato genitourinario	480	2,1
Traumatismi e avvelenamenti	381	1,7
Malattie della pelle e del sottocutaneo	294	1,3
Tumori	136	0,6
Malformazioni congenite	105	0,5
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	83	0,4
Condizioni morbose di origine perinatale	8	0,0
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	4	0,0
Totale	23.031	100,0

Riguardo al genere, si registrano alcune differenze importanti (**Tabella 3.9**). I disturbi psichici sembrano interessare maggiormente gli uomini (43,5% vs. 34,5%), così come le malattie dell'apparato digerente (11,9% vs. 7,7%): in tal senso appare determinante il peso dei disturbi mentali da dipendenza da sostanze e alcol-correlati, delle carie dentali e dei problemi legati all'abuso di bevande alcoliche, maggiormente diffusi tra gli uomini. Al contrario, una percentuale superiore di detenute è affetta da malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie (+3,2% rispetto agli uomini), malattie dell'apparato respiratorio (+3,1%), malattie infettive e parassitarie (+1,8%) e malattie del sangue e degli organi emopoietici (+1,5%), mentre le malattie del sistema circolatorio sono abbastanza in equilibrio nei due generi (+0,5% circa a favore di quello maschile). Le patologie diagnosticate nei transgender sono piuttosto limitate (N=164), ma va segnalato il gran numero di disturbi psichici e di malattie infettive e parassitarie riscontrato in questa categoria (rappresentano rispettivamente il 46,1% e il 23,6% delle diagnosi totali).

Tabella 3.9
Distribuzione (N e %) dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per genere - Anno 2014

Grandi gruppi di patologie	Uomini		Donne		Transgender	
	N	%	N	%	N	%
Disturbi psichici	9.305	43,5	505	34,5	76	46,1
Malattie dell'apparato digerente	2.549	11,9	114	7,7	17	10,3
Malattie infettive e parassitarie	1.935	9,1	161	10,9	38	23,6
Malattie del sistema circolatorio	1.903	8,9	125	8,5	5	3,0
Malattie endocrine e del metabolismo	1.395	6,5	143	9,7	4	2,4
Malattie dell'apparato respiratorio	793	3,7	100	6,8	7	4,2
Malattie osteomuscolari e del connettivo	790	3,7	69	4,7	1	0,6
Malattie del sistema nervoso	613	2,9	60	4,1	5	3,0
Malattie dell'apparato genitourinario	426	2,0	54	3,7	0	0,0
Traumatismi e avvelenamenti	370	1,7	10	0,7	1	0,6
Malattie della pelle e del sottocutaneo	268	1,3	26	1,8	0	0,0
Tumori	114	0,5	21	1,4	1	0,6
Malattie di sangue e organi emopoietici	56	0,3	27	1,8	0	0,0
Altre condizioni patologiche	881	4,1	54	3,7	9	5,5
Totale	21.398	100,0	1.469	100,0	164	100,0

La prevalenza dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta, suddivisa per fascia di età, rispecchia nel complesso quella osservata nella popolazione generale (**Tabella 3.10**). I disturbi psichici incidono nettamente di più nei detenuti giovani-adulti, rappresentando circa il 60% delle diagnosi effettuate nei soggetti di età compresa tra i 18 e i 29 anni e circa il 53% in quelli appartenenti alla fascia di età 30-39 anni, diminuendo notevolmente nei detenuti più anziani (circa il 26% nella fascia di età 50-59 anni e addirittura il 13,2% negli ultra60enni). L'andamento osservato è legato in parte alla diversa prevalenza di alcuni disturbi (soprattutto i disturbi da dipendenza da sostanze), che si manifestano solitamente in soggetti giovani. Se le percentuali legate alle diagnosi di malattie dell'apparato digerente e respiratorio si mantengono abbastanza costanti in tutte le fasce di età, quelle del sistema circolatorio, dell'apparato genitourinario e relative alle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie, mostrano il tipico trend crescente legato all'età e all'invecchiamento. D'altra parte, patologie come l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco, l'ipertrofia prostatica benigna, il diabete mellito e le dislipidemie colpiscono di più gli individui ultra50enni. Lo stesso trend si registra per i tumori, anche se in forma molto più attenuata, probabilmente perché in caso di patologia oncologica sono previste modalità alternative di detenzione.

Tabella 3.10
Distribuzione (%) dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per fascia di età - Anno 2014

Grandi gruppi di patologie	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=3.472)	% (N=6.863)	% (N=6.768)	% (N=4.019)	% (N=1.906)
Disturbi psichici	59,5	53,4	42,3	25,8	13,2
Malattie dell'apparato digerente	11,3	12,1	11,0	12,4	10,9
Malattie infettive e parassitarie	6,9	8,8	12,5	9,4	3,7
Malattie del sistema circolatorio	2,0	3,2	8,3	16,4	27,4
Malattie endocrine e del metabolismo	1,6	3,2	6,4	12,1	18,0
Malattie dell'apparato respiratorio	3,8	4,1	3,5	3,7	5,1
Malattie osteomuscolari e del connettivo	2,2	3,4	3,8	5,2	4,5
Malattie del sistema nervoso	2,4	2,4	2,7	4,4	3,5
Malattie dell'apparato genitourinario	0,7	1,2	1,3	3,4	7,5
Traumatismi e avvelenamenti	1,9	1,6	2,0	1,1	1,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1,2	1,4	1,4	1,0	1,0
Tumori	0,2	0,3	0,6	1,0	1,4
Malattie di sangue e organi emopoietici	0,4	0,3	0,4	0,5	0,3
Altre condizioni patologiche	11,7	8,4	6,7	6,0	4,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Analizzando le diagnosi in base ai principali gruppi etnici di appartenenza (Tabella 3.11), si osserva un'alta prevalenza nei detenuti, in particolare nei nordafricani, dei disturbi di natura psichica. Questo, come vedremo meglio nel capitolo dedicato alla salute mentale, è legato fortemente al disturbo da dipendenza da sostanze. Al contrario, le malattie dell'apparato digerente pesano molto di più nei cittadini dei Paesi UE (18,5% del totale), non UE (14,7%) e italiani (11,6%), e molto meno nei nordafricani (7,8%), così come le malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie e quelle del sistema circolatorio. Un aspetto molto interessante riguarda le diagnosi legate alle malattie infettive e parassitarie: queste, infatti, nonostante il forte legame con l'uso di sostanze,

incidono meno sul totale delle diagnosi riscontrate nei soggetti provenienti dal Nord Africa (5,6% del totale) rispetto a quelli provenienti dalle altre aree (10,2% nei cittadini UE, 9,7% nei cittadini italiani e 8,8% in quelli non UE). È importante sottolineare che la variabile legata all'età può influenzare il diverso carico di malattia osservato fra popolazione italiana e straniera, ma non incide sul carico di malattia analizzato nelle altre tre etnie considerate, dove l'età media risulta sovrapponibile (35 anni circa).

Tabella 3.11
Distribuzione (%) dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per gruppi etnici principali - Anno 2014

Grandi gruppi di patologie	Italia	Nord Africa	Paesi UE	Paesi non UE
	% (N=13.587)	% (N=3.249)	% (N=1.857)	% (N=1.233)
Disturbi psichici	39,3	63,8	37,8	38,4
Malattie dell'apparato digerente	11,6	7,8	18,5	14,7
Malattie infettive e parassitarie	9,7	5,6	10,2	8,8
Malattie del sistema circolatorio	11,2	2,8	5,2	6,5
Malattie endocrine e del metabolismo	8,4	2,6	4,5	4,7
Malattie dell'apparato respiratorio	3,7	3,8	5,0	4,6
Malattie osteomuscolari e del connettivo	4,0	2,0	4,0	5,7
Malattie del sistema nervoso	3,1	2,5	2,3	3,4
Malattie dell'apparato genitourinario	2,4	0,8	1,9	2,4
Traumatismi e avvelenamenti	1,4	1,8	2,1	2,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1,2	1,0	1,9	1,4
Tumori	0,7	0,2	0,5	0,2
Malattie di sangue e organi emopoietici	0,4	0,1	0,2	0,7
Altre condizioni patologiche	2,9	5,2	5,9	6,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Da segnalare anche le differenze presenti tra le regioni partecipanti allo studio (**Tabella 3.12**). I disturbi psichici, infatti, mostrano un picco notevole nel campione ligure, incidendo per circa il 55% sul totale delle diagnosi, mentre sono meno frequenti nell'ASL Salerno (23,1% sul totale), fenomeno probabilmente legato alla scarsa presenza nelle carceri salernitane di detenuti stranieri che, come abbiamo visto in precedenza, sembrano soffrire maggiormente di patologie della sfera psichica. Le malattie dell'apparato digerente sono più frequenti tra i detenuti del Lazio (13,8% del totale) e soprattutto nell'ASL Salerno (21,5% del totale), mentre quelle infettive e parassitarie mostrano un andamento abbastanza costante, anche se valori maggiori si segnalano in Toscana, ASL Salerno e Liguria.

Tabella 3.12
Distribuzione (%) dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

Grandi gruppi di patologie	Toscana	Veneto	Lazio	Liguria	Umbria	Az. Salerno
	% (N=3.948)	% (N=2.695)	% (N=11.620)	% (N=3.243)	% (N=1.135)	% (N=390)
Disturbi psichici	34,9	41,3	43,0	54,8	47,2	23,1
Malattie dell'apparato digerente	9,9	9,1	13,8	8,8	6,0	21,5
Malattie infettive e parassitarie	11,5	6,9	8,9	10,2	8,0	11,3
Malattie del sistema circolatorio	8,5	10,7	8,2	7,1	13,3	19,7
Malattie endocrine e del metabolismo	7,5	8,3	6,3	3,9	8,5	15,6
Malattie dell'apparato respiratorio	3,9	3,2	4,5	2,8	3,5	0,8
Malattie osteomuscolari e del connettivo	6,3	3,4	3,6	2,6	1,1	0,5
Malattie del sistema nervoso	4,1	3,9	2,6	2,3	2,4	3,3
Malattie dell'apparato genitourinario	2,1	1,9	2,2	1,6	2,5	1,3
Traumatismi e avvelenamenti	3,6	1,6	1,2	0,7	2,2	0,0
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1,5	0,9	1,3	1,2	1,7	0,3
Tumori	0,5	0,1	0,7	0,4	1,2	0,0
Malattie di sangue e organi emopoietici	0,5	0,1	0,4	0,3	0,3	0,3
Altre condizioni patologiche	5,2	8,6	3,1	3,4	2,1	2,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

L'ASL Salerno, che, ricordiamo, rappresenta un campione del tutto particolare vista la casistica limitata di detenuti arruolati (N=536) e la scarsa presenza di detenuti di nazionalità straniera, mostra percentuali decisamente più alte di patologie legate al sistema circolatorio (circa il 20% del totale), endocrino e metabolico (15,6% del totale): tale fenomeno può essere ricondotto alla forte presenza di detenuti italiani che, come abbiamo visto precedentemente, sembrano soffrire maggiormente, rispetto agli stranieri, di queste patologie. Nell'ASL Salerno, inoltre, si segnala una percentuale molto più bassa, rispetto alle altre regioni, di malattie dell'apparato respiratorio (0,8% del totale). Un'altra particolarità osservata riguarda la Toscana dove, rispetto alle altre regioni, sembra essere presente una percentuale maggiore di malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo (6,3% del totale) e di traumatismi e avvelenamenti (3,6% del totale), dati che richiedono ulteriori approfondimenti.

Nei paragrafi seguenti cercheremo di approfondire, con analisi più dettagliate, alcuni grandi gruppi di patologie: i disturbi psichici (e le tossicodipendenze), le malattie infettive e parassitarie, le malattie dell'apparato digerente, le malattie del sistema circolatorio, le malattie dell'apparato respiratorio e le malattie endocrine e del metabolismo, esaminando, allo stesso tempo, il trattamento farmacologico associato.

Nel paragrafo che segue presentiamo una panoramica generale sul trattamento farmacologico, introducendo alcuni aspetti che potranno facilitare la comprensione dell'argomento.

3.3 Il trattamento farmacologico

La farmacoterapia, al giorno d'oggi, svolge sicuramente un ruolo di primo piano nel trattamento, e anche nella prevenzione, di molte patologie. Come più volte sottolineato, il carcere rappresenta un ambiente del tutto particolare, con problematiche specifiche, legate anche, e soprattutto, alla dipendenza da sostanze, all'alta prevalenza di disturbi psichici, malattie infettive e parassitarie e dell'apparato digerente. Tutte queste condizioni si avvalgono dell'utilizzo, spesso costante e combinato, di farmaci che, quindi, trovano un largo impiego all'interno delle strutture detentive.

Nella nostra indagine, la parte sanitaria della scheda clinica utilizzata ha previsto la registrazione di eventuali diagnosi di malattia, secondo la classificazione ICD-9-CM, e dei rispettivi trattamenti farmacologici: ad ogni diagnosi, quindi, sono stati associati uno o più farmaci. Tutti i farmaci erogati all'interno delle strutture detentive sono stati censiti per nome commerciale, con relativo dosaggio giornaliero, formulazione e via di somministrazione.

Il 52,7% di tutti i detenuti arruolati nello studio ha assunto almeno un farmaco durante la nostra rilevazione. Il numero totale di farmaci prescritti e associati alle diagnosi di malattia (N=23.031) è risultato essere di 23.712. Il numero di detenuti che hanno fatto uso di almeno un farmaco è stato di 8.296, sul totale di 10.631 persone affette da almeno una patologia (78% del totale di detenuti malati). Sulla base di tali cifre, a 2.335 soggetti non è stata prescritta alcuna terapia farmacologica, pur in presenza di una diagnosi di malattia (22% del totale di detenuti malati). Ogni detenuto in trattamento farmacologico, invece, ha assunto in media 2,8 farmaci (**Tabella 3.13**). Da segnalare che, proprio in virtù della strutturazione del database, non risulta possibile associare un farmaco ad una persona senza diagnosi di malattia, quindi non risultano detenuti sani in terapia.

Tabella 3.13
Riepilogo delle principali informazioni rilevate (N e %) nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Informazioni rilevate	N	%
Detenuti arruolati nello studio	15.751	-
Detenuti con almeno una diagnosi (malati)	10.631	67,5% sul totale degli arruolati
Detenuti senza alcuna diagnosi (sani)	5.120	32,5% sul totale degli arruolati
Diagnosi di malattia rilevate	23.031	-
Numero medio di diagnosi per detenuto malato	2,2	-
Farmaci prescritti	23.712	-
Detenuti malati con almeno un farmaco prescritto	8.296	52,7% sul totale degli arruolati 78% sul totale dei malati
Detenuti malati a cui non è stato prescritto alcun farmaco	2.335	22% sul totale dei malati
Numero medio di farmaci per detenuto in terapia	2,8	-

Per la suddivisione dei farmaci utilizzati ci siamo avvalsi del sistema di classificazione ATC⁹. Tale sistema consiste in una classificazione alfa-numerica, controllata dall'OMS, che suddivide i farmaci in base ad uno schema costituito da 5 livelli gerarchici:

1. il primo livello contiene il gruppo anatomico principale (contraddistinto da una lettera dell'alfabeto):
 - A - Apparato gastrointestinale e metabolismo;
 - B - Sangue ed organi emopoietici;
 - C - Sistema cardiovascolare;
 - D - Dermatologici;
 - G - Apparato genito-urinario e ormoni sessuali;
 - H - Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e insuline;
 - I - Immunologici;
 - J - Antimicrobici generali per uso sistemico;
 - L - Farmaci antineoplastici e immunomodulatori;
 - M - Sistema muscolo-scheletrico;
 - N - Sistema nervoso;

9 http://www.whooc.no/atc/structure_and_principles/

P - Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti;

R - Sistema respiratorio;

S - Organi di senso;

V - Vari;

2. il secondo livello contiene il gruppo terapeutico principale (contraddistinto da un numero di due cifre);
3. il terzo livello contiene il sottogruppo terapeutico farmacologico (contraddistinto da una lettera dell'alfabeto);
4. il quarto livello contiene il sottogruppo chimico-terapeutico farmacologico (contraddistinto da una lettera dell'alfabeto);
5. il quinto livello contiene il sottogruppo chimico (contraddistinto da un numero di due cifre) ed è specifico per ogni singola sostanza chimica.

Riguardo al primo livello, la distribuzione di tutti i farmaci prescritti in ambito carcerario nel nostro studio è illustrata nella **Tabella 3.14**. Come si può notare, più della metà di questi (52,3% del totale) appartiene al gruppo anatomico N (*sistema nervoso*) e tutto ciò era largamente prevedibile dato che il 43% circa delle diagnosi sono legate ai disturbi psichici. Inoltre, bisogna aggiungere che nelle strutture detentive la prescrizione di farmaci appartenenti a questo gruppo (come ansiolitici, antidepressivi e analgesici) è estremamente elevata anche per molti detenuti in assenza di malattie legate alla sfera psichica (aspetto che sarà approfondito nel capitolo dedicato ai disturbi psichici). I farmaci del gruppo C (*sistema cardiovascolare*) si collocano al 2° posto della graduatoria, con circa il 16% del totale: in tal senso, è necessario sottolineare che questi, oltre che per un corretto trattamento delle malattie del sistema circolatorio, trovano impiego per numerose patologie afferenti ad altri grandi gruppi di malattie come, ad esempio, quelle dell'apparato digerente (varici esofagee, cirrosi epatica, complicanze di epatiti acute o croniche), dell'apparato genitourinario (nefropatia diabetica, insufficienza renale acuta o cronica e altri disturbi a carico dei reni), nelle malattie endocrine e del metabolismo (diabete, obesità, dislipidemie), in caso di traumatismi e/o avvelenamenti per ristabilire la pressione arteriosa e la funzionalità cardiaca e nel trattamento di numerose complicanze dovute ad altri stati patologici o agli effetti collaterali di altri farmaci. Tra l'altro, molto spesso i farmaci del gruppo C vengono associati fra loro, richiedendo un trattamento combinato di due o più principi attivi. Infine, si registra una percentuale di farmaci del gruppo A (*apparato gastrointestinale e metabolismo*) in linea con quella delle diagnosi del grande gruppo relativo alle malattie dell'apparato digerente (12,9% per i farmaci vs. 11,6% per le diagnosi), mentre una notevole discrepanza si apprezza per i farmaci del gruppo J (*antimicrobici generali per uso sistemico*), che rappresentano soltanto il 5,3% del totale dei farmaci prescritti, a dispetto delle diagnosi di malattie infettive e parassitarie che si collocano al 3° posto in assoluto nel nostro studio (9,3% sul totale). Il motivo è legato al fatto che, come approfondiremo successivamente, un gran numero di epatiti virali non vengono trattate farmacologicamente.

Tabella 3.14
Distribuzione (N e %) dei farmaci prescritti alla popolazione detenuta in alcune regioni italiane suddivisi in base al gruppo anatomico di appartenenza - Anno 2014

Gruppo anatomico dei farmaci	N	%
Sistema nervoso	12.395	52,3
Sistema cardiovascolare	3.762	15,9
Apparato gastrointestinale e metabolismo	3.066	12,9
Antimicrobici generali per uso sistemico	1.265	5,3
Sangue ed organi emopoietici	869	3,7
Sistema respiratorio	725	3,1
Sistema muscolo-scheletrico	638	2,7
Apparato genito-urinario e ormoni sessuali	343	1,4
Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e insuline	307	1,3
Dermatologici	159	0,7
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	74	0,3
Organi di senso	67	0,3
Vari	35	0,1
Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	7	0,0
Totale	23.712	100,0

Per quanto riguarda il genere, i risultati sono illustrati nella **Tabella 3.15**.

Tabella 3.15
Distribuzione dei farmaci prescritti (N e %) alla popolazione detenuta in alcune regioni italiane suddivisi in base al gruppo anatomico di appartenenza - Analisi per genere - Anno 2014

Gruppo anatomico dei farmaci	Uomini		Donne		Transgender	
	N	%	N	%	N	%
Sistema nervoso	11.326	52,3	971	52,5	98	52,1
Sistema cardiovascolare	3.519	16,2	237	12,8	6	3,2
Apparato gastrointestinale e metabolismo	2.825	13,0	222	12,0	19	10,1
Antimicrobici generali per uso sistemico	1.120	5,2	108	5,8	37	19,7
Sangue ed organi emopoietici	780	3,6	86	4,6	3	1,6
Sistema respiratorio	620	2,9	99	5,4	6	3,2
Sistema muscolo-scheletrico	614	2,8	22	1,2	2	1,1
Apparato genito-urinario ed ormoni sessuali	313	1,4	17	0,9	13	6,9
Preparati ormonali sistemici	242	1,1	64	3,5	1	0,5
Dermatologici	144	0,7	15	0,8	0	0,0
Antineoplastici e immunomodulatori	70	0,3	4	0,2	0	0,0
Organi di senso	64	0,3	1	0,1	2	1,1
Vari	31	0,1	3	0,2	1	0,5
Antiparassitari, insetticidi e repellenti	6	0,0	1	0,1	0	0,0
Totale	21.674	100,0	1.850	100,0	188	100,0

Le donne utilizzano un numero maggiore di principi attivi sul *sistema nervoso*: se le percentuali di farmaci prescritti appartenenti al gruppo anatomico N (*sistema nervoso*) sono pressoché uguali nei due generi, lo stesso non si può dire per quelle relative alle diagnosi di disturbi psichici, notevolmente differenti (43,5% del totale negli uomini vs. 34,5% nelle donne). Al contrario, un numero maggiore di farmaci del gruppo C (*sistema cardiovascolare*) è assunto dagli uomini (16,2% del totale vs. 12,8%), nonostante le diagnosi di malattie del sistema circolatorio non mostrino una differenza così marcata (8,9% del totale vs. 8,5%): in tal senso, probabilmente, incidono molto alcune malattie endocrine e del metabolismo, come diabete e dislipidemie, maggiormente diffuse tra gli uomini. Infine, quasi il 20% dei farmaci prescritti ai transgender appartiene al gruppo J (*antimicrobici generali per uso sistemico*), in virtù del gran numero di diagnosi di malattie infettive e parassitarie riscontrato in questo gruppo (23,6% del totale).

Le percentuali di alcune categorie di farmaci prescritti cambiano sensibilmente a seconda della fascia di età dei detenuti. Una differenza molto netta si registra per quanto riguarda i farmaci del gruppo N, del gruppo A, del gruppo C, del gruppo B e del gruppo H (**Tabella 3.16**).

Tabella 3.16
Distribuzione (%) dei farmaci prescritti alla popolazione detenuta in alcune regioni italiane suddivisi in base al gruppo anatomico di appartenenza - Analisi per fascia di età - Anno 2014

Gruppo anatomico dei farmaci	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=3.076)	% (N=6.457)	% (N=6.807)	% (N=4.705)	% (N=2.662)
Sistema nervoso	74,6	68,0	54,1	33,2	17,4
Sistema cardiovascolare	2,0	5,4	14,2	28,8	38,8
Apparato gastrointestinale e metabolismo	8,3	10,4	12,5	16,7	18,7
Antimicrobici generali	5,1	5,9	7,1	4,5	1,2
Sangue ed organi emopoietici	0,7	1,1	3,1	6,2	10,1
Sistema respiratorio	3,2	2,9	3,0	2,8	3,8
Sistema muscolo-scheletrico	3,1	3,3	2,6	2,5	1,4
Apparato genito-urinario ed ormoni sessuali	0,2	0,5	0,6	2,4	5,6
Preparati ormonali sistemici	1,1	1,1	1,2	1,5	2,0
Dermatologici	1,1	0,7	0,8	0,4	0,3
Antineoplastici	0,1	0,4	0,4	0,4	0,1
Organi di senso	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3
Vari	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Antiparassitari/insetticidi	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

I farmaci attivi sul *sistema nervoso* sono largamente utilizzati nella fascia di età 18-29 anni, rappresentando quasi il 75% del totale di tutti quelli prescritti in questo gruppo di detenuti, nella fascia di età 30-39 anni (68%) e in quella 40-49 anni (circa il 54%), per poi diminuire in maniera considerevole fino ad arrivare a costituire soltanto il 17% circa del totale nei detenuti ultra60enni. Questo fenomeno è ampiamente correlabile all'andamento delle diagnosi legate ai disturbi psichici, che fa registrare un picco in età giovane-adulta per poi diminuire costantemente nelle decadi successive, come illustrato in precedenza. Esattamente il contrario si verifica per i farmaci attivi sul *sistema cardiovascolare*, le cui prescrizioni aumentano notevolmente con il progressivo invecchiamento della popolazione detenuta (si passa dal 2% del totale nella fascia di età 18-29 anni a circa il 40% in quella degli ultra60enni), ripercorrendo sostanzialmente l'andamento che hanno le malattie del sistema circolatorio. I farmaci del gruppo *apparato gastrointestinale e metabolismo* tendono a crescere con l'età dei detenuti (8,3% tra 18-29 anni; 18,7% negli ultra60enni), nonostante le diagnosi delle malattie dell'apparato digerente mostrino un trend abbastanza costante nel corso degli anni: in questo caso l'aumento è legato fondamentalmente all'incremento delle prescrizioni dei farmaci antidiabetici appartenenti a questo gruppo (ipoglicemizzanti orali e insuline), dato che la prevalenza del diabete tra i detenuti aumenta con l'età, come spiegheremo più dettagliatamente nel capitolo relativo alle malattie endocrine e del metabolismo. Si segnala anche l'aumento dell'uso di farmaci del gruppo *apparato genito-urinario e ormoni sessuali* (0,2% tra 18-29 anni; 5,6% negli ultra60enni), correlabile all'incremento negli anni delle patologie di questo apparato, e di quelli attivi su sangue ed organi emopoietici, legato al maggior numero di prescrizioni degli antitrombotici (antiaggreganti piastrinici ed eparinici) per la prevenzione e il trattamento di numerose malattie cardiovascolari.

Riguardo alla nazionalità (**Tabella 3.17**), una percentuale maggiore di farmaci attivi sul *sistema nervoso* è prescritta ai detenuti stranieri rispetto a quelli italiani (61,5% del totale vs. 47,5%). Tale disuguaglianza, ovviamente, è legata alla differente prevalenza dei disturbi psichici (49,9% stranieri vs. 39,3% italiani) presente in questa popolazione. Il contrario si verifica per i farmaci del *sistema cardiovascolare* (20% del totale negli italiani vs. 7,9% del totale negli stranieri) e anche in questo caso il fenomeno dipende dalle diverse percentuali riscontrate di malattie del sistema circolatorio (11,2% vs. 4,7%). Per i farmaci degli altri gruppi, infine, si registra una certa concordanza con le diagnosi delle patologie dei rispettivi apparati.

Tabella 3.17
Distribuzione (N e %) dei farmaci prescritti alla popolazione detenuta in alcune regioni italiane suddivisi in base al gruppo anatomico di appartenenza - Analisi per nazionalità - Anno 2014

Gruppo anatomico dei farmaci	Detenuti italiani		Detenuti stranieri	
	N	%	N	%
Sistema nervoso	6.937	47,5	4.803	61,5
Sistema cardiovascolare	2.913	20,0	618	7,9
Apparato gastrointestinale e metabolismo	2.000	13,7	905	11,6
Antimicrobici generali per uso sistemico	683	4,7	524	6,7
Sangue ed organi emopoietici	657	4,5	154	2,0
Sistema respiratorio	411	2,8	269	3,4
Sistema muscolo-scheletrico	332	2,3	267	3,4
Apparato genito-urinario ed ormoni sessuali	261	1,8	60	0,8
Preparati ormonali sistemici	208	1,4	80	1,0
Dermatologici	81	0,6	71	0,9
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	56	0,4	15	0,2
Organi di senso	34	0,2	30	0,4
Vari	26	0,2	8	0,1
Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	2	0,0	5	0,1
Totale	14.601	100,0	7.809	100,0

Capitolo 4

I disturbi psichici

**I disturbi mentali
da dipendenza
da sostanze**

**Il trattamento
farmacologico
dei disturbi psichici**

4. I disturbi psichici

Da diversi decenni il disturbo mentale rappresenta sicuramente la patologia più frequentemente rilevata all'interno delle strutture detentive. Già agli inizi del secolo scorso un'indagine svolta presso un carcere di massima sicurezza nello stato di New York aveva mostrato un tasso elevato di morbosità psichiatrica tra i detenuti¹, confermato in molti studi successivi. L'esempio più recente lo possiamo trovare in un lavoro del 2012, nel quale vengono riportate le stime della diffusione dei disturbi psicotici (3,6% degli uomini e 3,9% delle donne) e della depressione maggiore (rispettivamente 10,2% e 14,1%) nella popolazione detenuta². A questi, ovviamente, si aggiungono i disturbi da dipendenza da alcol (17-30% degli uomini e 10-24% delle donne) e da sostanze (rispettivamente 10-48% e 30-60%)³.

L'alta prevalenza dei disturbi mentali nelle carceri può essere associata al crimine e agli atti delinquenti⁴, ma probabilmente sono molteplici i fattori chiamati in causa. Alcuni studi assumono che i problemi di salute mentale precedono la reclusione mentre altri, di parere opposto, sostengono che sia proprio l'esperienza carceraria a peggiorare le già precarie condizioni di salute mentale, come l'ansia e la depressione, in quanto reazioni comprensibilmente legate alla detenzione⁵. Estremamente diversa, invece, è la prospettiva che individua il carcere come un contenitore di cittadini "difficili", ovvero di persone caratterizzate da una serie di diverse problematiche sia sociali sia sanitarie, giustificando in tal modo la presenza di un numero così elevato di soggetti con problemi psichici⁶.

Ad ogni modo, indipendentemente dalle cause, la patologia mentale richiede sicuramente un'attenzione particolare e un approccio di cura multidisciplinare, spesso di non facile attuazione.

I disturbi psichici, pur essendo classificati attraverso i codici ICD-9-CM, sono stati in seguito raggruppati nel nostro studio in 10 categorie diagnostiche, applicando la categorizzazione utilizzata all'interno del Sistema informativo regionale per la salute mentale degli adulti (SIRSM). Questo permetterà alle regioni che dispongono dei dati estratti dal flusso informativo regionale di comparare la realtà detentiva con quella presente all'interno dei Servizi di salute mentale che, in assenza di studi di popolazione, esprime meglio la realtà di un territorio.

1 Glueck B. *A study of 608 admissions to Sing Sing prison*. Ment Hyg 1918; 2: 85-151.

2 Fazel S, Seewald K. *Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis*. Br J Psychiatry 2012; 200(5): 364-73.

3 Fazel S, Bains P, Doll H. *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review*. Addiction 2006; 101: 181-191.

4 Fazel S, Gulati G, Linsell L et al. *Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis*. PLoS Med 2009; 6:e1000120.

5 Scott D, Codd H. *Controversial issues in prisons*. Open University Press, 2011.

6 Seddon T. *Punishment and madness*. Routledge, 2006.

Per una più chiara lettura delle informazioni, riportiamo di seguito i codici ICD-9-CM che compongono i 10 raggruppamenti.

- Disturbi mentali organici (senili, presenili e altri): 290, 293, 294, 310.
- Disturbi mentali alcol-correlati: 291, 303, 305.0.
- Disturbi mentali da dipendenza da sostanze: 292, 304, 305.2-305.8.
- Disturbi da spettro schizofrenico: 295, 297, 298.2-298.4, 299.
- Disturbi affettivi psicotici: 296, 298.0, 298.1, 298.8, 298.9.
- Disturbi depressivi non psicotici: 300.4, 309.0, 309.1, 311.
- Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento: 300 ad eccezione di 300.4, 306, 308, 309.2-309.4, 309.8, 309.9, 316.
- Disturbi della personalità e del comportamento: 301, 302, 312.
- Disturbi del comportamento alimentare: 307.1, 307.5.
- Oligofrenie e ritardo mentale: 317, 318, 319.
- Altro: 305.1, 305.9, 307 ad eccezione di 307.1 e 307.5, 313, 314, 315.

Nella nostra coorte il 41,3% (N=6.504) del totale dei detenuti arruolati è risultato affetto da almeno una patologia psichiatrica. Le diagnosi di disturbi psichici sono state 9.886, vale a dire circa il 43% del totale di quelle rilevate. Ciò significa che ogni soggetto con un disturbo di salute mentale era portatore mediamente di 1,5 diagnosi di malattie appartenenti a questo grande gruppo.

La distribuzione delle patologie psichiatriche rilevate, per mezzo dei 10 raggruppamenti citati precedentemente, è illustrata nella **Tabella 4.1**. Come si può notare quasi la metà delle diagnosi di questo grande gruppo di malattie è attribuibile al disturbo mentale da dipendenza da sostanze, un problema che affligge circa il 24% di tutta la popolazione detenuta arruolata nello studio, a cui dedicheremo un apposito paragrafo.

Tabella 4.1
Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Categorie diagnostiche SIRSM	N	% sul totale dei disturbi psichici	% sul totale dei detenuti arruolati
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	4.902	49,6	23,6
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	2.733	27,6	17,3
Disturbi mentali alcol-correlati	885	9,0	5,6
Disturbi affettivi psicotici	433	4,4	2,7
Disturbi della personalità e del comportamento	262	2,7	1,6
Disturbi depressivi non psicotici	139	1,4	0,9
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	113	1,1	0,7
Disturbi da spettro schizofrenico	94	1,0	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	6	0,1	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	5	0,1	0,0
Altro	314	3,2	2,0
Totale	9.886	100,0	41,3

Al secondo posto troviamo i disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento che rappresentano quasi il 28% del totale delle patologie psichiatriche e colpiscono circa il 17% di tutti i detenuti partecipanti all'indagine: in questo caso non è possibile capire se la malattia sia insorta precedentemente alla reclusione o se si sia sviluppata durante questo periodo (viste le notevoli problematiche e difficoltà che comporta la vita carceraria in un soggetto già fortemente a rischio per la presenza di altri fattori di rischio concomitanti, quali l'abuso di alcol e l'uso di sostanze stupefacenti), oppure, ancora, se si sia "slatentizzata" ed esacerbata in tale contesto.

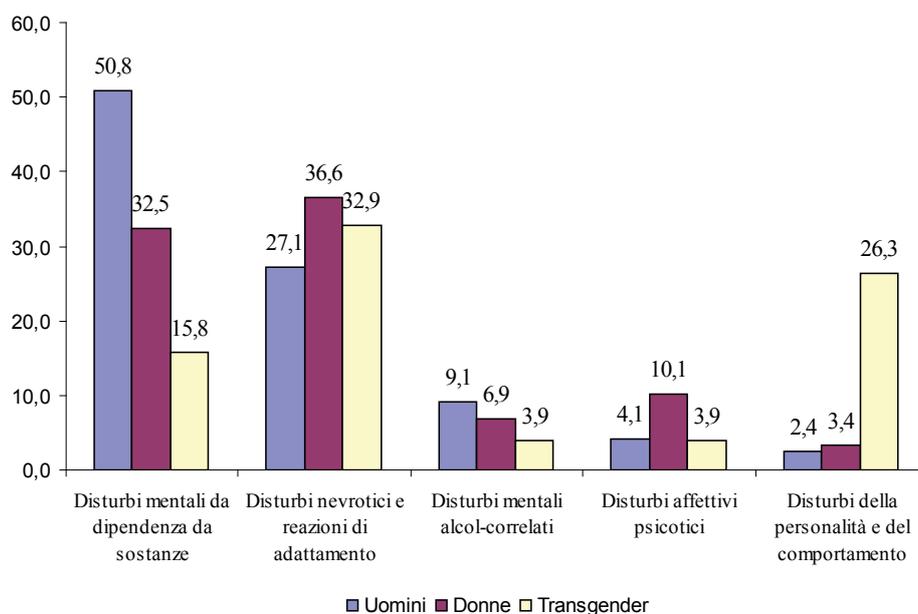
Ai disturbi nevrotici seguono i disturbi mentali alcol-correlati che, pur con percentuali minori, ricoprono un ruolo importante all'interno delle strutture detentive costituendo il 9% del totale dei disturbi psichici e affliggendo circa il 6% degli arruolati allo studio.

Riguardo alle diagnosi (**Tabella 4.2** e **Figura 4.1**), la patologia psichiatrica più diffusa fra gli uomini è il disturbo mentale da dipendenza da sostanze che rappresenta oltre il 50% delle diagnosi psichiatriche, seguito dal disturbo nevrotico (27% circa) e dal disturbo mentale alcol-correlato (9% circa). Nelle donne, invece, la patologia più rappresentata è il disturbo nevrotico-reazione di adattamento, con il 36,6% delle diagnosi psichiatriche totali, seguito dal disturbo mentale da dipendenza da sostanze (32,5%) e dal disturbo affettivo psicotico (10% circa). Tra i transgender spiccano i disturbi della personalità e del comportamento (26,3% del totale delle diagnosi delle patologie psichiatriche) che rappresentano il secondo gruppo diagnostico dopo i disturbi nevrotici.

Tabella 4.2
Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane -
Analisi per genere - Anno 2014

Categorie diagnostiche SIRSM	Uomini		Donne		Transgender	
	N	%	N	%	N	%
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	4.726	50,8	164	32,5	12	15,8
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	2.523	27,1	185	36,6	25	32,9
Disturbi mentali alcol-correlati	847	9,1	35	6,9	3	3,9
Disturbi affettivi psicotici	379	4,1	51	10,1	3	3,9
Disturbi della personalità e del comportamento	225	2,4	17	3,4	20	26,3
Disturbi depressivi non psicotici	123	1,3	14	2,8	2	2,6
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	102	1,1	10	2,0	1	1,3
Disturbi da spettro schizofrenico	87	0,9	7	1,4	0	0,0
Oligofrenie e ritardo mentale	6	0,1	0	0,0	0	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	2	0,0	3	0,6	0	0,0
Altro	285	3,1	19	3,8	10	13,2
Totale	9.305	100,0	505	100,0	76	100,0

Figura 4.1
Differenze nella distribuzione dei principali disturbi psichici riscontrati nei detenuti in alcune regioni italiane - Analisi per genere - Anno 2014



Oltre al genere, anche l'età sembra influire sull'andamento dei disturbi psichici nella popolazione detenuta, come confermato distribuendo il numero totale di diagnosi delle patologie psichiatriche nelle varie fasce di età (**Tabella 4.3**).

Tabella 4.3
Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Analisi per fascia di età - Anno 2014

Categorie diagnostiche SIRSM	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=2.066)	% (N=3.670)	% (N=2.861)	% (N=1.035)	% (N=251)
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	53,0	51,5	49,9	40,3	29,1
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	27,1	26,2	26,8	34,0	37,8
Disturbi mentali alcol-correlati	8,6	9,5	8,8	8,5	8,4
Disturbi affettivi psicotici	2,5	3,9	4,6	7,5	11,2
Disturbi della personalità/comportamento	2,8	2,6	2,7	2,3	2,4
Disturbi depressivi non psicotici	0,8	1,3	1,4	2,1	4,4
Disturbi mentali organici (senili, presenili)	0,8	1,2	1,2	1,1	2,0
Disturbi da spettro schizofrenico	0,5	0,6	1,4	1,4	2,4
Oligofrenie e ritardo mentale	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Altro	3,8	3,1	3,1	2,7	2,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

In linea con i dati riguardanti la popolazione generale⁷, i disturbi mentali da dipendenza da sostanze diminuiscono notevolmente con il progressivo invecchiamento della popolazione reclusa, passando dal 53% osservato fra i detenuti di età compresa fra i 18 e i 29 anni al 29% registrato fra gli ultra60enni; andamento che non si verifica per i disturbi mentali alcol-correlati, i cui valori si mantengono costanti in tutte le fasce di età. Contrariamente ai disturbi suddetti, i disturbi affettivi psicotici aumentano progressivamente con l'avanzare dell'età, mostrando percentuali 3 volte superiori nelle persone di 50-59 anni (7,5%) rispetto a quelle di 18-29 anni (2,5%), così come i disturbi nevrotici-reazioni di adattamento che colpiscono maggiormente i detenuti più anziani, facendo registrare un picco dopo i 50 anni (34% del totale delle diagnosi psichiatriche tra i detenuti di 50-59 anni e circa il 38% in quelli ultra60enni).

Suddividendo la popolazione detenuta nei 3 principali gruppi etnici presenti si notano interessanti differenze (**Tabella 4.4**).

Tabella 4.4
Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Analisi per etnia - Anno 2014

Categorie diagnostiche SIRSM	Italia		Africa del Nord		Europa dell'Est	
	N	%	N	%	N	%
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	2.763	51,8	1.103	53,0	425	37,1
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	1.440	27,0	498	23,9	413	36,1
Disturbi mentali alcol-correlati	359	6,7	220	10,6	166	14,5
Disturbi affettivi psicotici	266	5,0	75	3,6	35	3,1
Disturbi della personalità e del comportamento	152	2,9	48	2,3	15	1,3
Disturbi depressivi non psicotici	98	1,8	19	0,9	12	1,0
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	71	1,3	18	0,9	13	1,1
Disturbi da spettro schizofrenico	66	1,2	12	0,6	7	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	2	0,0	1	0,0	2	0,2
Disturbi del comportamento alimentare	3	0,1	0	0,0	1	0,1
Altro	113	2,1	87	4,2	56	4,9
Totale	5.333	100,0	2.081	100,0	1.145	100,0

Il disturbo da dipendenza da sostanze interessa in misura maggiore i nordafricani e molto meno gli estereuropei, mentre il contrario avviene per quello alcol-correlato. I disturbi nevrotici-reazioni di adattamento sono più frequenti tra i cittadini

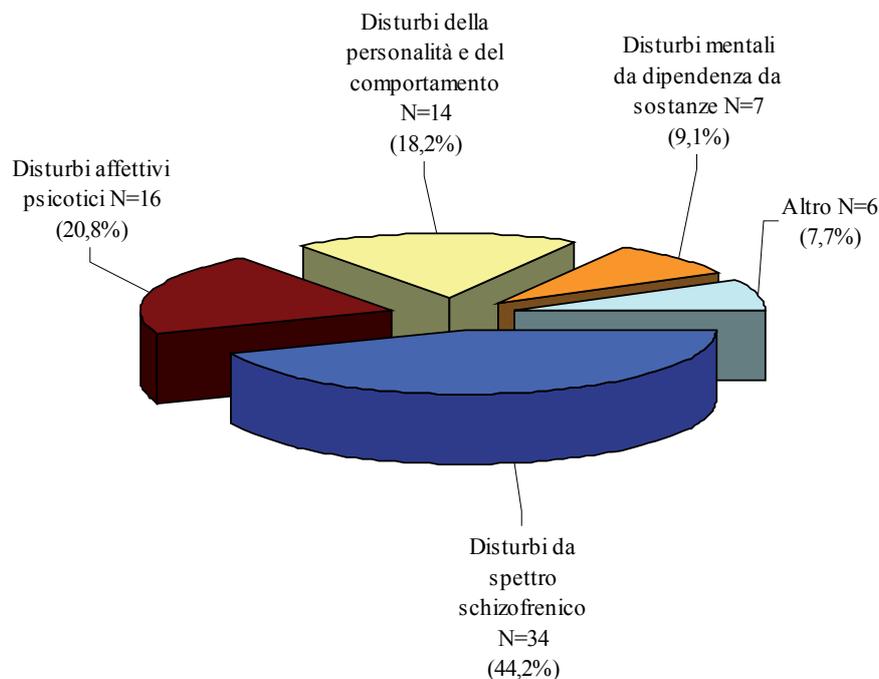
⁷ *Relazione annuale al Parlamento 2014. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia*. Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento Politiche antidroga. <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2014/presentazione.aspx>

dell'Europa dell'Est e molto meno, invece, nei soggetti provenienti dall'Africa del Nord, mentre i disturbi affettivi psicotici, quelli della personalità e del comportamento e quelli depressivi non psicotici colpiscono maggiormente i detenuti italiani. Lo stesso si verifica per il disturbo da spettro schizofrenico che, essendo una patologia altamente invalidante con annessa incapacità da parte dell'individuo di porsi su un piano di realtà, risulta meno frequente tra gli stranieri risentendo di quello che viene definito "effetto migrante sano".

Da segnalare che in Toscana è presente l'Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) di Montelupo, che abbiamo analizzato separatamente. In questo istituto sono presenti 98 soggetti, tutti maschi: l'età media risulta di circa 40 anni e la fascia di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 30 e i 39 anni (35% del totale) seguita da quella 40-49 anni (32% del totale).

Gli internati affetti da disturbi psichici sono 77 (79% circa del campione). Come ci aspettavamo, i disturbi più frequenti risultano quelli di tipo schizofrenico con il 44,2% (N=34) delle diagnosi, seguiti da quelli affettivi psicotici con il 21% circa (N=16) e dai disturbi della personalità e del comportamento con il 18,2% (N=14) (**Figura 4.2**). Infatti, il quadro delineato all'interno dell'OPG è, ovviamente, molto diverso rispetto a quello presente nelle strutture penitenziarie, poiché tale struttura ospita persone che hanno commesso reati ma in uno stato di incapacità, totale o parziale, di intendere e di volere, dovuta alla presenza di infermità mentale. Per tale motivo la popolazione internata si differenzia sensibilmente, per tipologia di problema presente e per l'intensità di cura che le gravi patologie psicotiche richiedono, da quella delle carceri, dove, se escludiamo i problemi di dipendenza da droga e alcol, si rilevano soprattutto disturbi di tipo nevrotico e di adattamento che, come sappiamo, sono caratterizzati da sintomatologia persistente e clinicamente significativa in risposta a fattori stressanti. Per molti aspetti, l'OPG si configura come l'esperazione, nel senso della presenza di una popolazione di maggiore gravità e consistenza delle patologie riscontrate, di un DSM, mentre le strutture detentive "ordinarie" presentano problemi psichici che, generalmente, sono trattati solo marginalmente ed occasionalmente dai Servizi di salute mentale territoriali. Cionondimeno, appare di notevole importanza evidenziare la necessità che i Servizi di salute mentale mettano in atto percorsi terapeutico-riabilitativi idonei ad assumere in carico nel territorio i pazienti presenti negli OPG, da un lato, e si impegnino a garantire la cura delle persone detenute negli Istituti penitenziari per intercettare i disturbi mentali evidenziati e farsi carico dei casi più gravi.

Figura 4.2
Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nella popolazione detenuta presso l'OPG di Montelupo - Anno 2014



Non essendo possibile effettuare un confronto tra la popolazione detenuta e quella residente in Italia per quanto riguarda il grande gruppo dei disturbi psichici e dato che i flussi provenienti dai SIRSM non sono disponibili per tutte le regioni, abbiamo deciso di fare ricorso a un grande studio condotto in Italia nei primi anni del 2000, parte di un progetto europeo su larga scala (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders – ESEMeD*), per valutare la prevalenza dei disturbi mentali⁸. Il 7,3% della popolazione italiana con età superiore ai 18 anni era risultata affetta da almeno una patologia psichiatrica (4% degli uomini e 10,5% delle donne), mentre tra i detenuti della nostra indagine la situazione è completamente diversa, dato che il 41,3% degli arruolati ha una diagnosi di disturbo psichico (41% degli uomini; 43,6% delle donne; 81% dei transgender).

Considerando lavori più recenti, uno studio condotto nel 2011 ha confrontato la prevalenza dei disturbi mentali all'interno di un grande carcere italiano e in un campione randomizzato di persone libere con caratteristiche simili a quelle della popolazione

⁸ de Girolamo G, Polidori G, Morosini P et al. *La prevalenza dei disturbi mentali in Italia*. Progetto ESEMeD-WMH, 2005. <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>

detenuta per quanto riguarda lo status socio-economico e la distribuzione per età e per genere: il 58,7% dei detenuti è risultato affetto da almeno una patologia psichiatrica a fronte dell'8,7% rilevato nel gruppo di controllo⁹.

Vi sono dati più specifici, disponibili attraverso varie fonti, riguardo a patologie come ansia e depressione, ai disturbi mentali alcol-correlati e, nel paragrafo a loro dedicato, ai disturbi mentali da dipendenza da sostanze.

La prevalenza dei disturbi d'ansia nel nostro lavoro è stata del 7,7%, mentre nella popolazione libera italiana compresa tra i 18 e i 65 anni risulta del 2,4%, sulla base delle rilevazioni condotte nel 2012 dall'ISTAT¹⁰.

Per il disturbo di natura depressiva, invece, il quadro è abbastanza diverso dato che vi sono delle differenze di genere e di età riguardo alla prevalenza di tale condizione, che colpisce più frequentemente le donne e i soggetti in età più avanzata¹¹. Tra i detenuti, gli uomini che soffrono di questo disagio rappresentano il 2,5% sul totale degli arruolati e le donne il 6,1%, mentre nella popolazione generale compresa tra i 18 e i 65 anni la prevalenza è del 2,7% nel genere maschile e del 4,1% nel genere femminile¹⁰. Ad ogni modo, nell'analisi di questi dati bisogna tener conto della giovane età media della popolazione detenuta e della bassa percentuale di donne presenti nelle strutture penitenziarie (meno del 10% della popolazione detenuta).

I disturbi mentali alcol-correlati affliggono il 5,6% di tutta la popolazione detenuta e l'età media dei soggetti affetti è di circa 38 anni; nella popolazione generale queste forme morbose hanno una prevalenza inferiore allo 0,5% e colpiscono maggiormente le persone intorno ai 50 anni¹².

Vi sono delle differenze riguardo alla distribuzione delle diagnosi delle patologie psichiatriche nei detenuti delle 6 regioni partecipanti all'indagine (**Figura 4.3**). In Liguria, infatti, rappresentano quasi il 55% del totale dei grandi gruppi di malattie, in Umbria il 47%, Veneto e Lazio oscillano tra il 41% e il 43%, mentre valori decisamente più bassi si registrano in Toscana (35% circa del totale) e soprattutto nella ASL Salerno (23% circa del totale). Come approfondiremo meglio in seguito, queste differenze sono legate soprattutto alla diversa prevalenza, nei detenuti delle 6 regioni coinvolte nello studio, dei disturbi da dipendenza da sostanze.

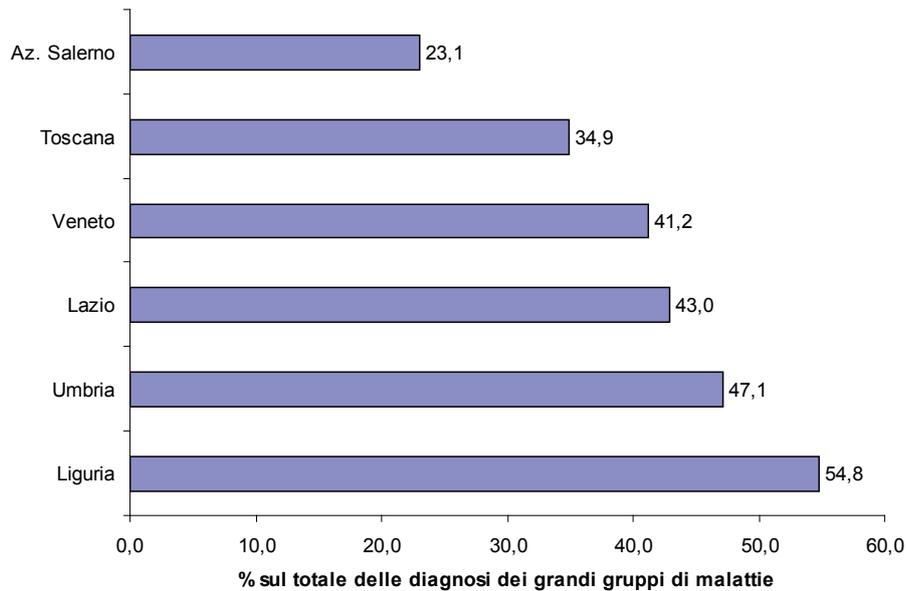
9 Macciò A, Meloni FR, Sisti D et al. *Mental disorders in Italian prisoners: Results of the REDiMe study*. *Psychiatry Res* 2015; 225(3): 522-30.

10 *Indagine statistica multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2012-2013*. ISTAT, 2014.

11 *Depression: a global crisis*. World Federation for Mental Health – WHO, World Mental Health Day, October-10-2012: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1

12 *Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*. Ministero della salute, Roma 2013: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2112_allegato.pdf

Figura 4.3
Differenze (%) di prevalenza dei disturbi psichici nei detenuti delle 6 regioni coinvolte nello studio - Anno 2014



4.1 I disturbi mentali da dipendenza da sostanze

Dato che il 50% delle diagnosi relative ai disturbi psichici sono attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti, focalizziamo la nostra attenzione su questo tipo di disturbi mentali. A tal proposito, due recenti studi finlandesi hanno evidenziato come l'utilizzo di droghe all'interno delle strutture detentive abbia subito negli ultimi 20 anni un incremento esponenziale con valori che sono aumentati addirittura di 10 volte, passando dal 5% circa a più del 50%, sia negli uomini che nelle donne^{13, 14}. Gli autori forniscono al fenomeno un'interpretazione di tipo giudiziario, vale a dire connessa all'illegalità dell'atto, elemento non presente, invece, nell'alcol-dipendenza: le sostanze stupefacenti, infatti, essendo proibite, alimentano il senso di trasgressione da parte dell'individuo che ne fa uso, rafforzano, in un certo senso, l'appartenenza ad un gruppo ristretto di persone e, allo stesso tempo, il grado di emarginazione sociale, meccanismi che risultano essere meno evidenti per quanto riguarda l'alcol, essendo questo una sostanza legalmente accettata e, al contrario, molto spesso consentita e pubblicizzata come bevanda di status.

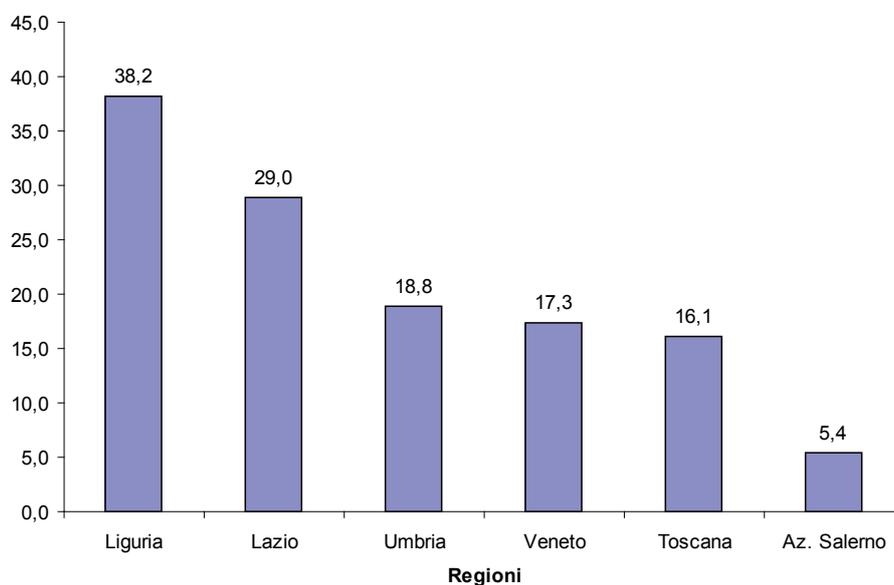
¹³ Lintonen T, Vartiainen H, Aarnio J et al. *Drug use among prisoners: by any definition, it's a big problem*. *Subst Use Misuse* 2011; 46(4): 440-51.

¹⁴ Lintonen T, Obstbaum Y, Aarnio J et al. *The changing picture of substance abuse problems among Finnish prisoners*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47(5): 835-42.

Deve essere comunque sottolineato come la presenza in carcere di soggetti con problemi di uso di sostanze risente fortemente delle politiche sanzionatorie adottate, politiche che, molto spesso, subiscono notevoli variazioni tra i vari paesi e, nel tempo, all'interno della stessa Italia.

Il 23,6% (N=3.713) dei detenuti partecipanti al nostro studio ha evidenziato delle problematiche droga-correlate e la distribuzione di questi soggetti è stata notevolmente differente a seconda della regione considerata (**Figura 4.4**): in Liguria il 38,2% degli arruolati ha manifestato tale disagio, nel Lazio il 29%, in Umbria, Veneto e Toscana si sono registrate percentuali comprese tra il 19 e il 16%, mentre nella ASL Salerno soltanto il 5,4% della popolazione detenuta è risultata affetta da disturbi mentali da dipendenza da sostanze.

Figura 4.4
Differenze (%) di prevalenza dei disturbi da dipendenza da sostanze nella popolazione detenuta delle 6 regioni coinvolte nello studio - Anno 2014

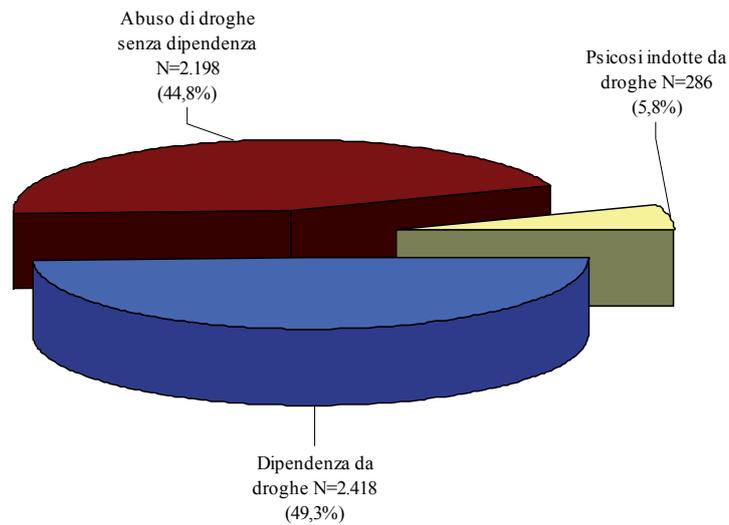


L'età media dei detenuti affetti da questa patologia è 37,3 anni e la fascia di età più rappresentata quella compresa fra 30 e 39 anni (che comprende circa il 38% dei soggetti con problematiche droga-correlate), seguita da quella compresa fra 40 e 49 anni (29,3%) e fra 18 e 29 anni (22%).

Riguardo all'etnia, i nordafricani risultano essere il gruppo più coinvolto, con circa il 37% delle persone provenienti dall'Africa del Nord che hanno manifestato il disturbo; a seguire vi sono gli italiani con il 27% circa degli arruolati e i cittadini provenienti dall'Europa dell'Est (12%).

All'interno della categoria relativa ai disturbi mentali da dipendenza da sostanze si può far riferimento a 3 ulteriori stati patologici, ovvero: abuso di droghe senza dipendenza, dipendenza da droghe e psicosi indotte da droghe. Tale suddivisione, con i risultati relativi al nostro studio, è riportata nella **Figura 4.5**.

Figura 4.5
Distribuzione (N e %) dei 3 stati patologici legati al disturbo mentale da dipendenza da sostanze nei detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014



Come si può notare, la dipendenza da droghe risulta la diagnosi prevalente all'interno del campione con quasi la metà dei casi riscontrati, seguita a breve distanza (circa il 45% sul totale) dall'abuso di droghe senza dipendenza, mentre le psicosi indotte da droghe risultano nettamente inferiori, con meno del 6% delle diagnosi. Per quanto riguarda la tipologia di sostanza utilizzata, abbiamo preso in considerazione tutti i casi di abuso e di dipendenza da droghe registrati nella nostra indagine, nonostante queste due problematiche abbiano caratteristiche diverse, tali da richiedere modalità di approccio in parte differenti (**Tabella 4.5**).

Tabella 4.5
Distribuzione (N e %) dell'abuso e della dipendenza da droghe per tipologia di sostanza stupefacente utilizzata dai detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014

Abuso di droghe senza dipendenza e dipendenza da droghe	N	%
Abuso di cocaina	1.086	23,5
Dipendenza da oppioidi	766	16,6
Altra dipendenza da droghe	701	15,2
Dipendenza da cocaina	696	15,1
Abuso di cannabinoidi	577	12,5
Abuso di oppioidi	492	10,7
Dipendenza da cannabinoidi	254	5,5
Altro abuso di sostanze*	44	1,0
Totale	4.616	100,0

* Abuso di allucinogeni; abuso di barbiturici e di sedativi o ipnotici; abuso di amfetamina o di simpatico-mimetici ad azione simile; abuso di antidepressivi.

L'abuso di cocaina rappresenta il fenomeno più frequente con il 23,5% dei casi, seguito dalla dipendenza da oppioidi (16,6% sul totale): in tal senso, questi dati mostrano come la cocaina costituisca ormai da diversi anni, almeno in Italia, la droga maggiormente ricercata ed utilizzata, avendo soppiantato, anche in una popolazione più problematica come quella detenuta, la sostanza stupefacente che in passato era più frequentemente associata ad un certo disagio sociale, ovvero l'eroina. Inoltre, si può osservare che, mentre per la cocaina si parla più spesso di abuso (la dipendenza si registra nel 15% dei casi), per l'eroina la problematica maggiore è rappresentata dalla dipendenza (l'abuso si verifica nel 10% circa dei casi). Questa differenza è legata soprattutto agli effetti indotti sull'organismo umano dalle due sostanze in questione: l'uso delle sostanze oppioidi crea immediatamente una forte dipendenza, sia fisica che psichica, mentre quello della cocaina ha una minor capacità, almeno nel breve termine, di indurre dipendenza che, in molti casi, riguarda soprattutto la sfera psichica, portando il soggetto ad un forte utilizzo in determinate circostanze o ricorrenze.

La terza sostanza stupefacente maggiormente sperimentata, da parte della popolazione detenuta, è costituita dai cannabinoidi, con un abuso relativamente frequente (12,5% dei casi) soprattutto nelle fasce di età più giovani, mentre meno diffusa è la dipendenza, proprio in virtù delle proprietà farmacodinamiche di questo genere di sostanze, che sono in grado di indurre soltanto quella di tipo psicologico.

Per quanto riguarda la voce "altra dipendenza da droghe", che costituisce circa il 15% del totale, abbiamo racchiuso in questa categoria la dipendenza da farmaci sedativo-ipnotici o ansiolitici (la più frequente), quella da amfetamina e altri psicostimolanti, quella da allucinogeni e da altre droghe non specificate.

Riguardo all'età, le diagnosi di dipendenza/abuso di cocaina sono abbastanza costanti per tutte le fasce di età, con un picco nei soggetti ultra60enni, mentre quelle di abuso/dipendenza da oppioidi si concentrano maggiormente nei detenuti tra i 40 e i 59 anni e, invece, quelle relative ai cannabinoidi spiccano tra le persone più giovani, di 18-39 anni (**Tabella 4.6**). Da segnalare che l'abuso e la dipendenza da amfetamine e sostanze allucinogene sono state riscontrate rispettivamente in 19 e 11 casi, la maggior parte dei quali (circa l'80%) distribuiti nelle fasce di età più giovani (18-39 anni).

Nella nostra indagine il numero di detenuti con diagnosi di "dipendenza da droghe" corrisponde a 1.992 e rappresenta il 12,6% del totale dei partecipanti allo studio, valore nettamente superiore a quanto registrato nella popolazione generale presente in Italia nel 2012, dove la stima della prevalenza di tossicodipendenti con bisogno di trattamento è stata dello 0,8%, per un totale di circa 461.000 individui, di cui soltanto il 36% (N=164.101) è stato effettivamente trattato dai Servizi per le tossicodipendenze (SerT)⁷.

Passando in rassegna le psicosi indotte da droghe, i risultati sono riportati nella **Figura 4.6**. Nella maggior parte dei casi (57% del totale) il disturbo è l'intossicazione, con un corteo sintomatologico differente a seconda della sostanza utilizzata: l'eroina, infatti, rafforza il sistema parasimpatico causando miosi, depressione respiratoria e coma, preceduti spesso da stati soporosi o paranoidei), mentre la cocaina rafforza il sistema simpatico, causando uno stato di grave ansietà con condotta violenta, psicosi e possibile insorgenza di aritmie cardiache e infarto del miocardio.

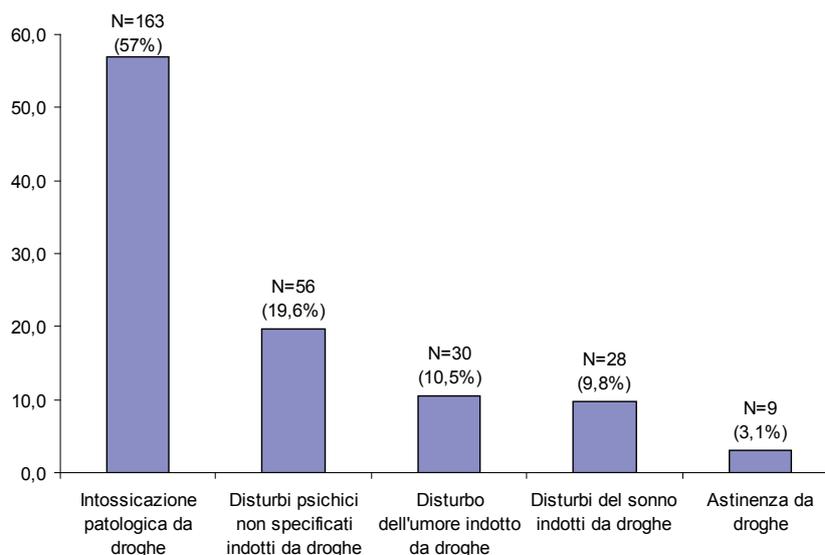
Tabella 4.6
Distribuzione (N e %) dell'abuso e della dipendenza da droghe per tipologia di sostanza stupefacente utilizzata dai detenuti in alcune regioni italiane - Analisi per fascia di età - Anno 2014

Abuso e dipendenza da sostanze	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=1.053)	% (N=1.772)	% (N=1.336)	% (N=385)	% (N=69)
Dipendenza da cocaina	16,6	14,8	14,2	15,1	14,5
Abuso di cocaina	22,0	24,3	22,0	26,2	42,0
Dipendenza da oppioidi	11,6	16,0	21,5	16,6	13,0
Abuso di oppioidi	7,6	10,2	12,9	14,0	7,2
Dipendenza da cannabinoidi	9,5	5,4	3,8	1,8	0,0
Abuso di cannabinoidi	16,8	13,0	9,3	10,6	7,2
Altra dipendenza da droghe	14,8	15,1	15,6	14,5	15,9
Altro abuso di sostanze	1,0	1,1	0,7	1,0	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La tipologia di sintomi che le sostanze psicostimolanti (cocaina, anfetamina e similari) determinano a carico del sistema nervoso con aumento dell'attività, disinibizione, possibile sviluppo di sintomi interpretativi o paranoidei, rende ragione dell'elevata presenza di queste diagnosi nelle persone detenute, soprattutto se di giovane età, per la possibile associazione con le condotte antisociali e delinquenziali che ad esse si associano.

Nel 19,6% dei casi vi sono disturbi psichici vari, caratterizzati spesso da allucinazioni o deliri, mentre meno frequenti risultano i disturbi dell'umore indotti da droghe (stati maniacali, stati depressivi o stati misti) e i disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia) legati all'utilizzo di sostanze.

Figura 4.6
Distribuzione (N e %) delle psicosi indotte da droghe nei detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014



Abbiamo condotto, infine, un'analisi per valutare la comorbidità, vale a dire la presenza di altre malattie, nei detenuti con disturbo mentale da dipendenza da sostanze (N=3.713). Il 74% (N=2.747) di queste persone è affetto da un'altra condizione morbosa: in particolare, il 45,4% (N=1.685) soffre di un altro disturbo psichico e il 23,5% (N=871) ha una diagnosi di malattia infettiva. I risultati, con ulteriori informazioni, sono illustrati nella **Tabella 4.7**.

Tabella 4.7
Distribuzione (N e %) della comorbidità nei detenuti affetti da disturbo da dipendenza da sostanze in alcune regioni italiane - Anno 2014

Detenuti con disturbo da dipendenza da sostanze (N=3.713)	
↓	
74% (N=2.747) di queste persone è affetto da un'altra condizione morbosa	
45,4% (N=1.685) soffre di un altro disturbo psichico	
<u>Disturbi psichici</u>	26,7% (N=991) ha un disturbo nevrotico-reazione di adattamento
	13,8% (N=511) ha un disturbo mentale alcol-correlato
23,5% (N=871) ha una diagnosi di malattia infettiva	
<u>Malattie infettive</u>	18,5% (N=688) ha una diagnosi di epatite C
	4,1% (N=153) ha una diagnosi di HIV
	3,3% (N=122) ha una diagnosi di epatite B
	0,5% (N=17) ha una diagnosi di HIV, epatite B, epatite C

4.2 Il trattamento farmacologico dei disturbi psichici

Nel nostro studio, il 46% dei farmaci utilizzati nelle strutture penitenziarie è stato associato alle patologie psichiatriche, pari a 10.871. Ben il 95,2% (N=10.352) di questi appartiene al gruppo anatomico principale N (*sistema nervoso*), mentre il restante 4,8% (N=519) ad altri gruppi. I 10.352 farmaci attivi sul sistema nervoso sono stati prescritti a 4.511 detenuti affetti da disturbi psichici (in media 2,3 principi attivi per detenuto trattato). Riguardo ai farmaci del gruppo N, una suddivisione ulteriore è illustrata nella **Tabella 4.8**. Proviamo, quindi, ad approfondire ogni singolo sottogruppo terapeutico. Purtroppo non è possibile confrontare l'utilizzo degli psicofarmaci nella popolazione detenuta con quello nella popolazione generale senza prendere in considerazione gli elementi legati alla spesa farmaceutica, un fattore presente nei rapporti annuali elaborati dall'AIFA e che non abbiamo potuto naturalmente includere nella nostra analisi.

Tabella 4.8
Distribuzione (N e %) dei farmaci del sistema nervoso prescritti per i disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014

Sottogruppo terapeutico farmacologico	N	%
Ansiolitici	3.910	37,8
Antipsicotici	1.824	17,6
Antiepilettici	1.427	13,8
Antidepressivi	1.342	13,0
Ipnotici e sedativi	1.170	11,3
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	509	4,9
Sostanze anticolinergiche	130	1,3
Altri farmaci	40	0,4
Totale	10.352	100

Ansiolitici – Fra questi, la classe principale è costituita dai derivati benzodiazepinici che, oltre ad avere un effetto ansiolitico, hanno anche proprietà ipnotico-sedative, miorilassanti e antiepilettiche, tanto che ritroveremo questo tipo di farmaci anche in altri sottogruppi terapeutici. Tra i derivati benzodiazepinici, infatti, esistono numerose molecole con diversa durata d'azione in grado di determinarne la specificità d'uso.

Gli ansiolitici sono farmaci largamente usati nella popolazione generale: presentano effetti collaterali non gravi, ma danno facilmente tolleranza o assuefazione, dipendenza e sindrome astinenziale se interrotti bruscamente. Infatti, nonostante siano noti gli effetti delle benzodiazepine sugli stati d'ansia, sull'agitazione e sulla tensione, è altrettanto nota la dipendenza psicofisica che causano, con sintomi di astinenza che possono manifestarsi anche dopo brevi periodi di utilizzo (4-6 settimane di uso continuativo). Da segnalare che tali disturbi sono più frequentemente indotti da molecole a breve emivita (*Lorazepam*) piuttosto che da quelle a lunga emivita (*Diazepam*). Per i motivi sopra citati, la somministrazione di questi farmaci a soggetti con disturbo di personalità e con storia di abuso di sostanze richiede un'attenta valutazione da parte del clinico.

Nel nostro studio sono stati prescritti 3.910 ansiolitici (**Tabella 4.9**) a 3.206 detenuti affetti da disturbi psichici: largamente utilizzati risultano i derivati benzodiazepinici con il 99,6% (N=3.893) delle prescrizioni, mentre poco frequente è stato l'uso degli antistaminici di prima generazione, dotati di blanda azione sedativa.

Tabella 4.9
Distribuzione (N e %) dei farmaci ansiolitici prescritti per i disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane – Anno 2014

Derivati benzodiazepinici		Antistaminici 1 ^a generazione	
Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Diazepam</i>	1.785	<i>Idrossizina</i>	17
<i>Lorazepam</i>	1.228		
<i>Alprazolam</i>	511		
<i>Delorazepam</i>	340		
<i>Bromazepam</i>	20		
<i>Clordiazepossido</i>	8		
<i>Ketazolam</i>	1		
Totale	3.893 (99,6%)		17 (0,4%)

Antipsicotici (o neurolettici) – Sono utilizzati per il trattamento dei sintomi causati da disturbi mentali di tipo psicotico, schizofrenico, maniacale e da dipendenza da sostanze. Si dividono in 2 gruppi: gli “antipsicotici tipici” o di prima generazione, che hanno buona efficacia su sintomi positivi (deliri, allucinazioni) e negativi (anedonia, abulia) ma effetti collaterali anche gravi come la sindrome extrapiramidale e l’iperprolattinemia, e gli “antipsicotici atipici” o di seconda generazione che, avendo pari efficacia sui sintomi negativi e maggiore su quelli positivi, hanno un miglior profilo farmacocinetico, pur presentando effetti collaterali di tipo metabolico.

Le linee guida nazionali e internazionali non indicano una sostanziale differenza di efficacia tra antipsicotici tipici e atipici, rimandando al clinico l’opportunità di utilizzare l’uno piuttosto che l’altro, nel singolo paziente, puntando soprattutto sulla possibilità di limitare gli effetti collaterali. Ciò su cui pongono attenzione è il passaggio da una categoria all’altra, che viene sconsigliato (salvo casi d’intollerabilità), e la poli-farmacoterapia, ammessa solo in casi eccezionali (es. passaggio da una categoria all’altra e per breve periodo)¹⁵. Da notare, comunque, che l’utilizzo di due antipsicotici, secondo alcune linee guida, non è esplicitamente controindicato e che di fronte a patologie gravi, che si esprimono con serie e continue turbe del comportamento, sono frequenti i trattamenti combinati anche nei Servizi territoriali esterni^{16,17}.

Nella nostra analisi sono stati inclusi in questa categoria di farmaci anche gli “stabilizzatori dell’umore” usati per il trattamento del disturbo bipolare. Per questa patologia, la molecola più efficace e maggiormente utilizzata è il litio, che però ha vari effetti collaterali e necessita di un attento controllo dei livelli plasmatici, esame particolarmente complicato da garantire nelle strutture detentive per i tempi prolungati di prescrizione ed esecuzione.

Il numero totale di antipsicotici prescritti risulta essere 1.824 (**Tabella 4.10**), distribuiti su 1.507 detenuti affetti da disturbi psichici: 696 (38,2%) sono antipsicotici di prima generazione, 1.112 (60,1%) antipsicotici di seconda generazione, mentre il litio è stato somministrato in 16 casi.

15 *Gli interventi precoci nella schizofrenia. Sistema nazionale per le linee guida*. Documento 14, ottobre 2007: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_schizofrenia.pdf

16 Barnes TR, Paton C. *Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: benefits and risks*. *CNS Drugs* 2011; 25(5): 383-99.

17 Palcic S, Broussard P, Pettinelli A et al. *Studio retrospettivo sull’utilizzo di farmaci antipsicotici nel territorio dell’Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”*. *Giornale italiano di Farmacia clinica* 2011; 25:4.

Tabella 4.10
Distribuzione (N e %) dei farmaci antipsicotici prescritti per i disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014

Antipsicotici tipici		Antipsicotici atipici		Stabilizzatori dell'umore	
Principio attivo	N	Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Promazina</i>	206	<i>Quetiapina</i>	744	<i>Litio Carbonato</i>	16
<i>Clorpromazina</i>	190	<i>Olanzapina</i>	241		
<i>Levomepromazina</i>	144	<i>Clotiapina</i>	37		
<i>Aloperidolo</i>	124	<i>Risperidone</i>	35		
<i>Perfenazina</i>	15	<i>Aripiprazolo</i>	27		
<i>Levosulpiride</i>	8	<i>Amisulpiride</i>	21		
<i>Flufenazina</i>	6	Altri	7		
Altri	3				
Totale	696 (38,2%)	1.112 (60,1%)		16 (1,7%)	

Antiepilettici – In questa categoria vi rientrano i farmaci anticonvulsivanti tradizionali, alcuni derivati benzodiazepinici che, come detto precedentemente, hanno spiccate proprietà antiepilettiche e i barbiturici che, tuttavia, vengono utilizzati raramente a causa dei gravi effetti collaterali anche a bassi dosaggi (depressione respiratoria e coma) e della tolleranza e dipendenza che inducono.

Gli antiepilettici, solitamente, vengono usati per il trattamento di alcune malattie neurologiche come epilessia e dolori neuropatici che, tuttavia, risultano poco frequenti nella popolazione detenuta (meno del 3% di tutte le diagnosi di malattia). Ad ogni modo, questa categoria di farmaci si dimostra efficace, spesso a dosaggi inferiori, anche nella cura di altri stati patologici: disturbi bipolari (*Acido Valproico* e *Carbamazepina*), fobie e attacchi di panico (*Clonazepam*, off-label), disturbi d'ansia generalizzata (*Gabapentin* e *Pregabalin*, off-label), tutte forme morbose molto frequenti tra i detenuti. Tali farmaci sono, però, frequentemente adoperati per un'azione di stabilizzazione del comportamento. Si presume, quindi, che il discreto utilizzo di tali molecole, da noi rilevato nel corso dell'indagine, sia legato fondamentalmente al trattamento di quest'ultima condizione, associata agli altri sintomi o patologie eventualmente riscontrate, anche se manca un razionale specifico a sostegno.

Il numero totale di antiepilettici prescritti è 1.427 (**Tabella 4.11**), distribuiti su 1.219 persone affette da disturbi psichici: i più utilizzati sono gli anticonvulsivanti tradizionali (N=936; 65,6%), seguiti dai derivati benzodiazepinici (N=473; 33,1%), mentre raramente vengono usati i barbiturici.

Tabella 4.11
Distribuzione (N e %) dei farmaci antiepilettici prescritti per i disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014

Anticonvulsivanti tradizionali		Derivati benzodiazepinici		Barbiturici	
Principio attivo	N	Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Acido Valproico</i>	582	<i>Clonazepam</i>	473	<i>Fenobarbital</i>	18
<i>Gabapentin</i>	218				
<i>Pregabalin</i>	66				
<i>Carbamazepina</i>	44				
Altri	26				
Totale	936 (65,6%)	473 (33,1%)			18 (1,3%)

Antidepressivi - Un'adeguata terapia farmacologica degli stati depressivi è fondamentale, dal momento che il mancato trattamento di questo disagio determina un aumento del rischio di suicidio, l'aggravamento della sindrome depressiva e un rischio maggiore di malattie organiche. In alcuni casi, nei quali il rischio di ricorrenza è alto, la terapia può essere somministrata anche a tempo indeterminato.

Esistono varie classi di farmaci utilizzabili per il trattamento della depressione. Gli "inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina" (SSRI) sono considerati il *gold standard*, anche perché causano solitamente pochi effetti collaterali e di lieve entità. Ugualmente privi di effetti collaterali importanti sono gli "antidepressivi noradrenergici e serotonergici specifici" (NaSSA) e gli "inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina" (SNRI). Farmaci più obsoleti, che determinano numerosi effetti collaterali anche gravi (crisi ipertensive e aritmie cardiache) sono rappresentati dagli "antidepressivi triciclici", che oramai vengono utilizzati soltanto negli stati depressivi resistenti agli altri trattamenti. Un'altra categoria di farmaci è costituita dagli "antidepressivi di seconda generazione", tra i quali è particolarmente usato il *Trazodone*, una molecola capace di fornire effetti farmacologici già dalla prima settimana di assunzione, al contrario di tutti gli altri farmaci antidepressivi fin qui elencati che necessitano di almeno 3-4 settimane di utilizzo continuativo. I principali effetti collaterali del *Trazodone* sono sedazione, ipotensione ortostatica e alcune disfunzioni sessuali.

Secondo le Linee guida dell'AIFA, gli SSRI presentano un'efficacia paragonabile a quella degli antidepressivi triciclici, anche se la frequenza e la gravità degli effetti collaterali dei primi (letalità virtualmente inesistente in caso di overdose) è decisamente più bassa e la tollerabilità maggiore (numero inferiore di persone che abbandonano prematuramente la terapia). L'impiego degli SSRI, quindi, può migliorare la disponibilità e la corretta adesione del paziente al trattamento farmacologico, anche se vi sono delle forme depressive gravi con caratteristiche melanconiche che traggono maggiori benefici dalla somministrazione dei farmaci triciclici. Sia i NaSSA che gli SNRI presentano un'efficacia paragonabile a quella degli SSRI e dei triciclici, mentre per il *Trazodone* le

indicazioni non sono univoche: alcuni studi riportano un'efficacia simile ai farmaci già citati e altri, invece, indicano un effetto terapeutico inferiore, in particolare nelle forme patologiche gravi con rallentamento psicomotorio importante¹⁸.

Vista la pericolosità nell'utilizzo di alcuni principi attivi durante la detenzione, le recenti Linee guida inglesi hanno suddiviso alcuni farmaci¹⁹, tra cui gli antidepressivi, in 3 categorie:

1. farmaci non appropriati in carcere (*Red Medicines*), a causa del loro potenziale rischio per la salute se assunti in modo improprio - somministrati soltanto qualora non siano disponibili alternative;
2. farmaci utilizzabili soltanto quando le alternative hanno avuto scarso successo (*Amber Medicines*) - in questo caso, pur riconoscendo il rischio legato all'abuso di queste sostanze, il danno per l'individuo è inferiore a quanto riscontrato nei farmaci "rossi";
3. farmaci di prima scelta (*Green Medications*), in cui il danno legato al sovradosaggio è minimo.

Ad esempio, nel caso di un detenuto affetto da depressione, i principi attivi di prima scelta (*Green*) sono gli SSRI; in caso di mancato risultato quelli di seconda scelta (*Amber*) sono i NaSSA, gli SNRI e il *Trazodone*, mentre solo in casi sporadici o quando non esistono alternative si ricorre ai farmaci *Red*, come i triciclici.

Nel nostro studio il numero totale di antidepressivi prescritti è stato di 1.342 (**Tabella 4.12**), distribuiti su 1.155 detenuti affetti da disturbi psichici: i più utilizzati risultano gli SSRI (N=595; 44,3%), seguiti dai NaSSA (N=377; 28%), dai triciclici (N=147; 11%), dal *Trazodone* (N=120; 8,9%) e dagli SNRI (N=80; 6%).

Se confrontiamo i nostri risultati con quanto descritto nelle Linee guida inglesi, si osserva una netta prevalenza nell'uso di principi attivi *Green* e *Amber*, mentre per quanto riguarda la prescrizione di quelli *Red* (antidepressivi triciclici) rimandiamo ai clinici la possibile interpretazione del dato. Possiamo solo suggerire che il rischio di suicidio nelle persone detenute (da 15 a 20 volte maggiore rispetto alla popolazione ordinaria) può spingere lo psichiatra ed il medico a scegliere le opzioni più "forti" rispetto a quelle di nuova generazione, ma meno rassicuranti, anche se espongono ad un maggior rischio di effetti collaterali.

¹⁸ *Linee-guida per la scelta dei farmaci antidepressivi*. BIF Mag-Giu 2001 N.3 – AIFA.

¹⁹ *Safer Prescribing in Prisons. Guidance for clinicians*. Royal College of General Practitioners, 2011: <http://www.drugsandalcohol.ie/16294/#>

Tabella 4.12
Distribuzione (N e %) dei farmaci antidepressivi prescritti per i disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014

SSRI		NaSSA		Antidepressivi triciclici	
Principio attivo	N	Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Paroxetina</i>	227	<i>Mirtazapina</i>	377	<i>Amitriptilina</i>	102
<i>Sertralina</i>	149			<i>Trimipramina</i>	35
<i>Citalopram</i>	112			<i>Clomipramina</i>	9
<i>Escitalopram</i>	79			<i>Imipramina</i>	1
<i>Fluoxetina</i>	27				
<i>Fluvoxamina</i>	1				
Totale	595 (44,3%)		377 (28,0%)		147 (11,0%)
Antidepressivi 2 ^a generazione		SNRI		Altri tipi di antidepressivi	
Principio attivo	N	Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Trazodone</i>	120	<i>Venlafaxina</i>	60	<i>Bupropione</i>	12
		<i>Duloxetina</i>	20	<i>Mianserina</i>	11
Totale	120 (8,9%)		80 (6,0%)		23 (1,8%)

Ipnotici e sedativi - In questa categoria rientrano i derivati benzodiazepinici, soprattutto quelli a breve durata d'azione, e alcuni farmaci che agiscono in maniera molto simile, classificati appunto come analoghi delle benzodiazepine, tra cui spicca lo *Zolpidem*. Queste sostanze vengono impiegate per il trattamento dell'insonnia e dei disturbi sonno-correlati, in particolare su base ansiosa, dato che sono in grado di facilitare l'addormentamento e di ridurre il numero di risvegli notturni.

Nella nostra indagine sono stati prescritti 1.170 farmaci ipnotici/sedativi (Tabella 4.13) per 1.090 detenuti con disturbi di salute mentale: i più utilizzati risultano i derivati benzodiazepinici (N=946; 80,1%), mentre meno frequente è l'uso dello *Zolpidem* (N=224; 19,9%).

Tabella 4.13
Distribuzione (N e %) dei farmaci ipnotici e sedativi prescritti per i disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014

Derivati Benzodiazepinici		Analoghi delle Benzodiazepine	
Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Triazolam</i>	708	<i>Zolpidem</i>	224
<i>Lormetazepam</i>	180		
<i>Flurazepam</i>	58		
Totale	946 (80,1%)		224 (19,9%)

Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza - Vengono usati per la disassuefazione da droga, alcol e nicotina. Il 96% (N=489) dei farmaci impiegati nel nostro studio sono legati al trattamento della dipendenza da sostanze oppioidi: si registrano in totale 439 prescrizioni di *Metadone* e 50 di *Buprenorfina*. Il restante 4% (N=20) è rappresentato dai farmaci utilizzati nella dipendenza da alcol, tra cui spicca l'uso del *Disulfiram*.

Sostanze anticolinergiche - Si segnala la prescrizione di 130 farmaci appartenenti a questa categoria nei detenuti affetti da disturbi psichici: in circa il 60% (N=79) dei casi la molecola impiegata è stata il *Biperidene*, mentre nel restante 40% (N=51) l'*Orfenadrina*. Questi farmaci vengono usati per il trattamento della sindrome extrapiramidale causata dall'utilizzo di antipsicotici di prima generazione oppure, nel caso del *Biperidene*, per diminuire il fastidio legato all'eccessiva sudorazione nei soggetti che assumono metadone (off-label). Tuttavia, questi 2 principi attivi possono avere effetti collaterali anche gravi come midriasi, bradicardia e depressione respiratoria, fino ad arrivare al coma e alla morte. Si segnala la tendenza all'abuso inappropriato, nello specifico del *Biperidene*, a scopo voluttuario per gli effetti euforizzanti che tale molecola è in grado di sviluppare.

Altri farmaci - Le 40 prescrizioni rilevate riguardano soprattutto farmaci analgesici oppioidi (N=11) come *Tramadolo*, farmaci per il trattamento dell'emicrania (N=10) come *Pizotifene* e sostanze antipiretiche (N=7).

Passiamo, adesso, ad illustrare l'associazione fra categoria farmacologica prescritta e tipo di patologia psichiatrica (**Tabella 4.14**). Come si può notare, gli ansiolitici vengono somministrati prevalentemente nei disturbi nevrotici-reazioni di adattamento (57,5% delle prescrizioni di questo sottogruppo) e, secondariamente, nei disturbi da dipendenza da sostanze (circa il 20%). Un andamento simile si registra anche per i farmaci ipnotici/sedativi che, come detto in precedenza, hanno caratteristiche del tutto sovrapponibili a quelle degli ansiolitici. Gli antidepressivi sono molto utilizzati nei disturbi nevrotici-reazioni di adattamento (47,5% delle prescrizioni) e nei disturbi affettivi psicotici (18,5%). Gli antiepilettici trovano un largo impiego nei disturbi nevrotici (circa il 42%) e nei disturbi da dipendenza da sostanze (circa il 23%), mentre gli antipsicotici sono discretamente usati nei disturbi affettivi psicotici (15% circa) e nelle tossicodipendenze (15%), oltre alla frequente somministrazione rilevata nei disturbi nevrotici. In base a questi dati, ciò che risulta subito evidente è l'elevata prescrizione di farmaci diversi da quelli per la disassuefazione da droghe nei detenuti con problemi di tossicodipendenza, che rimanderebbe, probabilmente, all'alto numero di soggetti affetti da "doppia diagnosi" (dipendenza da sostanze più altra patologia psichiatrica). Il discreto impiego degli antipsicotici nei disturbi nevrotici e nei disturbi affettivi psicotici può essere ricondotto ugualmente alla doppia diagnosi (presenza anche di schizofrenia o disturbo della personalità). Da segnalare, infine, come gli antiepilettici vengano spesso usati nei disturbi nevrotici e nei disturbi affettivi psicotici, probabilmente con un dosaggio più basso, per sfruttare le proprietà di questi farmaci nella stabilizzazione dell'umore e nel trattamento delle fobie e degli stati ansiosi generalizzati.

Tabella 4.14
Distribuzione (N e %) degli psicofarmaci più prescritti per tipologia di disturbo psichico nei detenuti in alcune regioni italiane - Anno 2014

Disturbi psichici	Ansiolitici	Anti-depressivi	Anti-epilettici	Anti-psicotici	Ipnotici/Sedativi
	% (N=3.910)	% (N=1.342)	% (1.427)	% (N=1.824)	% (N=1.170)
Nevrotici/reazioni di adattamento	57,5	47,5	42,1	45,8	59,8
Dipendenza da sostanze	19,8	14,8	22,7	15,0	14,3
Disturbi affettivi psicotici	6,7	18,5	13,9	15,1	7,0
Personalità/del comportamento	3,1	3,3	7,6	8,3	2,8
Disturbi depressivi non psicotici	2,0	6,6	3,8	3,3	2,4
Disturbi da spettro schizofrenico	1,5	2,1	3,3	6,2	1,5
Organici (senili, presenili ed altri)	2,5	1,8	2,4	2,6	0,9
Disturbi mentali alcol-correlati	2,8	1,0	2,3	1,4	2,1
Comportamento alimentare	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Oligofrenie e ritardo mentale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Altro	4,1	4,4	1,7	2,1	9,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Benzodiazepine e tossicodipendenze

Dedichiamo un piccolo approfondimento per i detenuti con problematiche droga-correlate che assumono, oltre ai farmaci per la disassuefazione da sostanze, anche i derivati benzodiazepinici, dato che questa associazione terapeutica può aumentare il rischio di incorrere negli effetti tossici di questi farmaci (stato soporoso, depressione respiratoria, ipotensione e perdita di coscienza). Nella nostra analisi il 3,6% (N=134) dei detenuti sono stati trattati sia con benzodiazepine che con farmaci per la dipendenza da sostanze come *Metadone* o *Buprenorfina*. Gli effetti collaterali precedentemente descritti possono essere indotti, soprattutto nei soggetti tossicodipendenti, dall'associazione di 2 derivati benzodiazepinici: tale situazione si è verificata nel 5,6% (N=207) dei casi nelle persone con dipendenza da sostanze.

Le benzodiazepine più utilizzate nei detenuti affetti da disturbi mentali da dipendenza da sostanze sono illustrate nella **Tabella 4.15**, con la posologia maggiormente impiegata e la relativa modalità di somministrazione. Non è stato possibile effettuare un confronto con l'utilizzo di questa tipologia di molecole nella popolazione generale, in quanto le benzodiazepine non rientrano nel gruppo dei farmaci rimborsabili (fascia A e H).

Tabella 4.15
Elenco delle benzodiazepine più usate nei detenuti con disturbi da dipendenza da sostanze in alcune regioni italiane - Anno 2014

Principio attivo	Modalità di somministrazione	Posologia
<i>Diazepam</i>	Gocce orali, soluzione	30 gtt/die = 7,5 mg/die*
<i>Lorazepam</i>	Compresse	2,5 mg/die
<i>Zolpidem (analogo benzodiazepine)</i>	Compresse	10 mg/die
<i>Delorazepam</i>	Gocce orali, soluzione	25 gtt/die = 1,25 mg/die*
<i>Triazolam</i>	Compresse	0,25 mg/die
<i>Lorazepam</i>	Gocce orali, soluzione	50 gtt/die = 5 mg/die*
<i>Alprazolam</i>	Gocce orali, soluzione	30 gtt/die = 1 mg/die*
<i>Alprazolam</i>	Compresse	1 mg/die

* Conversione gocce in mg (1 gtt = 0,05 ml).

Conclusioni

I problemi di salute mentale rappresentano, da anni ormai, una vera e propria emergenza di salute all'interno delle carceri sia italiane che degli altri Paesi. Tale situazione è stata confermata anche dal nostro studio che ha evidenziato, tra le altre cose, come il disturbo psichico associato a dipendenza da sostanze sia quello maggiormente implicato. Se è vero che, molto spesso, i detenuti giungono già nella struttura detentiva con una o più patologie psichiatriche, lo è altrettanto che l'ambiente carcerario favorisce l'insorgenza o l'esacerbazione di alcune malattie di salute mentale, come disturbi di ansia generalizzati, nevrosi, reazioni di adattamento, soprattutto se già presente un disturbo della personalità che si manifesta con maggiore evidenza in carcere con turbe del comportamento.

Indubbiamente la gestione e il trattamento delle patologie psichiatriche in un contesto difficile e pieno di problematiche come quello detentivo è molto complicata, prevedendo un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento delle componenti sanitarie, sociali, giudiziarie e politiche. L'intervento psichiatrico, seppur svolto in ambito penitenziario, deve avere come obiettivo quello di fornire al paziente la percezione chiara che esiste un reale interesse per la sua persona e, unitamente al trattamento farmacologico, devono essere attuate strategie orientate a restituirgli innanzitutto autostima. Tale affermazione ha carattere generale e vale quindi per tutti i tipi di disagio, indipendentemente dalla loro natura, ma ogni forma patologica va trattata e curata in modo diverso dalle altre. In questo senso, la promozione e la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari costituiscono obiettivi che nell'immediato bisogna porsi non solo ai fini più strettamente

sanitari, ma anche ai fini della sicurezza negli istituti. Un maggior benessere psichico, consentito da una risposta complessivamente più consona alla domanda che i detenuti formulano, non potrà che ridurre lo stillicidio di piccole e grandi emergenze che soffocano la vita penitenziaria e danno luogo ad un incessante disordine che innesca frequentemente situazioni conflittuali, tra persone detenute stesse ma, ancora più frequentemente, nei confronti del personale di Polizia penitenziaria. Inoltre, le attività di prevenzione e cura rivolte a migliorare alcuni comportamenti (abuso/dipendenza da droghe e abitudine a fumo e alcol) sono sicuramente in grado di agevolare il trattamento e la riabilitazione psichiatrica dei detenuti, in collaborazione con i servizi territoriali esterni.

L'intervento di prevenzione e cura della salute mentale delle persone detenute non può essere affidato al singolo professionista, per quanto competente ed esperto, ma deve essere compreso negli obiettivi e nell'organizzazione del Dipartimento di salute mentale, con l'impegno di maggiori risorse e lo sviluppo di programmi multidisciplinari.

Riguardo alla prescrizione degli psicofarmaci, quello che ci sembra di grande interesse è mostrare ai clinici le potenzialità della raccolta informatizzata del dato come strumento non di controllo, ma di efficacia nello svolgimento del proprio lavoro.

Nelle strutture penitenziarie, molto spesso, la scelta del farmaco da impiegare è determinata dalla minor gravità degli effetti collaterali provocati. In tal senso, vista la particolarità dell'ambiente carcerario, una delle modalità di somministrazione più utilizzate è la forma in soluzione (gocce) oppure quella oro-disperdibile, al fine di ridurre il più possibile l'accumulo con conseguente rischio di overdose, volontaria a scopo suicidario o voluttuario, o di spaccio/commercio. Uno dei problemi maggiori è sicuramente rappresentato dalla poli-farmacoterapia che, secondo il parere di molti psichiatri, dovrebbe rappresentare l'ultima risorsa come opzione di trattamento, dopo il fallimento di monoterapia, *switching* e altri tipi di approcci (sostegno psicologico, psicoterapia cognitivo-comportamentale). Tra i detenuti, quelli che richiedono l'uso di più farmaci sono i pazienti tossicodipendenti, proprio a causa del loro disturbo: in questa categoria di soggetti, ad esempio, l'utilizzo degli ansiolitici è sconsigliato e ci preme sottolineare il fatto che nella nostra rilevazione questo dato non risulta critico. Nonostante ciò, ricordiamo che molte persone, essendo in trattamento presso i SerT, sono sottoposte a disintossicazione manifestando numerosi sintomi psichici, tra cui l'insonnia, che possono richiedere l'impiego di ansiolitici. Inoltre, i detenuti tossicodipendenti che, a causa di prolungati trattamenti, hanno sviluppato una dipendenza da questi farmaci dovrebbero essere assunti in cura dal SerT stesso e ricevere un programma di progressiva riduzione del dosaggio, salvo ci sia una specifica indicazione per una patologia psichiatrica. Riguardo alla scelta del principio attivo, infine, i clinici sembrano propendere spesso per il *Diazepam* e il *Lorazepam* perché somministrabili in gocce e, quindi, maggiormente controllabili.

Regione Toscana: disturbi psichici

Tabella 4.16
Distribuzione (N e %) delle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta in Toscana - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi disturbo psichico	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=3.403)	N	% sul totale delle diagnosi
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	547	16,1	719	52,0
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	308	9,1	309	22,4
Disturbi affettivi psicotici	109	3,2	109	7,9
Disturbi mentali alcol-correlati	100	2,9	100	7,2
Disturbi della personalità e del comportamento	41	1,2	42	3,0
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	29	0,9	29	2,1
Disturbi da spettro schizofrenico	26	0,8	26	1,9
Disturbi depressivi non psicotici	16	0,5	16	1,2
Oligofrenie e ritardo mentale	3	0,1	3	0,2
Altro	29	0,9	29	2,1
Totale	1.025	30,1	1.382	100,0

* Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 4.17
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta in Toscana - Anno 2014

Sottogruppo terapeutico farmacologico	Farmaci	
	N	%
Ansiolitici	702	39,5
Antipsicotici	293	16,5
Antiepilettici	274	15,4
Antidepressivi	266	15,0
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	161	9,1
Ipnotici e sedativi	48	2,7
Sostanze anticolinergiche	13	0,7
Antiemeticanti	8	0,5
Oppioidi	6	0,3
Altri analgesici ed antipiretici	4	0,2
Anestetici locali	1	0,1
Psicolettici e psicoanalettici in associazione	1	0,1
Totale	1.777	100,0

Regione Veneto: disturbi psichici

Tabella 4.18
Distribuzione (N e %) delle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta in Veneto - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi disturbo psichico	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=2.607)	N	% sul totale delle diagnosi
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	452	17,3	469	42,2
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	377	14,5	379	34,1
Disturbi affettivi psicotici	95	3,6	97	8,7
Disturbi mentali alcol-correlati	41	1,6	41	3,7
Disturbi della personalità e del comportamento	34	1,3	34	3,1
Disturbi da spettro schizofrenico	30	1,2	30	2,7
Disturbi depressivi non psicotici	18	0,7	18	1,6
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	5	0,2	5	0,5
Oligofrenie e ritardo mentale	2	0,1	2	0,2
Altro	36	1,4	36	3,2
Totale	876	33,6	1.111	100,0

* Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 4.19
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta in Veneto - Anno 2014

Sottogruppo terapeutico farmacologico	Farmaci	
	N	%
Ansiolitici	453	31,0
Ipnotici e sedativi	397	27,2
Antipsicotici	258	17,7
Antidepressivi	176	12,1
Antiepilettici	86	5,9
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	52	3,6
Sostanze anticolinergiche	34	2,3
Oppioidi	3	0,2
Antiemcranici	1	0,1
Totale	1.460	100,0

Regione Lazio: disturbi psichici

Tabella 4.20
Distribuzione (N e %) delle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta nel Lazio - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi disturbo psichico	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=6.366)	N	% sul totale delle diagnosi
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	1.843	29,0	2.536	50,8
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	1.524	23,9	1.528	30,6
Disturbi mentali alcol-correlati	512	8,0	515	10,3
Disturbi affettivi psicotici	121	1,9	121	2,4
Disturbi della personalità e del comportamento	119	1,9	119	2,4
Disturbi depressivi non psicotici	60	0,9	60	1,2
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	56	0,9	56	1,1
Disturbi da spettro schizofrenico	21	0,3	22	0,4
Disturbi del comportamento alimentare	4	0,1	5	0,1
Altro	30	0,5	30	0,6
Totale	3.093	48,6	4.992	100,0

* Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 4.21
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta nel Lazio - Anno 2014

Sottogruppo terapeutico farmacologico	Farmaci	
	N	%
Ansiolitici	1.845	40,2
Antipsicotici	902	19,7
Antiepilettici	757	16,5
Ipnotici e sedativi	429	9,4
Antidepressivi	400	8,7
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	192	4,2
Sostanze anticolinergiche	58	1,3
Altri analgesici ed antipiretici	2	0,0
Antiemcranici	1	0,0
Preparazioni antivertigine	1	0,0
Totale	4.587	100,0

Regione Liguria: disturbi psichici

Tabella 4.22
Distribuzione (N e %) delle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta in Liguria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi disturbo psichico	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.591)	N	% sul totale delle diagnosi
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	607	38,2	910	51,2
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	335	21,1	337	19,0
Disturbi mentali alcol-correlati	205	12,9	205	11,5
Disturbi affettivi psicotici	51	3,2	51	2,9
Disturbi depressivi non psicotici	24	1,5	24	1,4
Disturbi della personalità e del comportamento	17	1,1	18	1,0
Disturbi da spettro schizofrenico	7	0,4	7	0,4
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	5	0,3	5	0,3
Oligofrenie e ritardo mentale	1	0,1	1	0,1
Altro	218	13,7	218	12,3
Totale	965	60,7	1.776	100,0

* Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 4.23
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta in Liguria - Anno 2014

Sottogruppo terapeutico farmacologico	Farmaci	
	N	%
Ansiolitici	570	34,7
Antidepressivi	357	21,7
Antipsicotici	220	13,4
Ipnotici e sedativi	219	13,3
Antiepilettici	179	10,9
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	79	4,8
Sostanze anticolinergiche	9	0,5
Psicolettici e psicoanalettici in associazione	6	0,4
Oppioidi	1	0,1
Preparazioni antivertigine	1	0,1
Sostanze dopaminergiche	1	0,1
Totale	1.642	100,0

ASL Salerno: disturbi psichici

Tabella 4.24

Distribuzione (N e %) delle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta nella ASL Salerno - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi disturbo psichico	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=536)	N	% sul totale delle diagnosi
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	34	6,3	34	37,8
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	29	5,4	31	34,4
Disturbi mentali alcol-correlati	14	2,6	14	15,6
Disturbi depressivi non psicotici	5	0,9	5	5,6
Disturbi affettivi psicotici	3	0,6	3	3,3
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	3	0,6	3	3,3
Totale	87	16,2	90	100,0

* Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 4.25

Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta nella ASL Salerno - Anno 2014

Sottogruppo terapeutico farmacologico	Farmaci	
	N	%
Antiepilettici	33	38,4
Antipsicotici	24	27,9
Ansiolitici	23	26,7
Antidepressivi	4	4,7
Ipnotici e sedativi	1	1,2
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	1	1,2
Totale	86	100,0

Regione Umbria: disturbi psichici

Tabella 4.26
Distribuzione (N e %) delle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta in Umbria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi disturbo psichico	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.248)	N	% sul totale delle diagnosi
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	235	18,8	237	44,3
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	146	11,7	146	27,3
Disturbi affettivi psicotici	50	4,0	52	9,7
Disturbi della personalità e del comportamento	48	3,8	49	9,2
Disturbi depressivi non psicotici	16	1,3	16	3,0
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	15	1,2	15	2,8
Disturbi mentali alcol-correlati	10	0,8	10	1,9
Disturbi da spettro schizofrenico	9	0,7	9	1,7
Altro	1	0,1	1	0,2
Totale	458	36,7	535	100,0

* Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 4.27
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi di disturbo psichico nella popolazione detenuta in Umbria - Anno 2014

Sottogruppo terapeutico farmacologico	Farmaci	
	N	%
Ansiolitici	317	39,6
Antidepressivi	139	17,4
Antipsicotici	127	15,9
Antiepilettici	98	12,3
Ipnotici e sedativi	76	9,5
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	24	3,0
Sostanze anticolinergiche	16	2,0
Altri analgesici ed antipiretici	1	0,1
Oppioidi	1	0,1
Preparazioni antivertigine	1	0,1
Totale	800	100,0

**Il trattamento
farmacologico**

Capitolo 5

Le malattie dell'apparato digerente

5. Le malattie dell'apparato digerente

Fra i grandi gruppi di malattie, i disturbi dell'apparato digerente assumono un ruolo importante collocandosi al secondo posto, dopo le patologie psichiatriche, per numero di diagnosi riscontrate (N=2.680; 11,6% del totale). Come possiamo osservare dai dati riportati in **Tabella 5.1**, è presente una forte disomogeneità fra le regioni partecipanti, dato, questo, che richiede alcune precisazioni. Come primo aspetto dobbiamo ricordare che il grande gruppo delle malattie dell'apparato digerente contiene la categoria "patologie dei denti e del cavo orale" che, trattandosi in alcuni casi di patologie minori, possono non essere state trascritte in cartella, in modo omogeneo, dai clinici che operano nelle strutture penitenziarie. Altro elemento riguarda la disponibilità, in termini di ore, del servizio odontoiatrico. È facilmente intuibile che laddove è previsto un servizio frequente venga segnalato un maggior numero di disturbi rispetto a strutture (regioni) in cui, a causa di una ridotta disponibilità, sono prese in carico soprattutto le urgenze con conseguente sottostima del fenomeno. Come possibile azione di correzione ai bias appena presentati, in corso di elaborazione dati abbiamo ipotizzato l'eliminazione, dal grande gruppo dei disturbi del digerente, delle patologie del cavo orale ma, così facendo, avremmo forzatamente modificato i risultati della ricerca basandoci su supposizioni. Pertanto, la nostra scelta si è orientata sulla presentazione complessiva delle informazioni rilevate precisando che, in questo caso, il confronto fra regioni può risultare meno affidabile.

Tabella 5.1
Distribuzione (N e %) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta sottoposta a visita medica - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

Regione	Diagnosi dell'apparato digerente	
	N	%
Toscana	390	9,9
Veneto	246	9,1
Lazio	1.606	13,8
Liguria	286	8,8
Azienda Salerno	84	21,5
Umbria	68	6,0
Totale	2.680	11,6

Nel nostro studio 2.286 detenuti sono risultati affetti da una malattia dell'apparato digerente, ovvero il 14,5% di tutte le persone arruolate (**Tabella 5.2**), una percentuale simile a quella registrata nell'indagine condotta nel 2012 in Toscana¹. La prevalenza delle malattie dell'apparato digerente è superiore nella popolazione carceraria rispetto

¹ *La salute dei detenuti in Toscana – Anno 2012*. Collana dei Documenti ARS, n. 71. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, giugno 2013.

alla popolazione libera italiana. Fra i detenuti, infatti, sono molto più diffuse le patologie del cavo orale, ma anche malattie croniche più gravi come, ad esempio, la cirrosi epatica, che mostra una prevalenza dello 0,2% nella popolazione libera italiana compresa tra i 18 e i 65 anni e dello 0,3% nella nostra indagine². Questa differenza è legata alla maggior diffusione, nella popolazione detenuta, di stili e abitudini di vita (elevato consumo di alcol e tabacco, uso di sostanze psicotrope, scarsa o assente igiene dentale, dieta non equilibrata ecc.) che favoriscono sicuramente l'instaurarsi di numerose condizioni morbose a carico degli organi addetti alla digestione.

Circa il 40% dei disturbi di questo grande gruppo di malattie è costituito dalle patologie dei denti e del cavo orale (ne soffre il 6,2% del totale dei detenuti arruolati) e il 37,5% da esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali (6,1% del totale dei partecipanti allo studio), mentre il 7,5% da malattie del tratto gastro-intestinale inferiore (soprattutto diverticoli del colon, retto-colite ulcerosa e ragadi o fistole anali) e circa il 6% da malattie epatiche e cirrosi. Queste ultime (con il rispettivo trattamento farmacologico) saranno considerate a parte in una specifica sezione.

Tabella 5.2
Distribuzione (N e %) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie dell'apparato digerente	N	% sul totale delle diagnosi	% sul totale dei visitati (N=15.751)
Patologie dei denti e del cavo orale	1.065	39,7	6,2
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	1.006	37,5	6,1
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	201	7,5	1,2
Malattia epatica cronica e cirrosi	164	6,1	1,0
Ernia addominale	126	4,7	0,8
Calcolosi della colecisti	104	3,9	0,6
Altro	14	0,5	0,1
Totale	2.680	100,0	14,5

Le patologie dei denti e del cavo orale rappresentano ormai da diverso tempo uno dei problemi più frequenti, e forse maggiormente sottovalutati, all'interno delle carceri: i soggetti reclusi hanno globalmente una salute orale peggiore rispetto alle persone in libertà, associata anche ad un trattamento dei problemi odontoiatrici non sempre appropriato ed efficace³. Una recente revisione sistematica condotta su 21 studi ha evidenziato una più alta prevalenza di malattie orali e di bisogni insoddisfatti tra i detenuti rispetto alla popolazione generale con caratteristiche socio-demografiche

² Indagini multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". ISTAT 2012.

³ Marshman Z, Baker SR, Robinson PG. Does dental indifference influence the oral health-related quality of life of prisoners? Community Dent Oral Epidemiol 2014; 42(5): 470-480.

simili⁴. Questo potrebbe essere dovuto alla mancata disponibilità di dispositivi per l'igiene orale nelle strutture detentive e alla scarsa conoscenza o attenzione a riguardo da parte dei detenuti, con conseguente sviluppo di carie dentali e di malattie parodontali ingravescenti⁴. In tal senso, alcuni studi segnalano come l'istituzione di un vero e proprio servizio odontoiatrico penitenziario possa fornire un miglior accesso alle cure e una maggior consapevolezza dell'importanza di un'adeguata igiene orale nei detenuti: tutto ciò avviene già, con buoni risultati, in Inghilterra e Stati Uniti^{5,6}, ma anche in Italia, e quindi, in tutte le regioni partecipanti alla nostra indagine, sono previste le cure odontoiatriche che però, come abbiamo già accennato, possono presentare organizzazioni molto diverse fra loro.

Nella **Tabella 5.3** sono illustrate le prevalenze delle malattie dell'apparato digerente in base al genere di appartenenza e, come possiamo facilmente osservare, vi sono differenze interessanti. Prima fra tutte la quasi totale assenza delle patologie del cavo orale nel genere femminile, fattore, questo, difficilmente spiegabile, data l'alta prevalenza di donne fumatrici (70,4%) o affette da disturbi da dipendenza da sostanze (14,7%). Al contrario, le donne soffrono maggiormente di esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali, così come di malattie epatiche croniche/cirrosi e calcolosi della colecisti.

Tabella 5.3
Distribuzione (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane affetta da disturbi dell'apparato digerente - Analisi per genere - Anno 2014

Malattie dell'apparato digerente	Maschio		Femmina		Transgender	
	N	% sul totale visitati	N	% sul totale visitati	N	% sul totale visitati
Patologie dei denti e del cavo orale	967	6,5	2	0,2	3	6,4
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	909	6,1	65	7,5	3	6,4
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	175	1,2	11	1,3	8	17,0
Malattia epatica cronica e cirrosi	139	0,9	15	1,7	2	4,3
Ernia addominale	122	0,8	1	0,1	1	2,1
Calcolosi della colecisti	80	0,5	16	1,8	0	0,0
Altro	14	0,1	0	0,0	0	0,0

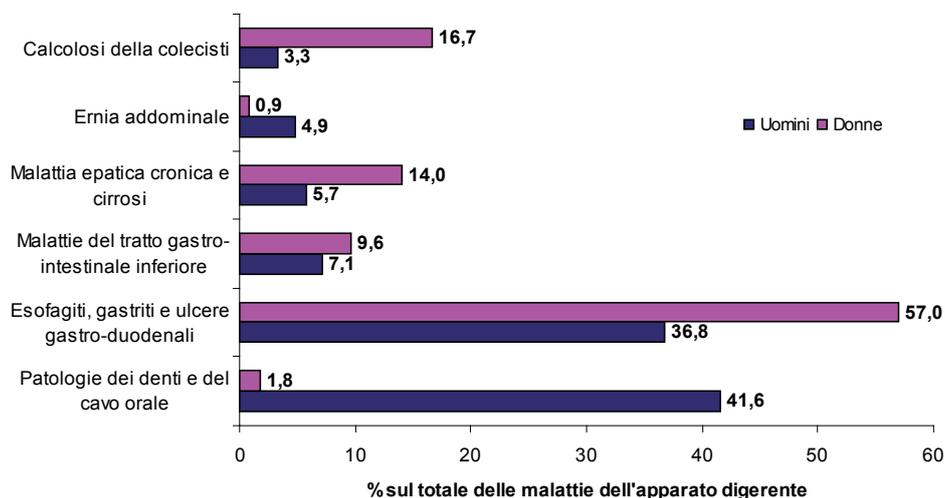
L'andamento non subisce variazioni se osserviamo la distribuzione complessiva delle diagnosi dell'apparato digerente per genere (**Figura 5.1**).

4 Walsh T, Tickle M, Milsom K et al. *An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review*. Br Dent J 2007; 204: 683-9.

5 Heidari E, Bedi R, Makrides NS et al. *Planning for future provision of dental services in prison: an international proposal of two systems*. Br Dent J 2014; 217(4): 177-182.

6 Gray R, Fawcett T. *Dental triage Hydebank Wood Prison and young offenders centre, Belfast*. Br Dent J 2014; 216(9): e19.

Figura 5.1
Distribuzione (%) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per genere - Anno 2014



L'analisi per fascia di età non mostra particolari differenze, ad eccezione del fatto che le patologie dei denti e del cavo orale sembrano diminuire leggermente nei detenuti più anziani, mentre aumentano con l'invecchiamento i casi di ernia addominale e di calcolosi della colecisti.

Nella **Tabella 5.4** vengono illustrate le prevalenze delle malattie dell'apparato digerente nei detenuti suddivisi nelle 3 etnie più rappresentate: come si può notare, le patologie dei denti e del cavo orale colpiscono maggiormente le persone dell'Europa dell'Est e meno quelle provenienti dall'Africa del Nord, mentre tutti gli altri disturbi, come esofagiti, gastriti, ulcere gastro-duodenali, malattie del tratto gastro-intestinale inferiore ecc., affliggono maggiormente i detenuti di nazionalità italiana.

Tabella 5.4
Distribuzione (N e %) delle malattie dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per etnia - Anno 2014

Malattie dell'apparato digerente	Italia		Africa del Nord		Europa dell'Est	
	N	% sul totale visitati	N	% sul totale visitati	N	% sul totale visitati
Patologie dei denti e del cavo orale	528	6,8	101	4,5	217	7,5
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	558	7,2	106	4,7	196	6,8
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	121	1,6	20	0,9	22	0,8
Malattia epatica cronica e cirrosi	104	1,3	9	0,4	24	0,8
Ernia addominale	89	1,2	9	0,4	13	0,4
Calcolosi della colecisti	72	0,9	1	0,0	13	0,4
Altro	9	0,1	1	0,0	2	0,1

5.1 Il trattamento farmacologico delle malattie dell'apparato digerente

Il numero totale di farmaci prescritti e associati alle diagnosi di malattie di questo grande gruppo risulta di 2.043. La loro composizione per gruppo anatomico principale è la seguente:

- 62,2% (N=1.271) farmaci del gruppo A (*apparato gastrointestinale e metabolismo*);
- 12,9% (N=263) farmaci del gruppo N (*sistema nervoso*);
- 7,5% (N=153) farmaci del gruppo M (*sistema muscolo-scheletrico*);
- 7,1% (N=146) farmaci del gruppo J (*antimicrobici generali per uso sistemico*);
- 6% (N=122) farmaci del gruppo C (*sistema cardiovascolare*);
- 4,3% (N=88) farmaci appartenenti ad altri gruppi.

Escludendo l'ultima categoria, la distribuzione per gruppo terapeutico principale dei farmaci considerati è illustrata nella **Tabella 5.5**.

Tabella 5.5
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	N	%
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	1.016	52,0
Farmaci antinfiammatori e antireumatici	149	7,6
Psicolettici	132	6,7
Antibatterici per uso sistemico	124	6,3
Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali	81	4,1
Terapia biliare ed epatica	53	2,7
Analgesici	50	2,5
Farmaci per la costipazione	50	2,5
Farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale	47	2,4
Altri farmaci	253	13,2
Totale	1.955	100

Scendendo ulteriormente nel dettaglio, si segnalano per ogni gruppo terapeutico le seguenti annotazioni:

- farmaci per disturbi correlati all'acidità – la maggior parte dei quali rappresentati dagli inibitori di pompa protonica (N=873) come *Pantoprazolo* e *Lansoprazolo*, meno utilizzati gli antagonisti dei recettori H2 (N=63) come *Ranitidina*;
- farmaci antinfiammatori e antireumatici – principalmente *Ketoprofene*, *Diclofenac*, *Ibuprofene*, utilizzati probabilmente al fine di alleviare il dolore e il fastidio legato a problemi dentali e gengivali. Da segnalare che l'effetto collaterale più frequente di questi farmaci è proprio il danno a carico della mucosa dello stomaco (gastriti e ulcere gastriche);

- psicolettici – impiego di ansiolitici (N=67) come *Diazepam* e *Lorazepam*, ipnotici e sedativi (N=37) come *Zolpidem* e antipsicotici (N=28) come *Quetiapina* e *Olanzapina*: il loro uso non trova molte spiegazioni per questo tipo di patologie, se non per il trattamento di stati ansiosi particolarmente gravi con sintomi a carico dell'apparato digerente o di stati di agitazione/insonnia associati a disturbi gastroenterici;
- antibatterici per uso sistemico – impiegati per le infezioni a carico di denti e bocca, principalmente *penicilline e inibitori delle β-lattamasi* (N=86) come *Amoxicillina + Acido Clavulanico*, meno utilizzati i macrolidi (N=23) come *Clarithromicina*;
- antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali – soprattutto antinfettivi (N=40) con azione esclusiva sulla mucosa intestinale come *Rifaximina*, per il trattamento di infezioni legate alla presenza di diverticoli o di sindromi diarroiche, e antinfiammatori intestinali (N=32) come *Mesalazina*, per il trattamento della retto-colite ulcerosa o del morbo di Crohn;
- terapia biliare ed epatica – preparati a base di acidi biliari (*Acido Ursodesossicolico*);
- analgesici – usati soprattutto per alleviare il dolore legato ai problemi dentali e il fastidio di sindromi gastroenteriche acute con febbre e vomito, di più largo impiego *Metamizolo* (analgesico), *Paracetamolo* (antipiretico) e *Tramadolo* (derivato oppioide);
- farmaci per la costipazione – utilizzati quasi esclusivamente i lassativi ad azione osmotica (N=40) come *Lattulosio* e *Macrogol*;
- farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale – impiego soprattutto di procinetici (N=33) come *Domperidone*, per migliorare il transito intestinale e favorire la digestione, e di “derivati della Belladonna” o antispastici (N=11) come *Butilscolopolamina*, per spasmi e coliche dell'apparato gastroenterico o biliare;
- altri farmaci – una menzione particolare per le sostanze modificatrici dei lipidi (N=32), gli antidiabetici (N=19) e gli antivirali per uso sistemico (N=17), che vengono utilizzati per il trattamento delle epatiti virali e di cui parleremo a parte in una specifica sezione.

Di seguito riportiamo i principali risultati suddivisi per singola regione partecipante.

Regione Toscana: disturbi dell'apparato digerente

Tabella 5.6
Distribuzione (N e %) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Toscana - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato digerente	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=3.403)	N	% sul totale delle diagnosi
Patologie dei denti e del cavo orale	151	4,4	157	40,3
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	98	2,9	99	25,4
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	41	1,2	43	11,0
Malattia epatica cronica e cirrosi	40	1,2	40	10,3
Ernia addominale	28	0,8	28	7,2
Calcolosi della colecisti	19	0,6	19	4,9
Altro	4	0,1	4	1,0
Totale	331	9,7	390	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 5.7
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Toscana - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	94	43,3
Analgesici	21	9,7
Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	17	7,8
Farmaci per la costipazione	15	6,9
Antidiarroici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	15	6,9
Psicolettici	7	3,2
Terapia biliare ed epatica	6	2,8
Farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale	5	2,3
Antibatterici per uso sistemico	5	2,3
Altri farmaci	32	14,7
Totale	217	100,0

Regione Veneto: disturbi dell'apparato digerente

Tabella 5.8
Distribuzione (N e %) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Veneto - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica – Anno 2014

Diagnosi dell'apparato digerente	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=2.607)	N	% sul totale delle diagnosi
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenale	127	4,9	131	53,3
Patologie dei denti e del cavo orale	49	1,9	51	20,7
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	31	1,2	32	13,0
Malattia epatica cronica e cirrosi	12	0,5	12	4,9
Calcolosi della colecisti	10	0,4	11	4,5
Ernia addominale	7	0,3	7	2,8
Altro	2	0,1	2	0,8
Totale	223	8,6	246	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 5.9
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Veneto - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	127	53,6
Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	25	10,5
Analgesici	16	6,8
Antidiarroici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	14	5,9
Farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale	12	5,1
Antibatterici per uso sistemico	6	2,5
Terapia biliare ed epatica	6	2,5
Farmaci per la costipazione	4	1,7
Psicolettici	4	1,7
Altri farmaci	23	9,7
Totale	237	100,0

Regione Lazio: disturbi dell'apparato digerente

Tabella 5.10
Distribuzione (N e %) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta nel Lazio - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato digerente	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=6.366)	N	% sul totale delle diagnosi
Patologie dei denti e del cavo orale	663	10,4	748	46,6
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	530	8,3	552	34,4
Malattia epatica cronica e cirrosi	84	1,3	90	5,6
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	80	1,3	80	5,0
Ernia addominale	66	1,0	68	4,2
Calcolosi della colecisti	55	0,9	62	3,9
Altro	6	0,1	6	0,4
Totale	1.326	20,8	1.606	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 5.11
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta nel Lazio - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	566	49,0
Psicolettici	108	9,3
Antibatterici per uso sistemico	102	8,8
Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	92	8,0
Antidiarroici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	41	3,5
Terapia biliare ed epatica	32	2,8
Farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale	18	1,6
Analgesici	9	0,8
Farmaci per la costipazione	9	0,8
Altri farmaci	179	15,5
Totale	1.156	100,0

Regione Liguria: disturbi dell'apparato digerente

Tabella 5.12
Distribuzione (N e %) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Liguria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato digerente	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.591)	N	% sul totale delle diagnosi
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	177	11,1	179	62,6
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	35	2,2	39	13,6
Patologie dei denti e del cavo orale	33	2,1	33	11,5
Malattia epatica cronica e cirrosi	12	0,8	13	4,5
Ernia addominale	11	0,7	11	3,8
Calcolosi della colecisti	9	0,6	9	3,1
Altro	2	0,1	2	0,7
Totale	260	16,3	286	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 5.13
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Liguria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	186	66,7
Farmaci per la costipazione	22	7,9
Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	11	3,9
Antibatterici per uso sistemico	11	3,9
Antidiarroici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	10	3,6
Farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale	10	3,6
Terapia biliare ed epatica	8	2,9
Psicolettici	6	2,2
Analgesici	4	1,4
Altri farmaci	11	3,9
Totale	279	100,0

ASL Salerno: disturbi dell'apparato digerente

Tabella 5.14
Distribuzione (N e %) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta nell'ASL Salerno - analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato digerente	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=536)	N	% sul totale delle diagnosi
Patologie dei denti e del cavo orale	72	13,4	72	85,7
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	11	2,1	11	13,1
Malattia epatica cronica e cirrosi	1	0,2	1	1,2
Totale	82	15,3	84	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 5.15
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta nell'ASL Salerno - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	12	80,0
Terapia biliare ed epatica	1	6,7
Altri farmaci	2	13,3
Totale	15	100,0

Regione Umbria: disturbi dell'apparato digerente

Tabella 5.16
Distribuzione (N e %) delle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Umbria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato digerente	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.248)	N	% sul totale delle diagnosi
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	34	2,7	34	50,0
Ernia addominale	12	1,0	12	17,6
Malattia epatica cronica e cirrosi	7	0,6	8	11,8
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	7	0,6	7	10,3
Patologie dei denti e del cavo orale	4	0,3	4	5,9
Calcolosi della colecisti	3	0,2	3	4,4
Totale	64	5,1	68	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 5.17
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Umbria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	31	60,8
Psicolettici	7	13,7
Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici	4	7,8
Farmaci per disturbi della funzione gastrointestinale	2	3,9
Antidiarroici, antinfiammatori ed antimicrobici intestinali	1	2,0
Altri farmaci	6	11,8
Totale	51	100,0

Capitolo 6

Diagnosi infettive e parassitarie

Le epatiti virali

**Il trattamento
farmacologico
delle epatiti virali**

L'infezione da HIV

**L'infezione
tubercolare**

**L'infezione
da *Treponema
pallidum***

6. Diagnosi infettive e parassitarie

Come abbiamo avuto modo di osservare leggendo i capitoli precedenti, la salute della popolazione detenuta ha esigenze complesse essendo il risultato di un insieme di fattori. Le malattie infettive ne rappresentano un'importante componente.

Le persone che accedono all'ambiente detentivo hanno un rischio maggiore di contrarre infezioni gravi come quella da *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), da virus dell'epatite A (HAV), B (HBV) o C (HCV), ma anche altre patologie a trasmissione sessuale (come la sifilide o la gonorrea) e a trasmissione aerea come l'infezione tubercolare¹. Tra i fattori che principalmente contribuiscono alla trasmissione di queste malattie infettive troviamo il sovraffollamento, i ritardi nella diagnosi, l'accesso limitato ad acqua, sapone o biancheria pulita e la mancanza di disponibilità di misure di riduzione del rischio di trasmissione, come preservativi, attrezzature per il tatuaggio o siringhe² sterili.

I diversi elementi non esistono come entità separate, ma interagiscono dinamicamente, come illustrato nello studio delle dinamiche esistenti fra le infezioni e le malattie mentali³. Le persone con malattie mentali, infatti, hanno maggiori probabilità di essere infettate da virus trasmissibili per via ematica a causa della messa in atto di comportamenti a rischio (tra cui l'uso di sostanze per via endovenosa), ma anche per le svantaggiate condizioni abitative in cui vivono, i rapidi mutamenti del tono dell'umore e l'elevata numerosità di partner con cui vengono a contatto. Inoltre, nel caso delle epatiti virali, la terapia basata sull'uso dell'interferone (INF) può indurre la ricomparsa o lo sviluppo di sintomi psichiatrici, come sintomi depressivi e manie suicide^{4,5}.

In linea con l'analisi internazionale, anche nella popolazione detenuta arruolata in questo studio si registra un'alta prevalenza di malattie infettive. Complessivamente, queste rappresentano il 9,3% di tutte le diagnosi, coinvolgendo ben 1.812 persone che costituiscono l'11,5% di tutti i detenuti sottoposti a visita.

Come si osserva dalla **Tabella 6.1**, le regioni dove si registra il maggior numero di diagnosi sono la Toscana e l'ASL Salerno (11,3%), seguite dalla Liguria (10,2%). Nelle altre regioni i valori sono inferiori alla media complessiva.

-
- 1 Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W. *The burden of infectious disease among inmates of and releases from US correctional facilities*, 1997. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:1789-1794.
 - 2 Bick JA. *Infection control in prisons*. *Clinical and Infectious Diseases*, 2007, 45(8):1047-1055.
 - 3 Rutherford M, Dugan S. *Meeting complex health needs in prisons*. *Public Health*, 2009, 123(6):417.
 - 4 Brunett M et al. *Five-site Health and Risk Study Research Committee. Blood borne infections and persons with mental illness: responding to blood borne infections among people with severe mental illness*. *Psychiatric Services*, 2003, 54:860-865.
 - 5 Stasi C, Rosselli M, Zignego AL, et al. *Serotonin and its implication in the side effects of interferon-based treatment of patients with chronic viral hepatitis: pharmacological interventions*. *Hepatol Res*, 2014; 44:9-16.

Tabella 6.1
Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

Regione	Malattie infettive	
	N	%
Toscana	447	11,3
Veneto	185	6,9
Lazio	1.037	8,9
Liguria	330	10,2
Azienda Salerno	44	11,3
Umbria	91	8,0
Totale	2.134	9,3

Suddividendo il gruppo delle malattie infettive nelle specifiche forme, emerge chiaramente che l'infezione da HCV rappresenta la principale malattia infettiva coinvolgendo il 7,4% dei detenuti visitati. A questa fa seguito l'infezione da HBV e l'infezione da HIV che interessano, in entrambi i casi, il 2,0% dei detenuti. Fra le altre patologie troviamo l'infezione tubercolare (0,6%) e la sifilide da cui sono affetti lo 0,5% dei detenuti (**Tabella 6.2**). Dato il peso che queste patologie ricoprono sul totale delle malattie infettive, la nostra analisi sarà incentrata prevalentemente su di esse.

Tabella 6.2
Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie infettive e parassitarie	N	% sul totale delle diagnosi	% sul totale dei visitati (N=15.751)
Epatite C	1.165	54,6	7,4
Epatite B	321	15,0	2,0
HIV	310	14,5	2,0
TBC	104	4,9	0,6
Sifilide	71	3,3	0,5
Micosi della cute e annessi cutanei	49	2,3	0,3
Epatite A	27	1,3	0,2
Infezioni da <i>Herpes simplex</i>	15	0,7	0,1
Condiloma acuminato	14	0,7	0,1
Altre epatiti	3	0,1	0,0
Epatite Delta	3	0,1	0,0
Altro	52	2,4	0,3
Totale	2.134	100,0	11,5

6.1 Le epatiti virali

Ogni anno, nel mondo, più di 4 milioni di persone contraggono un'infezione da HBV. Nei paesi a bassa endemia, come il Nord America ed il Nord Europa, la prevalenza stimata di soggetti HBsAg positivi è inferiore al 2%, mentre nei paesi ad alta endemia, come Africa sub-sahariana e Cina, la prevalenza è $\geq 8\%$. L'Italia è tra i paesi con endemicità intermedia (positività per HBsAg tra il 2 ed il 7%)⁶. Alti livelli di viremia, l'infezione contratta in giovane età, che colpisce prevalentemente il genere maschile, sono associati ad un aumentato rischio di morte o di sviluppare un epatocarcinoma⁷.

Anche se lo screening dei donatori di sangue nei primi anni '90 ha ridotto la diffusione di HCV nella popolazione generale, l'OMS stima che 150 milioni di persone, circa il 3% della popolazione mondiale, sono cronicamente infettati con HCV e sono ad aumentato rischio di sviluppare cirrosi epatica e carcinoma epatocellulare⁸. Secondo un'indagine italiana, a livello nazionale, la positività per anti-HCV (anticorpi che confermano l'esposizione del soggetto ad HCV) è del 2,7⁹. L'incidenza di epatocarcinoma è migliorata in entrambi i generi con l'aumentare dell'età. In pazienti HCV-positivi il rischio cumulativo di sviluppare epatocarcinoma nella fascia d'età compresa fra i 40 e i 74 anni è di 21,6% tra i maschi e di 8,7% tra le femmine.

Come abbiamo visto, le infezioni da HBV e HCV costituiscono le forme infettive più frequenti in carcere. Vengono riscontrate soprattutto nei soggetti tossicodipendenti e spesso sono caratterizzate dalla coinfezione con il virus da immunodeficienza acquisita (HIV).

Attualmente, non esistono dati sistematicamente raccolti sulla prevalenza delle epatiti in carcere. Per quanto concerne l'HCV, una recente metanalisi¹⁰ ha evidenziato una prevalenza del 26% per anti-HCV nella popolazione generale detenuta (erano state prese in esame 93 fonti di dati). Le più alte prevalenze, del 38% e del 30%, erano state riscontrate rispettivamente in Asia centrale ed Europa occidentale, mentre la più bassa (3%) in Medio Oriente e Nord Africa (è importante precisare che quest'ultimo dato si basava su un'unica fonte di rilevazione).

Solo due fonti, delle 93 prese in esame, riguardavano detenuti presenti in centri di accoglienza per persone che fanno uso di droghe e questi dimostravano una prevalenza di anti-HCV rispettivamente dell'80% e del 90%. Per quanto riguarda l'infezione

6 World Health Organization. *Hepatitis B*: <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo20022/en/index1.html>

7 Taylor BC, Yuan JM, Shamlivan TA, Shaukat A, Kane RL, Wilt TJ. *Clinical outcomes in adults with chronic hepatitis B in association with patient and viral characteristics: A systematic review of evidence*. *Hepatology* 2009;49:S85-95.

8 World Health Organization. *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection*: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf?ua=1&ua=1; April 14, 2014.

9 Ansaldi F, Bruzzone B, Salmaso S, Rota MC, Durando P, Gasparini R, Icardi G. *Different seroprevalence and molecular epidemiology patterns of hepatitis C virus infection in Italy*. *J Med Virol* 2005;76:327-32.

10 Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, et al. *Incidence and Prevalence of Hepatitis C in Prisons and Other Closed Settings: Results of a Systematic Review and Meta-Analysis*. *Hepatology*, 2013; 58:1215-24.

da HBV, una revisione sistematica svolta nel 2005 ha evidenziato una prevalenza dei marcatori sierologici per l'infezione da HBV (in corso o passata) che variava dal 13 al 47%. L'infezione cronica da HBV nei detenuti mostrava una prevalenza compresa tra l'1 e il 3,7%, circa due-sei volte superiore alla prevalenza che viene riscontrata negli Stati Uniti ed è paragonabile ai tassi di infezione cronica riscontrate nelle indagini condotte nei pazienti tossicodipendenti¹¹.

In Italia, uno studio sieroepidemiologico multicentrico condotto in 8 strutture detentive, ha registrato una sieroprevalenza del 6,7% per HBsAg, del 52,6% per anti-HBc e del 38% per anti-HCV. Risultavano tossicodipendenti per via endovenosa il 57,1% dei detenuti anti-HBc-positivi e il 74,7% di quelli anti-HCV-positivi. Gli stranieri sono risultati positivi per HBsAg nel 5,8% dei casi, per HBcAb nel 18,9% e per anti-HCV nel 16,9%¹².

È noto che le vie di trasmissione possono essere differenti a seconda dell'agente eziologico, ma in generale l'epatite virale predilige le vie ematiche, ossia la via parenterale diretta (attraverso il sangue o i derivati del sangue infetti, procedure mediche invasive con apparecchiature contaminate) o indiretta, detta anche inapparente (la penetrazione del virus attraverso la lesione non visibile della cute o della mucosa oro-faringea, uso di articoli da toilette, contatto sessuale, graffi, morsi). La trasmissione avviene anche per via sessuale o perinatale (trasmissione madre-figlio alla nascita). La combinazione di fattori di trasmissione – agenti e vie di trasmissione – è facilitata, come abbiamo visto, dall'ambiente carcerario. Inoltre, l'elevato turnover dei detenuti, aggrava le condizioni igieniche e aumenta la possibilità di diffusione, fungendo da serbatoio. In tali condizioni, nuovi vettori contaminanti entrano nel carcere, mentre altri si diffondono nella popolazione generale.

Passiamo, adesso, a illustrare i dati riferiti alla popolazione oggetto del nostro studio.

La diffusione dell'infezione da HCV appare distribuita in modo diverso fra le regioni partecipanti (**Tabella 6.3**). La prevalenza maggiore si osserva in Liguria con l'11,8% dei detenuti affetti da questa patologia per poi passare al Lazio (9,4%) e l'ASL Salerno (7,1%). Se confrontiamo i dati ottenuti con quanto osservato nella popolazione generale il divario appare evidente. Infatti, indipendentemente dalla regione, il dato complessivo (7,4%) è circa 3 volte superiore al dato registrato nella popolazione libera italiana (valore che fra i detenuti nella regione Liguria, supera le 4 volte). Più simile, invece, la diffusione di HBV che risulta in linea con il dato nazionale (positività per HBsAg tra il 2 ed il 7%).

Rispetto alle coinfezioni, elevata è la compresenza di HCV e HIV che interessa l'1,0% di tutti i detenuti sottoposti a visita medica, e di HCV e HBV con lo 0,5%.

11 Weinbaum CM, Sabin KM and Santibanez SS. *Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention*. AIDS, 2005, 19 (suppl 3):S41-S46.

12 Babudieri S, Longo B, Sarmati L, et al. *Correlates of HIV, HBV, and HCV. Infections in a Prison Inmate Population: Results From a Multicentre Study in Italy*. J Med Virol, 2005; 76:311-317.

Tabella 6.3
Distribuzione (%) delle epatopatie HBV- e HCV-correlate e rispettive coinfezioni calcolate sul totale dei detenuti visitati - Analisi per regione e totale - Anno 2014

Regioni	HCV (N=1.165)	HBV (N=321)	HCV-HIV (N=160)	HBV-HIV (N=26)	HCV-HBV (N=80)	HBV- HCV-HIV (N=22)
Toscana (N=3.403)	6,1	1,9	0,6	0,0	0,2	0,0
Lazio (N=6.366)	9,4	2,2	1,3	0,2	0,5	0,1
Veneto (N=2.607)	3,0	1,1	0,5	0,2	0,4	0,2
Liguria (N=1.591)	11,8	4,0	2,1	0,6	1,5	0,6
Umbria (N=1.248)	4,5	1,4	0,5	0,0	0,4	0,0
Salerno (N=536)	7,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale (N=15.215)	7,4	2,0	1,0	0,2	0,5	0,1

Per quanto riguarda il genere, i transgender risultano il gruppo maggiormente interessato da entrambe le forme infettive (HCV: 12,8%; HBV: 6,4%), aspetto, questo, facilmente interpretabile in base ai numerosi fattori di rischio a cui si sottopongono. Meno intuibile l'alta prevalenza di HCV-positivi nel genere femminile rispetto al genere maschile (donne: 9,3%; uomini: 7,3%), andamento che si inverte nell'infezione da HBV dove gli uomini risultano più infetti (uomini: 2,1%; donne: 1,4%) (**Tabella 6.4**). Il maggior coinvolgimento del genere femminile non sembra supportato dalla condizione di tossicodipendenza da sostanze più elevata nel genere maschile e nei transgender (uomini: 24,1%; transgender: 19,1%; donne: 14,7%).

Tabella 6.4
Distribuzione (N e %) dell'infezione da HCV e HBV nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane sottoposta a visita medica - Analisi per genere e totale - Anno 2014

Infezioni	Maschio (N=14.835)		Femmina (N=869)		Transgender (N=47)		Totale (N=15.751)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Epatite C	1.078	7,3	81	9,3	6	12,8	1.165	7,4
Epatite B	306	2,1	12	1,4	3	6,4	321	2,0

Analizzando la distribuzione per fascia di età (**Tabella 6.5**), nella coorte di pazienti con HCV l'età compresa tra i 30 e i 49 anni presenta la prevalenza maggiore. Tale prevalenza sembra ridursi nelle fasce d'età superiori ed inferiori. Per quanto concerne l'HBV, la prevalenza minore viene riscontrata al di sotto dei 30 anni, dove è registrata una prevalenza complessiva del 17,2%. Il coinvolgimento di fasce di età così giovani sembra essere legato soprattutto alla condizione di tossicodipendenza che interessa il

61,7% dei pazienti HCV-positivi e il 43,8% di quelli con infezione da HBV. Per quanto riguarda l'infezione da HBV, però, dobbiamo ricordare che parte della popolazione affetta da questa patologia dovrebbe essere coperta da vaccinazione anti-HBV (che in Italia è obbligatoria dal 1991) mentre, invece, presenta l'infezione virale. A questo proposito, trattandosi di una popolazione composta in larga parte da stranieri, siamo andati ad analizzarne la diffusione fra i diversi gruppi etnici e, come si osserva dalla **Tabella 6.6**, fra i detenuti provenienti dall'Est Europa la percentuale di HBV-positivi è più elevata rispetto a quanto si osserva fra gli italiani, dove il valore si attesta sugli stessi livelli della media nazionale. Diverso è il dato riguardante l'infezione da HCV che vede l'11,2% degli italiani coinvolti rispetto al 3,8% degli est europei e il 3,4% dei nord africani.

Tabella 6.5
Distribuzione (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane affetta affetti da HCV e da HBV - Analisi per fasce di età - Anno 2014

Fascia di età	HCV		HBV	
18-24	24	2,1	15	4,7
25-29	65	5,6	40	12,5
30-39	305	26,2	97	30,2
40-49	527	45,2	97	30,2
50-59	207	17,8	61	19,0
60-69	32	2,7	11	3,4
70 +	5	0,4	0	0,0
Totale	1.165	100,0	321	100,0

Tabella 6.6
Distribuzione (N e %) Distribuzione (N e %) della popolazione detenuta in alcune regioni italiane affetta affetti da HCV e da HBV - Analisi per etnia - Anno 2014

Infezioni	Italia (N=7.726)		Africa del Nord (N=2.232)		Europa dell'Est (N=2.889)		Altri Paesi (N=1.548)		Totale* (N=15.751)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HCV	867	11,2	75	3,4	111	3,8	57	3,7	1.165	7,4
HBV	154	2,0	25	1,1	94	3,3	38	2,5	321	2,0

* Il totale comprende 96 detenuti a cui non è stato compilato il campo etnia.

Conoscendo il legame esistente tra uso di sostanze e infezione epatica da virus, l'alta prevalenza di HCV-positivi fra gli italiani potrebbe essere legata al maggior uso di sostanze iniettive. Nel tentativo di confermare la nostra ipotesi, abbiamo suddiviso la diagnosi di tossicodipendenza sia in base alla sostanza utilizzata che per etnia di appartenenza.

I dati non sembrano andare in questa direzione mostrando percentuali più alte a carico dei detenuti nord africani che, ad eccezione della dipendenza da cocaina, mostrano valori

più elevati in tutte le sostanze. Questo risultato sembra confermare quanto ipotizzato in un precedente studio svolto dall'ARS sulla popolazione detenuta in Toscana, dove i clinici, in base alla loro esperienza, ritenevano questo dato in linea con il minor utilizzo, da parte dei nord africani, della via iniettiva (**Tabella 6.7**). Occorre tuttavia specificare che, comunque, esiste il rischio di contrarre infezioni, tra cui le epatiti virali, anche per via inalatoria, se le droghe vengono inalate attraverso cannuce contaminate con sangue e i soggetti che le inalano presentano ferite sulle mucose nasali.

Tabella 6.7
Distribuzione (%) della diagnosi di disturbo da uso di sostanze suddivisa per tipologia di consumo e sostanza utilizzata - Analisi per gruppo etnico e totale - Anno 2014

Sostanze utilizzate	Italia (N=7.726)	Africa del Nord (N=2.232)	Europa dell'Est (N=2.889)	Altri Paesi (N=1.548)	Totale* (N=15.751)
Dipendenza da cocaina	5,0	7,9	2,3	2,7	4,4
Abuso da cocaina	8,6	7,8	3,5	4,9	6,9
Dipendenza da oppioidi	6,1	7,5	1,4	4,1	4,9
Abuso di oppioidi	3,1	5,0	2,3	2,4	3,1
Dipendenza da cannabinoidi	1,2	3,9	0,8	2,5	1,6
Abuso da cannabinoidi	4,1	5,6	1,7	3,9	3,7
Altra dipendenza da droghe	5,4	7,4	1,7	2,5	4,4
Altro abuso da sostanze	0,2	0,5	0,1	0,4	0,3

* Il totale comprende 220 detenuti a cui non è stato compilato il campo etnia.

Per quanto concerne la stadiazione di malattia, 49 pazienti presentavano cirrosi epatica, di cui 29 ad eziologia virale e 14 da abuso di alcol.

6.1.1 Il trattamento farmacologico delle epatiti virali

Come abbiamo accennato nella parte introduttiva di questo capitolo, i pazienti affetti da epatiti virali presentano spesso sintomi psichiatrici. Un recente studio, valutando le proprietà psicometriche di questi pazienti attraverso il *Patient Health Questionnaire* (uno strumento di screening per la depressione e l'ansia in persone con epatopatia cronica HCV-correlata) ha mostrato che il 23% di loro ha avuto disturbi psichiatrici particolarmente gravi, quali disturbi depressivi (6,4%), disturbo d'ansia generalizzato (7,0%) e disturbo di panico (5,8%). Análogamente, in un gruppo di 75 pazienti HCV-positivi, valutati utilizzando la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI – *Plus version*), il 28% mostrava il disturbo depressivo maggiore, il 12% fobia specifica, il 10,7% un disturbo d'ansia generalizzato, il 6,7% un disturbo misto ansioso-depressivo e il 6,7% disordini caratterizzati da deficit di attenzione/

iperattività¹³. Lo sviluppo di disturbi neuropsichiatrici in una percentuale relativamente alta di pazienti HCV-positivi ha fatto ipotizzare che l'infezione da HCV e la replicazione virale possano avvenire nel sistema nervoso centrale. Due studi hanno dimostrato che le quasispecie virali strettamente correlate a quelle trovate nel sistema linfoide possano essere presenti nel cervello di pazienti HCV-positivi. Ciò potrebbe anche suggerire che i leucociti HCV-infetti possano trasportare le particelle virali nel sistema nervoso centrale.

Com'è noto, il trattamento dei pazienti con epatopatie croniche HCV- e HBV-correlate può richiedere una terapia basata sull'INF. Numerosi studi, tuttavia, hanno dimostrato che i pazienti con disturbi psichiatrici hanno un aumentato rischio di sviluppare complicazioni neuropsichiatriche durante la terapia con INF, come la depressione grave e le ideazioni suicidarie^{5,14}. Di conseguenza, il trattamento richiede una valutazione psichiatrica per identificare preventivamente precedenti disturbi di ansia o di depressione o fattori di rischio predisponenti a questi sintomi, al fine di pianificare interventi di supporto psichiatrico durante la terapia antivirale.

La valutazione psichiatrica prima, durante e dopo trattamento sarebbe un importante mezzo per la selezione dei pazienti che devono essere trattati con INF, con o senza simultanea somministrazione di psicofarmaci e nell'esclusione dei pazienti che dovrebbero essere trattati con INF per la presenza di seri problemi psichiatrici, così come nell'interruzione del trattamento antivirale.

Come possiamo facilmente intuire, i detenuti affetti da epatopatie croniche non fanno certo differenza. Come si può rilevare dalla **Figura 6.1**, i detenuti con HBV e HCV (compresi i soggetti coinfecti) presentano un'elevata percentuale di diagnosi psichiatriche (68,3%) e il 78,3% è risultato affetto da un disturbo da dipendenza da sostanze. Su 1.406 pazienti HCV e HBV positivi, il 51,8% è risultato in trattamento con almeno un farmaco psichiatrico.

Dei 1.406 pazienti con epatiti virali, 1.165 erano HCV-positivi e, di questi, 50 sono risultati in trattamento antivirale. Entrando nel dettaglio dei detenuti trattati con antivirali, 27 presentavano un disturbo psichiatrico trattato soltanto in 14 casi. I detenuti non trattati con psicofarmaci erano però affetti prevalentemente dal disturbo da dipendenza da sostanze.

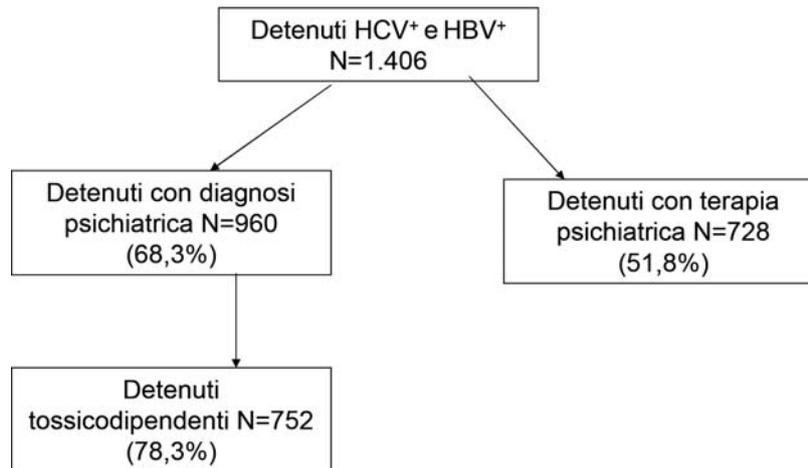
Il trattamento antivirale di questi pazienti era costituito da INF e Ribavirina. Mancavano i trattamenti con triplice terapia, ovvero PegINF + Ribavirina + Boceprevir oppure con Telaprevir.

Verosimilmente, il basso numero di trattamenti era dovuto all'elevata percentuale di pazienti con disturbo psichiatrico (73,5%), che richiede speciali avvertenze e precauzioni per l'uso di questo tipo di farmaco. Probabilmente, le terapie in assenza di INF saranno ben tollerate e più efficaci per questo tipo di pazienti.

13 Navinés R, Castellví P, Moreno-España J, et al. *Depressive and anxiety disorders in chronic hepatitis C patients: reliability and validity of the Patient Health Questionnaire*. J Affect Disord, 2012; 138: 343-51.

14 Stasi C, Zignego AL, Laffi G, et al. *The liver-cytokine-brain circuit in interferon-based treatment of patients with chronic viral hepatitis*. J Viral Hepat, 2011;18:525-32.

Figura 6.1
Distribuzione (N e %) delle diagnosi psichiche e terapia farmacologica psichiatrica nei detenuti HCV- e/o HBV-positivi presenti in alcune regioni italiane



Per quanto concerne le infezioni da HBV, su 321 detenuti HBV-positivi, sei risultavano in trattamento con nucleosidi/nucleotidi. È necessario però specificare che i dati in nostro possesso siano relativi solo alla diagnosi di epatite virale e non riconducibili alla severità della malattia, ai livelli di viremia e allo stadio di fibrosi.

Per concludere il paragrafo sulle epatiti virali, un breve accenno sulle infezioni da virus dell'**epatite A**.

A differenza dei virus B e C, il virus A è trasmesso attraverso l'ingestione di cibo ed acque contaminate con le feci di una persona infetta oppure per contatto diretto con una persona infetta. In questo caso, quindi, oltre al vaccino, l'uso di servizi igienici adeguati rappresenta il metodo più efficace per contrastare la diffusione del virus.

Non esistono dati sistematicamente raccolti riguardanti la diffusione delle epatiti A in carcere. Un recente studio italiano¹⁵ riporta una prevalenza globale anti-HAV di 86,4%, significativamente più alta nei detenuti stranieri rispetto a quelli italiani (stranieri: 92.6; italiani: 84.9%; $p=0.02$).

Nel nostro studio, le infezioni da virus A registrate dai medici sono 27, con un interessamento dello 0,2% dei detenuti sottoposti a visita.

Al fine di leggere correttamente le informazioni rilevate dalla nostra ricerca, è importante ricordare che, a differenza di altri studi in cui i risultati sono stati ottenuti attraverso l'esecuzione di esami sierologici, nel nostro caso i dati sono riferiti soltanto alle patologie diagnosticate (e attive) in quel preciso momento temporale, con conseguente sottostima dei valori presentati.

¹⁵ Rapicetta ML, Monarca R, Kondili LA, et al. *Hepatitis E virus and hepatitis A virus exposures in an apparently healthy high-risk population in Italy*. *Infection*, 2013;41:69-76.

6.2 L'infezione da HIV

L'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (*UNODC*) pone l'accento, da alcuni anni, sull'elevata diffusione di *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* fra i detenuti di tutto il mondo¹⁶. In Estonia, ad esempio, quattro studi hanno rivelato una prevalenza di pazienti HIV-positivi che oscilla tra l'8,8 e il 23,9%¹⁷, mentre più bassi sono i tassi registrati in Europa occidentale dove, grazie agli interventi di prevenzione efficace, mirata alla riduzione del consumo di stupefacenti per via parenterale, i valori si attestano intorno al 2%¹⁸. Allarmanti sono invece i dati provenienti dai paesi dell'Africa sub-sahariana dove il 41,4% dei detenuti risulta affetto da HIV (dobbiamo precisare che in questi Paesi la prevalenza di HIV nella popolazione generale è del 10,8%)¹⁹.

Come per le altre infezioni, l'elevato uso di siringhe non sterili, i tatuaggi effettuati con attrezzature improprie e il mancato uso del profilattico rendono il carcere un ambiente ad alto rischio per la trasmissione di questa patologia. Se a ciò aggiungiamo il sovraffollamento, che serve ad aumentare la diffusione delle infezioni opportunistiche, lo stress, la malnutrizione, la droga e gli atti di violenza, appare chiaro che il sistema immunitario dei detenuti HIV-positivi risulti ancor più indebolito con conseguente aumento del rischio di infezioni.

In linea con i dati registrati in altri Paesi dell'Europa occidentale, l'infezione da HIV registrata nel nostro studio interessa il 2% (N=310) della popolazione detenuta sottoposta a visita (rispetto allo 0,006% osservato nella popolazione libera italiana)²⁰. Passiamo ad illustrare le principali caratteristiche dei detenuti HIV-positivi.

Come si può osservare dalla **Tabella 6.8**, i transgender, ancora una volta, rappresentano il genere più interessato con il 34% dei positivi, seguiti dal genere femminile, nel quale la prevalenza è del 4,6%. Diverso rispetto alle altre forme infettive, ma in linea con l'andamento osservato nella popolazione generale²¹, nella quale gli over 40 rappresentano oltre il 50% degli HIV-positivi, è l'andamento di questo studio, dove anche fra i detenuti l'età maggiormente colpita è quella compresa fra i 40 ed i 59 anni. Ciò che continua a sorprendere è la bassa presenza di sieropositivi fra i detenuti provenienti dal Nord Africa ed Est Europa (rispettivamente 0,9%), a fronte del 2,6% registrato fra gli italiani. Come per l'infezione da HCV, la motivazione che possiamo dare (vista anche l'alta percentuale di tossicodipendenti da oppioidi fra i nord africani) può essere legata al minor utilizzo della via iniettiva a favore di altre forme di assunzione.

16 UNODC, UNAIDS. *HIV and Prisons in Sub-Saharan Africa: Opportunities for Action*, 2007.

17 World Health Organization. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*, 2007.

18 Eurosurveillance. *Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy*, 2013.

19 HSRC. *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2008, 2009*.

20 Istituto Superiore di Sanità. *DATI HIV E AIDS* - Notiziario ISS volume 27, n.9 suppl 1. Novembre 2014.

21 Puglia M, Da Frè M, Voller F. *HIV e AIDS in Toscana. Aggiornamento al 31 dicembre 2013*. Agenzia regionale di sanità, Firenze; 2014.

Tabella 6.8
Caratteristiche demografiche (N e %) dei detenuti HIV-positivi calcolate sul numero di detenuti presenti in alcune regioni italiane sottoposti a visita medica – Analisi per genere, età e cittadinanza – Anno 2014

Caratteristiche generali	Detenuti HIV-positivi (N=310)	
	N	%
Genere		
Maschio (N=14.835)	254	1,7
Femmina (N=869)	40	4,6
Transgender (N=47)	16	34,0
Età		
18-29 aa (N=3.222)	18	0,6
30-39 aa (N=5.210)	84	1,6
40-49 aa (N=4.182)	140	3,3
50-59 aa (N=2.239)	61	2,7
60 e più (N=893)	7	0,8
Cittadinanza		
Italiana (N=7.726)	200	2,6
Nord africana (N=2.232)	21	0,9
Est europea (N=2.889)	27	0,9
Altro (N=1.548)	49	3,2

L'andamento per regione partecipante mostra una prevalenza più alta, rispetto alla media complessiva, in Liguria (3,3% dei detenuti sottoposti a visita) e in Lazio (2,5%) (Tabella 6.9).

Tabella 6.9
Distribuzione (N e %) delle diagnosi di HIV-positivi nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Regione	Diagnosi di HIV+	
	N	%
Toscana	50	1,5
Veneto	37	1,4
Lazio	157	2,5
Liguria	53	3,3
ASL Salerno	0	0,0
Umbria	13	1,0
Totale	310	2,0

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, dei 310 detenuti sieropositivi, 231 risultano trattati con farmaci antiretrovirali (74,5%), tra i quali:

- analoghi nucleosidi e nucleotidi della trascrittasi inversa (*Zidovudina*, *Stavudina*, *Didanosina*, *Lamivudina*, *Emtricitabina*, *Abacavir* e *Tenofovir*);

- analoghi non nucleosidi della trascrittasi inversa (*Nevirapina, Efavirenz, Etravirina, Rilpivirina*);
- inibitori della proteasi (*Nelfinavir, Saquinavir, Tipranavir, Fosamprenavir e Amprenavir, Atazanavir, Lopinavir, Darunavir, Ritonavir*);
- inibitori dell'integrasi (*Raltegravir, Elvitegravir e Dolutegravir*);
- inibitori della fusione (*Enfuvirtide*);
- inibitori del co-recettore CCR5 (*Maraviroc*).

6.3 L'infezione tubercolare

La presenza di tubercolosi (TBC) fra i detenuti è solitamente superiore ai livelli medi osservati nella popolazione generale^{22,23}. Gli alti livelli di infezione tubercolare fra i detenuti sono attribuibili al fatto che un numero sproporzionato di prigionieri provengono da gruppi di popolazione già ad alto rischio di infezione da TBC (ad esempio, uso di alcol o droghe, senza fissa dimora, persone con malattie mentali, ex detenuti e immigrati clandestini provenienti da aree caratterizzate da alta prevalenza di TBC). Inoltre, l'impostazione di detenzione, dove i criteri di segregazione si basano sulle caratteristiche di criminalità piuttosto che su problemi di salute pubblica, può facilitarne la trasmissione. Infine, i detenuti possono essere a rischio di una rapida progressione dell'infezione tubercolare latente (LTBI) di TBC causata da stati di immunodeficienza per altre infezioni, solitamente virali (HIV) o per stati di malnutrizione²⁴.

Le strutture detentive, inoltre, rappresentano un serbatoio per la trasmissione della malattia nella comunità generale che avviene attraverso il personale del carcere, i visitatori e i contatti stretti avuti con prigionieri in condizione di semilibertà²⁵.

Nel 2012, secondo quanto riportato dallo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), il tasso di notifica di TBC nella popolazione generale europea era di 13,5 per 100.000 residenti (range 3,4–85,2)²⁶, valore che se osservato nella sola popolazione detenuta in Europa raggiunge i 232 casi per 100.000 con valori più elevati in Kazakhstan e Azerbaijan²⁷.

22 Angie B, Ann A, Malgosia G, et al. *Tuberculosis control in prisons: A Manual for Programme Managers*. Geneva, 2000: World Health Organization.

23 Dara M, Grzemska M, Kimerling ME, et al. *Guidelines for control of tuberculosis in prisons*. The Global Health Bureau, 2009. Office of Health, Infectious Disease and Nutrition (HIDN), US Agency for International Development.

24 Reyes H, Coninx R. *Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons*. *BMJ*, 1997; 315: 1447–1450.

25 Niveau G. *Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review*. *Public Health*, 2006;120: 33–41.

26 European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014*. Stockholm, 2014.

27 Aerts A, et al. *Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons*. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2006; 10:1215–1223.

Da questi pochi dati possiamo capire il peso che questa patologia ricopre sullo stato di salute dei detenuti e come la sua diffusione rappresenti, sicuramente, un grave problema per tutta la popolazione.

Complessivamente, nel nostro studio, i detenuti risultati affetti da TBC sono 99 e rappresentano lo 0,6% di tutte le persone sottoposte a visita medica (**Tabella 6.10**). Di questi, 60 sono in trattamento con farmaci anti-tubercolari (*Rifampicina, Rifabutina, Pirazinamide, Isoniazide, Etambutolo*). Questa patologia risulta a carico quasi esclusivo del genere maschile e interessa soprattutto la fascia di età compresa fra i 40 e i 59 anni. Nonostante l'alta prevalenza registrata fra i detenuti presenti nei Paesi dell'Est Europa, nella nostra popolazione si riscontra una prevalenza lievemente superiore fra i nord africani (è importante precisare, però, che la prevalenza di TBC nella popolazione libera della regione africana è di 300 per 100.000 residenti).²⁸

La coinfezione TBC/HIV interessa 6 detenuti che equivalgono al 5,8% degli affetti da infezione tubercolare.

Tabella 6.10
Caratteristiche demografiche (N e %) dei detenuti TBC-positivi calcolate sul numero di detenuti presenti in alcune regioni italiane sottoposti a visita medica - Analisi per genere, età e cittadinanza - Anno 2014

Caratteristiche generali	Detenuti positivi per TBC (N=99)	
	N	%
Genere		
Maschio (N=14.835)	98	0,7
Femmina (N=869)	1	0,1
Transgender (N=47)	0	0
Età		
18-29 aa (N=3.222)	23	0,7
30-39 aa (N=5.210)	29	0,6
40-49 aa (N=4.182)	36	0,9
50-59 aa (N=2.239)	9	0,4
60 e più (N=893)	2	0,2
Cittadinanza		
Italiana (N=7.726)	10	0,1
Nord africana (N=2.232)	29	1,3
Est europea (N=2.889)	28	1,0
Altro (N=1.548)	14	0,9

²⁸ http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr4_regional_profiles.pdf?ua=1 (ultima visualizzazione: 22 febbraio 2015).

La diffusione dell'infezione tubercolare vede i detenuti presenti in regione Toscana maggiormente interessati con una prevalenza di 1,6% sul totale dei visitati. Nelle altre regioni il valore non supera la media registrata nel campione complessivo (**Tabella 6.11**).

Tabella 6.11
Distribuzione (N e %) delle diagnosi di positività per TBC nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Regione	Detenuti positivi per TBC (N=99)	
	N	%
Toscana	55	1,6
Veneto	8	0,3
Lazio	25	0,4
Liguria	9	0,6
ASL Salerno	1	0,2
Umbria	1	0,1
Totale	99	0,6

6.4 L'infezione da *Treponema pallidum*

La sifilide è una complessa infezione sessualmente trasmissibile (IST) causata dal batterio *Treponema pallidum*, e rappresenta, dopo l'AIDS, la IST con il più alto tasso di mortalità.

Secondo quanto recentemente pubblicato dall'ECDC, in Europa il tasso di sifilide registrato nella popolazione libera è di 4,6 casi ogni 100.000 residenti²⁹, valore di gran lunga inferiore a quanto registrato nella popolazione detenuta.

La prevalenza della diagnosi di sifilide fra i detenuti, infatti, varia dallo 0,5% osservato in Francia nel genere maschile³⁰ al 6,1% rilevato nelle carceri in Venezuela³¹, mentre negli Stati Uniti la prevalenza si attesta tra l'1,6% e il 7,5% in base al genere e all'orientamento sessuale³².

Nel nostro studio, il valore osservato risulta sovrapponibile a quanto osservato negli istituti francesi con lo 0,5% (N=71) dei detenuti visitati affetti da questa patologia (in Italia, nel 2012, il tasso era di 1,0 x 100.000 residenti).

Come possiamo osservare dalla **Tabella 6.12**, i transgender risultano la popolazione

29 European Centre for Disease Prevention and Control. *Annual epidemiological report 2014 - sexually transmitted infections, including HIV and blood - borne viruses*. Stockholm: ECDC; 2015.

30 Verneuil L, Vidal JS, Ze Bekolo R, et al. *Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2009; 28 (4): 409-13.

31 Posada A, Díaz Tremarias MI. *Infección por VIH, Hepatitis B y Sífilis en reclusos de Centros Penitenciarios de Venezuela, 1998-2001*. Rev Esp Sanid Pent. 2008; 10: 73-79.

32 Javanbakht M, Murphy R, Harawa NT, et al. *Sexually transmitted infections and HIV prevalence among incarcerated men who have sex with men, 2000-2005*. Sex Transm Dis. 2009; 36 (2 Suppl): S17-21.

più colpita da questa patologia (21,3%), seguiti dal genere femminile (0,8%). Contrariamente a quanto osservato fra la popolazione generale, dove l'incidenza aumenta al crescere dell'età, fra i detenuti non si osservano particolari differenze, aspetto, questo, probabilmente legato all'uniformità degli stili di vita adottati dalle persone che accedono al sistema penitenziario.

In linea con la letteratura internazionale²⁹, le persone provenienti dai Paesi est europei presentano tassi sensibilmente superiori d'infezione da *Treponema pallidum* rispetto agli altri gruppi etnici.

Per quanto riguarda l'andamento per regione, non sono presenti differenze significative fra i territori.

Tabella 6.12
Caratteristiche demografiche (N e %) dei detenuti con diagnosi di sifilide calcolate sul numero di detenuti presenti in alcune regioni italiane sottoposti a visita medica – Analisi per genere, età e cittadinanza – Anno 2014

Caratteristiche generali	Detenuti affetti da sifilide (N=71)	
	N	%
Genere		
Maschio (N=14.835)	54	0,4
Femmina (N=869)	7	0,8
Transgender (N=47)	10	21,3
Età		
18-29 aa (N=3.222)	13	0,4
30-39 aa (N=5.210)	28	0,5
40-49 aa (N=4.182)	17	0,4
50-59 aa (N=2.239)	10	0,4
60 e più (N=893)	3	0,3
Cittadinanza		
Italiana (N=7.726)	18	0,2
Nord africana (N=2.232)	5	0,2
Est europea (N=2.889)	28	1,0
Altro (N=1.548)	15	1,0

Conclusioni

Sicuramente, e i numeri lo confermano, le malattie infettive occupano un ruolo importante nel determinare lo stato di salute di questa popolazione. Tutto questo, come abbiamo visto, si lega ad abitudini e stili di vita che favoriscono la diffusione di queste patologie all'interno di gruppi ad alto rischio come quello della popolazione detenuta. Viene da chiederci, quindi, se, all'interno delle strutture detentive, sono previste azioni preventive volte a ridurre la diffusione.

A questo proposito, nel 2013, nell'ambito del progetto "*Access to treatment and harm reduction for drug users in custody*", la Commissione Europea³³ ha svolto una ricognizione sulle azioni di prevenzione messe in atto nelle strutture europee riguardanti l'uso di sostanze e la messa in atto di comportamenti sessuali a rischio, dalla quale emerge che pochi sono i paesi nei quali vengono distribuiti i profilattici e, ancora meno, quelli in cui sono attivi programmi di distribuzione e/o educazione all'uso di siringhe sterili. L'Italia non è fra questi.

Di seguito riportiamo i principali risultati suddivisi per singola regione partecipante.

³³ Zurhold H, Stöver H. *Inventory of harm reduction measures in European prisons. European Union – Drug Prevention and Information Programme; 2013.*

Regione Toscana: disturbi infettivi e parassitari

Tabella 6.13
Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Toscana - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie infettive e parassitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=3.403)	N	% sul totale delle diagnosi
Epatite C	206	6,1	206	46,1
Epatite B	65	1,9	65	14,5
TBC	55	1,6	59	13,2
HIV	50	1,5	50	11,2
Epatite A	22	0,6	22	4,9
Micosi della cute e degli annessi cutanei	14	0,4	14	3,1
Sifilide	10	0,3	10	2,2
Condiloma acuminato	4	0,1	4	0,9
Infezioni da <i>Herpes simplex</i>	2	0,1	3	0,7
Epatite Delta	2	0,1	2	0,4
Altre epatiti	1	0,0	1	0,2
Altro	11	0,3	11	2,5
Totale	387	11,4	447	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 6.14
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Toscana - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Antivirali per uso sistemico	101	63,5
Antimicobatterici	34	21,4
Antimicotici per uso sistemico	10	6,3
Antimicotici per uso dermatologico	6	3,8
Immunostimolanti	5	3,1
Ectoparassitocidi, compresi antiscabbia, insetticidi e repellenti	3	1,9
Totale	159	100,0

Regione Veneto: disturbi infettivi e parassitari

Tabella 6.15
Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Veneto - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie infettive e parassitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=2.607)	N	% sul totale delle diagnosi
Epatite C	79	3,0	79	42,7
HIV	37	1,4	37	20,0
Epatite B	28	1,1	28	15,1
Sifilide	15	0,6	15	8,1
Micosi della cute e degli annessi cutanei	11	0,4	11	5,9
TBC	8	0,3	8	4,3
Infezioni da <i>Herpes simplex</i>	2	0,1	2	1,1
Condiloma acuminato	1	0,0	1	0,5
Epatite A	1	0,0	1	0,5
Altro	3	0,1	3	1,6
Totale	143	5,5	185	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 6.16
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Veneto - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Antivirali per uso sistemico	86	78,2
Antimicobatterici	10	9,1
Antimicotici per uso dermatologico	8	7,3
Immunostimolanti	3	2,7
Antimicotici per uso sistemico	1	0,9
Ectoparassitocidi, compresi antiscabbia, insetticidi e repellenti	1	0,9
Antisettici e disinfettanti	1	0,9
Totale	110	100,0

Regione Lazio: disturbi infettivi e parassitari

Tabella 6.17
Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Lazio - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie infettive e parassitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=6.366)	N	% sul totale delle diagnosi
Epatite C	599	9,4	599	57,8
HIV	157	2,5	157	15,1
Epatite B	142	2,2	142	13,7
Sifilide	43	0,7	43	4,1
TBC	25	0,4	26	2,5
Micosi della cute e degli annessi cutanei	20	0,3	20	1,9
Condiloma acuminato	7	0,1	7	0,7
Infezioni da <i>Herpes simplex</i>	7	0,1	7	0,7
Altre epatiti	2	0,0	2	0,2
Epatite A	2	0,0	2	0,2
Epatite Delta	1	0,0	1	0,1
Altro	31	0,5	31	3,0
Totale	893	14,0	1.037	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 6.18
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Lazio - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Antivirali per uso sistemico	310	76,9
Antimicobatterici	45	11,2
Immunostimolanti	28	6,9
Antimicotici per uso dermatologico	10	2,5
Antimicotici per uso sistemico	8	2,0
Ectoparassitici, compresi antiscabbia, insetticidi e repellenti	1	0,2
Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologico	1	0,2
Totale	403	100,0

Regione Liguria: disturbi infettivi e parassitari

Tabella 6.19
Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Liguria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie infettive e parassitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.591)	N	% sul totale delle diagnosi
Epatite C	187	11,8	187	56,7
Epatite B	63	4,0	63	19,1
HIV	53	3,3	53	16,1
TBC	9	0,6	9	2,7
Micosi della cute e degli annessi cutanei	4	0,3	4	1,2
Sifilide	3	0,2	3	0,9
Condiloma acuminato	2	0,1	2	0,6
Epatite A	2	0,1	2	0,6
Infezioni da <i>Herpes simplex</i>	2	0,1	2	0,6
Altro	5	0,3	5	1,5
Totale	265	16,7	330	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 6.20
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Liguria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Antivirali per uso sistemico	108	85,7
Antimicobatterici	8	6,3
Immunostimolanti	4	3,2
Antimicotici per uso sistemico	4	3,2
Antibiotici e chemioterapici per uso dermatologico	2	1,6
Totale	126	100,0

ASL Salerno: disturbi infettivi e parassitari

Tabella 6.21
Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta nella ASL Salerno – Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica – Anno 2014

Malattie infettive e parassitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=536)	N	% sul totale delle diagnosi
Epatite C	38	7,1	38	86,4
Epatite B	5	0,9	5	11,4
TBC	1	0,2	1	2,3
Totale	44	8,2	44	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 6.22
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta nella ASL Salerno - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Antivirali per uso sistemico	1	50,0
Immunostimolanti	1	50,0
Totale	2	100,0

Regione Umbria: disturbi infettivi e parassitari

Tabella 6.23
Distribuzione (N e %) delle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Umbria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie infettive e parassitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.248)	N	% sul totale delle diagnosi
Epatite C	56	4,5	56	61,5
Epatite B	18	1,4	18	19,8
HIV	13	1,0	13	14,3
Infezioni da <i>Herpes simplex</i>	1	0,1	1	1,1
TBC	1	0,1	1	1,1
Altro	2	0,2	2	2,2
Totale	80	6,4	91	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 6.24
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle diagnosi infettive e parassitarie nella popolazione detenuta in Umbria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Antivirali per uso sistemico	9	81,8
Antimicobatterici	1	9,1
Immunostimolanti	1	9,1
Totale	11	100,0

Capitolo 7

Le altre malattie croniche

**Le malattie del sistema
circolatorio e il loro
trattamento
farmacologico**

**Le malattie endocrine,
del metabolismo
ed immunitarie e
il loro trattamento
farmacologico**

**Le malattie
dell'apparato
respiratorio e
il loro trattamento
farmacologico**

7. Le altre malattie croniche

7.1 Le malattie del sistema circolatorio

A seguito dell'invecchiamento della popolazione e del costante aumento della prevalenza dei fattori di rischio associati, le malattie del sistema circolatorio costituiscono, ormai da molti anni, la prima causa di morte in Italia e nel mondo^{1,2}. Molti di questi fattori sono legati allo stile di vita, come fumo di tabacco, dieta non equilibrata, sedentarietà, sovrappeso e obesità³. Le carceri, come abbiamo visto, sono caratterizzate da una forte presenza di gran parte di questi fattori, spesso legati anche alle condizioni ambientali sfavorevoli e allo stato di deprivazione materiale e psicologica in cui i detenuti frequentemente versano.

La prevalenza delle malattie cardiovascolari è notevolmente diversa a seconda della regione considerata: l'ASL Salerno fa registrare un valore di gran lunga superiore alla media (19,7%) e anche l'Umbria (13,3%) e il Veneto (10,8%) mostrano percentuali superiori (Tabella 7.1).

Tabella 7.1
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta – Analisi per regione partecipante – Anno 2014

Regione	Malattie del sistema circolatorio	
	N	%
Toscana	336	8,5
Veneto	290	10,8
Lazio	948	8,2
Liguria	231	7,1
Azienda Salerno	77	19,7
Umbria	151	13,3
Totale	2.033	8,8

Nel nostro studio 1.788 detenuti sono risultati affetti da una malattia del sistema circolatorio, vale a dire l'11,4% di tutte le persone arruolate, una percentuale sensibilmente più alta rispetto al 7,9% registrato in uno studio precedente condotto nelle carceri della Toscana⁴. La prevalenza delle malattie cardiovascolari è inferiore nella popolazione carceraria rispetto alla popolazione libera italiana: l'ipertensione, che è stata diagnosticata nel 7% circa di tutti gli arruolati nello studio e rappresenta la patologia cardiovascolare più

1 *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013*. Ministero della Salute, Roma 2014. <http://www.rssp.salute.gov.it>

2 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>

3 <http://www.cuore.iss.it/>

4 *La salute dei detenuti in Toscana – Anno 2012*. Collana dei Documenti ARS. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, giugno 2013.

diffusa tra i detenuti, ha una prevalenza nella popolazione generale compresa tra 18 e 65 anni del 12%⁵; tale differenza è dovuta alla diversa stratificazione per età delle due popolazioni che, come già detto, vede quella detenuta nettamente più giovane rispetto a quella generale. Considerando, tuttavia, la maggior prevalenza nelle strutture detentive dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, in particolar modo del fumo di sigaretta, è lecito aspettarsi che, in futuro, tali patologie avranno una diffusione molto elevata tra i detenuti.

Nella nostra indagine le diagnosi di malattie del sistema circolatorio si collocano al 4° posto sul totale delle diagnosi (N=2.033): circa il 55% delle diagnosi è rappresentato dall'ipertensione arteriosa (N=1.114), il 13,3% da disturbi venosi e linfatici (legati soprattutto alla sedentarietà tipica dell'ambiente carcerario, alla dieta non equilibrata e a problemi di peso) e circa l'11% dalla cardiopatia ischemica (**Tabella 7.2**).

Tabella 7.2
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane – Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica – Anno 2014

Malattie del sistema circolatorio	N	% sul totale delle diagnosi	% sul totale dei visitati (N=15.751)
Ipertensione arteriosa	1.114	54,9	7,1
Malattie delle vene e dei linfatici	270	13,3	1,6
Cardiopatia ischemica	222	10,9	1,4
Cardiopatia ipertensiva	155	7,6	1,0
Aritmie	69	3,4	0,4
Patologie valvolari cardiache	31	1,5	0,2
Patologie cerebrovascolari	29	1,4	0,2
Esiti di malattie cerebrovascolari	13	0,6	0,1
Aneurisma dell'aorta	9	0,4	0,1
Altro	121	5,9	0,8
Totale	2.033	100,0	11,4

È da segnalare come i disturbi venosi e linfatici siano più diffusi tra le donne (20,8% del totale delle diagnosi vs. 12,7% negli uomini), maggiormente a rischio per predisposizione genetica e pregresse o concomitanti gravidanze, e come i problemi cardiaci siano più frequenti negli uomini fino all'età di 50 anni (circa +10% del totale delle diagnosi), in accordo con un recente studio internazionale⁶.

In linea con un'evidenza scientifica ormai consolidata³, anche nel nostro studio la prevalenza delle malattie cardiovascolari aumenta con l'invecchiamento: si passa, infatti, dalle 68 diagnosi registrate nella fascia di età 18-29 anni alle 661 rilevate in quella compresa tra 50-59 anni (**Tabella 7.3**).

5 Indagini Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". ISTAT 2012.

6 Leening MJ et al. Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: prospective population based cohort study. *BMJ* 2014; 349: g5992.

Tabella 7.3
Distribuzione (%) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per fascia di età - Anno 2014

Malattie del sistema circolatorio	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=68)	% (N=221)	% (N=562)	% (N=661)	% (N=521)
Ipertensione	23,5	44,8	56,6	61,3	53,0
Malattie delle vene e dei linfatici	44,1	31,7	15,1	8,9	5,0
Cardiopatía ischemica	0,0	3,6	12,3	12,1	12,5
Cardiopatía ipertensiva	2,9	2,7	4,6	7,9	13,2
Aritmie	1,5	5,9	1,6	4,1	3,6
Patologie valvolari cardiache	5,9	1,8	2,3	0,6	1,2
Patologie cerebrovascolari	5,9	0,5	0,7	0,9	2,7
Esiti di malattie cerebrovascolari	2,9	0,0	0,9	0,5	0,6
Aneurisma dell'aorta	1,5	0,0	0,2	0,0	1,3
Altro	11,8	9,0	5,7	3,8	6,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Le malattie del sistema circolatorio sono frequenti più del doppio nei detenuti italiani rispetto a quelli stranieri (11,2% vs. 4,7% sul totale delle diagnosi) a causa di una diversa stratificazione per età dei due gruppi, più alta, come già mostrato, per gli italiani.

Per quanto riguarda il tipo di malattia, invece, vi sono alcune interessanti differenze (Tabella 7.4).

Tabella 7.4
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - analisi per etnia - Anno 2014

Malattie del sistema circolatorio	Italia		Africa del Nord		Europa dell'Est	
	N	%	N	%	N	%
Ipertensione	846	55,8	35	38,5	60	39,5
Malattie delle vene e dei linfatici	171	11,3	30	33,0	37	24,3
Cardiopatía ischemica	173	11,4	9	9,9	18	11,8
Cardiopatía ipertensiva	126	8,3	5	5,5	13	8,6
Aritmie	95	6,3	3	3,3	10	6,6
Patologie valvolari cardiache	46	3,0	3	3,3	6	3,9
Patologie cerebrovascolari	21	1,4	3	3,3	4	2,6
Esiti di malattie cerebrovascolari	22	1,5	3	3,3	4	2,6
Aneurisma dell'aorta	9	0,6	0	0,0	0	0,0
Altro	7	0,5	0	0,0	0	0,0
Totale	1.516	100,0	91	100,0	152	100,0

Lipertensione arteriosa risulta più diffusa tra i detenuti italiani, mentre le patologie valvolari cardiache sono più frequenti tra gli stranieri, legate probabilmente alla differente prevalenza della febbre reumatica (e delle sue conseguenze) e di malformazioni cardiache non trattate che, spesso, rappresentano la causa di tali problemi⁷, ⁸. Anche i disturbi delle vene e dei linfatici si riscontrano maggiormente nei detenuti stranieri (rispetto agli italiani sono più del doppio nei detenuti estereuropei e il triplo circa in quelli nordafricani) e in questo caso i motivi, seppur meno chiari, potrebbero dipendere da una minor attenzione prestata alla prevenzione e al trattamento di queste patologie.

7.1.1 Il trattamento farmacologico delle malattie del sistema circolatorio

Il numero totale di farmaci prescritti e associati alle diagnosi di malattie del sistema circolatorio è di 3.552. Di questi, il 72% (N=2.556) è rappresentato da farmaci del gruppo anatomico principale C (*sistema cardiovascolare*), il 15,6% (N=554) da farmaci del gruppo B (*sangue ed organi emopoietici*), il 6,1% (N=216) da farmaci del gruppo A (*apparato gastrointestinale e metabolismo*), il 4,7% (N=167) da farmaci del gruppo N (*sistema nervoso*) e l'1,6% (N=59) da farmaci appartenenti ad altri gruppi. Prendendo in considerazione soltanto i farmaci del gruppo C e del gruppo B, più specifici per quanto riguarda il trattamento delle malattie cardiovascolari, vediamo la loro distribuzione in base al gruppo terapeutico principale (**Tabella 7.5**).

Tabella 7.5
Distribuzione (N e %) dei farmaci più utilizzati per le malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	N	%
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	979	31,5
Antitrombotici	540	17,4
Betabloccanti	421	13,5
Calcio-antagonisti	344	11,1
Diuretici	293	9,4
Sostanze modificatrici dei lipidi	255	8,2
Terapia Cardiaca	107	3,4
Antipertensivi (bloccanti alfa-adrenergici)	87	2,8
Vasoprotettori	65	2,1
Altri farmaci	19	0,6
Totale	3.110	100

⁷ <http://www.world-heart-federation.org/press/fact-sheets/rheumatic-heart-disease/>

⁸ Mocumbi AO, Lameira E, Yaksh A, Paul L, Ferreira MB, Sidi D. *Challenges on the management of congenital heart disease in developing countries*. Int J Cardiol 2011; 148(3): 285-288.

Scendendo ulteriormente nel dettaglio, si segnalano per ogni gruppo terapeutico le seguenti annotazioni:

- sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina – forte utilizzo di ACE-inibitori non associati a diuretici (N=639), in particolar modo *Ramipril* ed *Enalapril*;
- antitrombotici – forte utilizzo degli antiaggreganti piastrinici, esclusa l'eparina (N=480), in particolar modo *Acido Acetilsalicilico* (N=395) e in minor misura *Clopidogrel* e *Ticlopidina*;
- betabloccanti – maggiormente utilizzati quelli ad azione selettiva sul cuore, come *Bisoprololo* (N=138) e *Atenololo* (127);
- calcio-antagonisti – più utilizzati quelli ad azione selettiva con prevalente effetto vascolare, come *Amlodipina* (N=297);
- diuretici – utilizzo principale di quelli ad azione maggiore (N=174), come *Furosemide*, e in seconda battuta di quelli ad azione minore (N=54), come *Idroclorotiazide*;
- sostanze modificatrici dei lipidi – forte utilizzo delle statine (N=203), in particolare *Atorvastatina* e *Simvastatina*;
- terapia cardiaca – utilizzati soprattutto i vasodilatatori per le malattie cardiache (N=70), come *Nitrati Organici*, e gli antiaritmici di classe III (N=11), come *Amiodarone*;
- antipertensivi – utilizzate le sostanze antiadrenergiche ad azione periferica (N=71), prevalentemente *Doxazocin*;
- vasoprotettori – utilizzate fundamentalmente le sostanze per il trattamento di emorroidi e ragadi anali ad uso topico (N=44).

Di seguito riportiamo i principali risultati suddivisi per singola regione partecipante.

Regione Toscana: disturbi del sistema circolatorio

Tabella 7.6
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Toscana - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi del sistema circolatorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=3.403)	N	% sul totale delle diagnosi
Iperensione	168	4,9	169	50,3
Malattie delle vene e dei linfatici	56	1,6	57	17,0
Cardiopatía ischemica	49	1,4	50	14,9
Aritmie	17	0,5	17	5,1
Cardiopatía ipertensiva	17	0,5	17	5,1
Patologie valvolari cardiache	7	0,2	7	2,1
Patologie cerebrovascolari	5	0,1	5	1,5
Aneurisma dell'aorta	2	0,1	2	0,6
Esiti di malattie cerebrovascolari	2	0,1	2	0,6
Altro	10	0,3	10	3,0
Totale	297	8,7	336	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.7
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Toscana - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	134	28,8
Antitrombotici	95	20,4
Betabloccanti	62	13,3
Calcio-antagonisti	54	11,6
Sostanze modificatrici dei lipidi	40	8,6
Diuretici	31	6,7
Terapia cardiaca	21	4,5
Vasoprotettori	13	2,8
Antiipertensivi	12	2,6
Altri farmaci	3	0,6
Totale	465	100,0

Regione Veneto: disturbi del sistema circolatorio

Tabella 7.8
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Veneto - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi del sistema circolatorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=2.607)	N	% sul totale delle diagnosi
Ipertensione	142	5,4	142	49,0
Malattie delle vene e dei linfatici	42	1,6	49	16,9
Cardiopatía ipertensiva	41	1,6	41	14,1
Cardiopatía ischemica	18	0,7	18	6,2
Aritmie	7	0,3	7	2,4
Patologie valvolari cardiache	2	0,1	5	1,7
Esiti di malattie cerebrovascolari	2	0,1	2	0,7
Aneurisma dell'aorta	1	0,0	1	0,3
Altro	24	0,9	25	8,6
Totale	256	9,8	290	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.9
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Veneto - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	150	29,1
Antitrombotici	101	19,6
Diuretici	67	13,0
Betabloccanti	62	12,0
Calcio-antagonisti	59	11,4
Sostanze modificatrici dei lipidi	33	6,4
Vasoprotettori	18	3,5
Antiipertensivi	12	2,3
Terapia cardiaca	11	2,1
Altri farmaci	3	0,6
Totale	516	100,0

Regione Lazio: disturbi del sistema circolatorio

Tabella 7.10
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Lazio - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica – Anno 2014

Diagnosi del sistema circolatorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=6.366)	N	% sul totale delle diagnosi
Iperensione	550	8,6	551	58,1
Malattie delle vene e dei linfatici	113	1,8	117	12,3
Cardiopatía ischemica	88	1,4	88	9,3
Cardiopatía ipertensiva	63	1,0	63	6,6
Aritmie	31	0,5	33	3,5
Patologie cerebrovascolari	19	0,3	19	2,0
Patologie valvolari cardiache	11	0,2	11	1,2
Esiti di malattie cerebrovascolari	9	0,1	9	0,9
Aneurisma dell'aorta	5	0,1	5	0,5
Altro	52	0,8	52	5,5
Totale	834	13,1	948	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.11
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Lazio - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	484	36,5
Antitrombotici	213	16,1
Betabloccanti	172	13,0
Calcio-antagonisti	139	10,5
Diuretici	118	8,9
Sostanze modificatrici dei lipidi	80	6,0
Terapia cardiaca	50	3,8
Antiipertensivi	36	2,7
Vasoprotettori	22	1,7
Altri farmaci	12	0,9
Totale	1.326	100,0

Regione Liguria: disturbi del sistema circolatorio

Tabella 7.12
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Liguria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi del sistema circolatorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.591)	N	% sul totale delle diagnosi
Ipertensione	111	7,0	111	48,1
Cardiopatía ischemica	36	2,3	39	16,9
Malattie delle vene e dei linfatici	38	2,4	39	16,9
Cardiopatía ipertensiva	10	0,6	10	4,3
Patologie valvolari cardiache	7	0,4	7	3,0
Aritmie	5	0,3	5	2,2
Patologie cerebrovascolari	3	0,2	3	1,3
Altro	16	1,0	17	7,4
Totale	189	11,9	231	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.13
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Liguria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	91	23,8
Antitrombotici	66	17,2
Sostanze modificatrici dei lipidi	61	15,9
Betabloccanti	54	14,1
Calcio-antagonisti	37	9,7
Diuretici	32	8,4
Terapia cardiaca	16	4,2
Antiipertensivi	15	3,9
Vasoprotettori	11	2,9
Totale	383	100,0

ASL Salerno: disturbi del sistema circolatorio

Tabella 7.14
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta nell'Az. di Salerno - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi del sistema circolatorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=536)	N	% sul totale delle diagnosi
Iperensione	56	10,4	56	72,7
Cardiopatía ipertensiva	13	2,4	13	16,9
Cardiopatía ischemica	6	1,1	6	7,8
Patologie valvolari cardiache	1	0,2	1	1,3
Altro	1	0,2	1	1,3
Totale	73	13,6	77	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.15
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta nella ASL Salerno - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	51	31,9
Antitrombotici	41	25,6
Betabloccanti	29	18,1
Calcio-antagonisti	21	13,1
Diuretici	11	6,9
Antiipertensivi	4	2,5
Terapia cardiaca	2	1,3
Sostanze modificatrici dei lipidi	1	0,6
Totale	160	100,0

Regione Umbria: disturbi del sistema circolatorio

Tabella 7.16
Distribuzione (N e %) delle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Umbria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi del sistema circolatorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.248)	N	% sul totale delle diagnosi
Ipertensione	85	6,8	85	56,3
Cardiopatía ischemica	21	1,7	21	13,9
Cardiopatía ipertensiva	11	0,9	11	7,3
Malattie delle vene e dei linfatici	7	0,6	8	5,3
Aritmie	7	0,6	7	4,6
Patologie cerebrovascolari	1	0,1	2	1,3
Aneurisma dell'aorta	1	0,1	1	0,7
Altro	16	1,3	16	10,6
Totale	139	11,1	151	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.17
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Umbria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	69	26,5
Betabloccanti	42	16,2
Sostanze modificatrici dei lipidi	40	15,4
Calcio-antagonisti	34	13,1
Diuretici	34	13,1
Antitrombotici	24	9,2
Antiipertensivi	8	3,1
Terapia cardiaca	7	2,7
Vasoprotettori	1	0,4
Altri farmaci	1	0,4
Totale	260	100,0

7.2 Le malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie

Le malattie endocrine e del metabolismo rappresentano un gruppo di forme morbose piuttosto eterogeneo, includendo diversi disturbi ghiandolari che vanno ad influire sullo stato di salute generale del paziente e vere e proprie sindromi sistemiche.

La prevalenza di questo gruppo di patologie è molto differente a seconda della regione considerata: la ASL Salerno fa registrare un valore di gran lunga superiore alla media (15,6%), mentre la Liguria una percentuale decisamente più bassa (3,9%) (**Tabella 7.18**).

Tabella 7.18
Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine e del metabolismo nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane – Anno 2014

Regione	Malattie endocrine e del metabolismo	
	N	%
Toscana	298	7,5
Veneto	225	8,3
Lazio	736	6,3
Liguria	125	3,9
Azienda Salerno	61	15,6
Umbria	97	8,5
Totale	1.542	6,7

I detenuti risultati affetti da questi disturbi sono stati 1.348, vale a dire l'8,6% degli arruolati, una percentuale abbastanza simile a quanto osservato in studi precedenti⁴.

Purtroppo, per questo gruppo di malattie non possiamo presentare dati di prevalenza nella popolazione generale, quindi faremo un confronto per le 3 patologie più diffuse: dislipidemie, diabete mellito tipo II e disturbi della tiroide.

Nella nostra indagine, le diagnosi di malattie endocrine e del metabolismo si collocano al 5° posto, rappresentando il 6,7% sul totale delle diagnosi (N=1.542). Le patologie più frequenti nella popolazione detenuta sono state le dislipidemie, il diabete mellito tipo II e le malattie della tiroide (**Tabella 7.19**).

Tabella 7.19
Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine e del metabolismo nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Malattie endocrine e del metabolismo	N	% sul totale delle diagnosi	% sul totale dei visitati (N=15.751)
Dislipidemie	588	38,1	3,7
Diabete mellito tipo II	500	32,4	3,1
Malattie della tiroide	191	12,4	1,2
Obesità	126	8,2	0,8
Diabete mellito tipo I	57	3,7	0,4
Gotta	39	2,5	0,2
Altro	41	2,7	0,2
Totale	1.542	100,0	8,6

Fra i detenuti si registra una prevalenza del 3,7% per le dislipidemie e del 3,1% per il diabete mellito tipo II mentre, nella popolazione generale, i valori per l'anno 2013 sono rispettivamente del 24% e del 5,4%: tali differenze sono sicuramente attribuibili alla giovane età media dei detenuti, dato che il rischio per le due patologie aumenta con l'invecchiamento^{9,10}. Tuttavia, la prevalenza del diabete nelle strutture detentive è nettamente più elevata di quella che ci potremmo aspettare in una popolazione libera con una composizione per fascia di età simile a quella carceraria: secondo quanto riportato dall'Istituto superiore di sanità, infatti, la prevalenza di questa malattia negli uomini liberi fra i 35 e i 44 anni (fascia di età più rappresentata tra i detenuti) è dell'1,2%¹⁰. Del resto, è dimostrato che il diabete colpisce maggiormente i gruppi socialmente sfavoriti e meno istruiti (come ad esempio i detenuti), i quali presentano un rischio aumentato fino al 60% di essere affetti da questa patologia rispetto a chi possiede un'istruzione più elevata¹⁰. Da sottolineare, infine, come dislipidemie e diabete rappresentino importanti fattori di rischio per l'insorgenza di malattie cardiovascolari e risentano di uno stile di vita sedentario e di abitudini alimentari scorrette, due fra le maggiori criticità che affliggono da sempre l'ambiente penitenziario.

Per quanto riguarda le malattie della tiroide, la prevalenza registrata nel nostro studio è stata dell'1,2% (con grande differenza riguardo al genere, dato che negli uomini è stata dello 0,9% e nelle donne del 6,4%), a fronte del 5,3% della popolazione generale che soffre di disturbi tiroidei⁵. In questo caso la differenza è dovuta, oltre che all'età media più bassa dei detenuti, anche alla piccola percentuale di donne nel nostro campione (5,5% del totale), poiché è assodato come le malattie della tiroide colpiscono molto più frequentemente persone di genere femminile crescendo progressivamente nelle varie fasce di età fino a raggiungere la massima diffusione tra i 55 e i 64 anni¹¹.

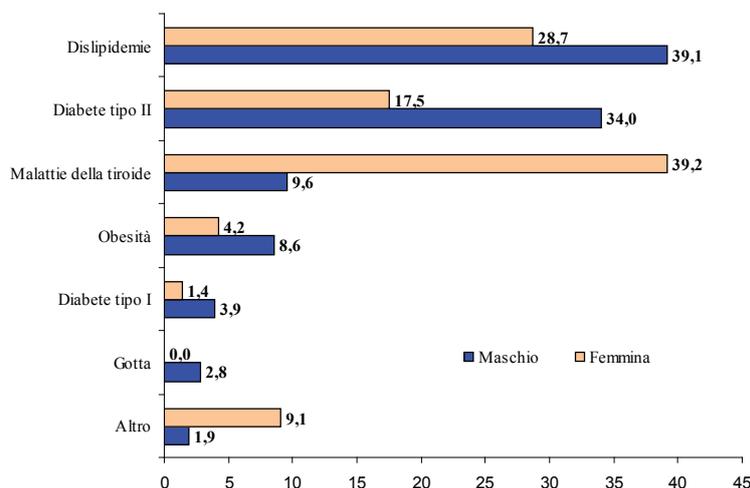
Le differenze di genere si confermano anche nella nostra indagine (**Figura 7.1**): le disfunzioni della tiroide sono più diffuse tra le detenute, costituendo quasi il 40% del totale delle diagnosi di malattie endocrine e metaboliche nel sesso femminile (vs. 10% circa negli uomini), mentre i detenuti risultano affetti maggiormente da dislipidemie (39,1% delle diagnosi totali di malattie endocrine e metaboliche vs. il 28,7% nelle donne) e da diabete mellito tipo II (34% vs. 17,5%). Nella categoria "altro", che raggiunge il 9,1% delle diagnosi effettuate nel genere femminile, sono incluse le disfunzioni ipotalamo-ipofisarie e la sindrome dell'ovaio policistico.

9 <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/cardiovascolare.asp#Ipercolesterolemia>

10 <http://www.epicentro.iss.it/igea/diabete/prevalenza.asp>

11 http://www.fondazioneibsa.org/editoria/IBSA_ForumSalute_Tiroide_06-12-13.pdf

Figura 7.1
Distribuzione percentuale delle malattie endocrine e del metabolismo nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane – analisi per genere - Anno 2014



L'andamento delle malattie endocrine e del metabolismo si dimostra legato all'invecchiamento anche nel nostro lavoro: il fenomeno si registra per le dislipidemie (si passa dal 24% nella fascia di età 18-29 anni a circa il 40% osservato in quella di età compresa fra i 50 e i 59 anni) e per il diabete mellito tipo II (dall'11,1% al 37% nelle fasce di età suddette), mentre non si verifica per le disfunzioni tiroidee (**Tabella 7.20**).

Tabella 7.20
Distribuzione (%) delle malattie endocrine e del metabolismo nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane – Analisi per fascia di età - Anno 2014

Malattie endocrine e del metabolismo	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=54)	% (N=222)	% (N=435)	% (N=487)	% (N=344)
Dislipidemie	24,1	39,2	39,5	39,8	35,5
Diabete tipo II	11,1	17,6	30,1	37,0	41,9
Malattie della tiroide	20,4	15,3	11,5	10,9	12,5
Obesità	20,4	13,1	9,9	5,7	4,4
Diabete tipo I	7,4	6,8	3,9	2,7	2,3
Gotta	0,0	2,7	2,5	2,9	2,3
Altro	16,7	5,4	2,5	1,0	1,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Riguardo alla nazionalità (**Tabella 7.21**), i detenuti dell'Europa dell'Est e gli italiani soffrono di più di dislipidemie, obesità, malattie della tiroide e gotta, patologie meno frequenti nei nordafricani che, invece, sono maggiormente affetti da diabete mellito tipo

II e tipo I (rappresentano rispettivamente il 46,3% e il 17,1% delle diagnosi di malattie endocrine e del metabolismo in questo gruppo di persone).

Tabella 7.21
Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine e del metabolismo nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per etnia - Anno 2014

Malattie endocrine e del metabolismo	Italia		Africa del Nord		Europa dell'Est	
	N	%	N	%	N	%
Dislipidemie	465	40,7	18	22,0	52	42,3
Diabete tipo II	346	30,3	38	46,3	32	26,0
Malattie della tiroide	151	13,2	4	4,9	16	13,0
Obesità	96	8,4	6	7,3	14	11,4
Diabete tipo I	31	2,7	14	17,1	1	0,8
Gotta	27	2,4	1	1,2	2	1,6
Altro	27	2,4	1	1,2	6	4,9
Totale	1.143	100,0	82	100,0	123	100,0

7.2.1 Il trattamento farmacologico delle malattie endocrine, del metabolismo e immunitarie

Il numero totale di farmaci prescritti e associati alle diagnosi di malattie endocrine e del metabolismo è di 1.873. Di questi, il 42,4% (N=794) è rappresentato da farmaci del gruppo anatomico principale A (*apparato gastrointestinale e metabolismo*), il 39,1% (N=732) da farmaci del gruppo C (*sistema cardiovascolare*), l'8,4% (N=158) da farmaci del gruppo H (*preparati ormonali sistemici*, esclusi ormoni sessuali e insuline) e il 10,1% (N=189) da farmaci appartenenti ad altri gruppi. Tralasciando questi ultimi, prendiamo in considerazione gli altri tre, maggiormente specifici per quanto riguarda il trattamento delle malattie endocrine e del metabolismo, e vediamo la loro distribuzione in base al gruppo terapeutico principale (**Tabella 7.22**).

Tabella 7.22
Distribuzione (N e %) dei farmaci più utilizzati per le malattie endocrine e del metabolismo nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	N	%
Farmaci usati nel diabete	724	43,0
Sostanze modificatrici dei lipidi	633	37,6
Terapia tiroidea	152	9,0
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	48	2,9
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	41	2,4
Betabloccanti	27	1,6
Calcio-antagonisti	12	0,7
Diuretici	12	0,7
Vitamine	11	0,7
Altri farmaci	24	1,4
Totale	1.684	100

Scendendo ulteriormente nel dettaglio, si segnalano per ogni gruppo terapeutico le seguenti annotazioni:

- farmaci usati nel diabete – nel diabete mellito tipo II, in circa il 65% dei casi, vengono utilizzati soltanto gli ipoglicemizzanti orali (che sono inefficaci nel tipo I), rappresentati fundamentalmente dalle biguanidi (N=320) come *Metformina* e meno dalle sulfaniluree (N=48) come *Glimepiride*, *Glibenclamide*, *Gliclazide* e dalle glinidi (N=26) come *Repaglinide*; nel restante 35% circa dei casi, agli ipoglicemizzanti orali vengono associate le insuline (N=241), ad azione lenta, rapida o intermedia (nel diabete mellito tipo I sono gli unici farmaci ad essere usati);
- sostanze modificatrici dei lipidi - in larga maggioranza (circa il 70% dei casi) vengono utilizzate le statine per combattere il colesterolo (N=449) come *Atorvastatina* e *Simvastatina*, si segnala anche un discreto impiego (nel 23% circa dei casi) degli acidi grassi polinsaturi *Omega-3* (N=151) nella prevenzione di eventi cardiovascolari, mentre nel 4% dei casi vi è l'uso dei fibrati come *Fenofibrato* per abbassare i livelli di trigliceridi nel sangue;
- terapia tiroidea - utilizzati fundamentalmente i preparati a base di ormoni tiroidei come *Levotiroxina sodica* (N=135);
- farmaci per disturbi correlati all'acidità - rappresentati in larga parte dagli inibitori di pompa protonica per la prevenzione e il trattamento di gastrite, ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo, come *Lansoprazolo* e *Pantoprazolo*;
- sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina - soprattutto ACE-inibitori, spesso non associati ai diuretici (75% circa dei casi), come *Ramipril* ed *Enalapril*;
- betabloccanti - più utilizzati quelli ad azione selettiva sul cuore, come *Bisoprololo* e *Atenololo*;
- calcio-antagonisti - maggiormente utilizzati quelli ad azione selettiva con prevalente effetto vascolare, come *Amlodipina*;
- diuretici - usati equamente sia quelli ad azione maggiore, come *Furosemide*, sia quelli ad azione minore, come *Idroclorotiazide*;
- vitamine - in larga parte rappresentate dalla A (*Retinolo*) e dalla D (*Colecalciferolo*), associate fra loro.

Di seguito riportiamo i principali risultati suddivisi per singola regione partecipante.

Regione Toscana: malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie

Tabella 7.23

Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Toscana - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=3.403)	N	% sul totale delle diagnosi
Dislipidemie	123	3,6	123	41,3
Diabete tipo II	80	2,4	84	28,2
Obesità	30	0,9	30	10,1
Malattie della tiroide	23	0,7	23	7,7
Diabete tipo I	18	0,5	18	6,0
Gotta	11	0,3	11	3,7
Altro	7	0,2	9	3,0
Totale	244	7,2	298	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.24

Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Toscana - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci usati nel diabete	129	46,1
Sostanze modificatrici dei lipidi	102	36,4
Terapia tiroidea	17	6,1
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	10	3,6
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	7	2,5
Betabloccanti	4	1,4
Calcio-antagonisti	4	1,4
Vitamine	3	1,1
Diuretici	2	0,7
Altri farmaci	2	0,7
Totale	280	100,0

Regione Veneto: malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie

Tabella 7.25
Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Veneto - analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=2.607)	N	% sul totale delle diagnosi
Dislipidemie	115	4,4	121	53,8
Diabete tipo II	52	2,0	52	23,1
Malattie della tiroide	19	0,7	19	8,4
Diabete tipo I	15	0,6	15	6,7
Gotta	9	0,3	9	4,0
Obesità	2	0,1	2	0,9
Altro	7	0,3	7	3,1
Totale	192	7,4	225	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.26
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Veneto - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci usati nel diabete	130	44,2
Sostanze modificatrici dei lipidi	120	40,8
Terapia tiroidea	21	7,1
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	7	2,4
Vitamine	4	1,4
Betabloccanti	3	1,0
Diuretici	3	1,0
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	3	1,0
Calcio-antagonisti	2	0,7
Altri farmaci	1	0,3
Totale	294	100,0

Regione Lazio: malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie

Tabella 7.27

Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Lazio - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=6.366)	N	% sul totale delle diagnosi
Dislipidemie	255	4,0	255	34,6
Diabete tipo II	226	3,6	230	31,3
Malattie della tiroide	113	1,8	115	15,6
Obesità	85	1,3	86	11,7
Diabete tipo I	17	0,3	17	2,3
Gotta	13	0,2	13	1,8
Altro	20	0,3	20	2,7
Totale	652	10,2	736	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.28

Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Lazio - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci usati nel diabete	291	39,2
Sostanze modificatrici dei lipidi	286	38,5
Terapia tiroidea	86	11,6
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	26	3,5
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	14	1,9
Betabloccanti	13	1,7
Diuretici	5	0,7
Calcio-antagonisti	4	0,5
Vitamine	4	0,5
Altri farmaci	14	1,9
Totale	743	100,0

Regione Liguria: malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie

Tabella 7.29
Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Liguria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.591)	N	% sul totale delle diagnosi
Diabete tipo II	58	3,6	58	46,4
Dislipidemie	37	2,3	37	29,6
Malattie della tiroide	14	0,9	14	11,2
Gotta	6	0,4	6	4,8
Obesità	5	0,3	5	4,0
Diabete tipo I	3	0,2	3	2,4
Altro	2	0,1	2	1,6
Totale	113	7,1	125	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.30
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Liguria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci usati nel diabete	80	49,1
Sostanze modificatrici dei lipidi	56	34,4
Terapia tiroidea	12	7,4
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	5	3,1
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	4	2,5
Betabloccanti	3	1,8
Diuretici	1	0,6
Altri farmaci	2	1,2
Totale	163	100,0

ASL Salerno: malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie

Tabella 7.31

Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta nella ASL Salerno - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=536)	N	% sul totale delle diagnosi
Dislipidemie	31	5,8	31	50,8
Diabete tipo II	24	4,5	24	39,3
Malattie della tiroide	6	1,1	6	9,8
Totale	54	10,1	61	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.32

Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta nella ASL Salerno - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Sostanze modificatrici dei lipidi	32	47,8
Farmaci usati nel diabete	29	43,3
Terapia tiroidea	5	7,5
Altri farmaci	1	1,5
Totale	67	100,0

Regione Umbria: malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie

Tabella 7.33

Distribuzione (N e %) delle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Umbria - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.248)	N	% sul totale delle diagnosi
Diabete tipo II	52	4,2	52	53,6
Dislipidemie	21	1,7	21	21,6
Malattie della tiroide	14	1,1	14	14,4
Diabete tipo I	4	0,3	4	4,1
Obesità	3	0,2	3	3,1
Altro	3	0,2	3	3,1
Totale	93	7,5	97	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.34

Distribuzione (N e %) dei farmaci associati alle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Umbria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci usati nel diabete	65	47,4
Sostanze modificatrici dei lipidi	37	27,0
Terapia tiroidea	11	8,0
Farmaci per disturbi correlati all'acidità	7	5,1
Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	6	4,4
Betabloccanti	4	2,9
Calcio-antagonisti	2	1,5
Diuretici	1	0,7
Altri farmaci	4	2,9
Totale	137	100,0

7.3 Le malattie dell'apparato respiratorio

In tutto il mondo, nel corso degli ultimi decenni, l'incidenza e la prevalenza delle patologie respiratorie hanno avuto un costante incremento a causa dell'inquinamento atmosferico, del consumo di tabacco, dell'esposizione professionale a sostanze nocive e degli ambienti indoor¹².

Soprattutto il fumo rappresenta, come detto in precedenza, uno dei fattori di rischio più importanti all'interno delle strutture detentive dato che, tra i detenuti, il numero di fumatori è 3 volte superiore a quello osservato nella popolazione generale¹³. Aspetto, questo, che mette in evidenza la necessità di mettere in atto interventi volti a ridurre il consumo di tabacco in una popolazione che, seppur giovane, presenta forti rischi di incorrere in una patologia respiratoria cronica.

La prevalenza delle malattie dell'apparato respiratorio è abbastanza costante nelle regioni in studio, anche se la ASL Salerno fa registrare un valore più basso rispetto alla media (0,8%) e il Lazio un valore leggermente superiore (4,5%) (Tabella 7.35).

Tabella 7.35
Distribuzione (N e %) delle malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Regione	Malattie dell'apparato respiratorio	
	N	%
Toscana	153	3,9
Veneto	87	3,2
Lazio	527	4,5
Liguria	90	2,8
Azienda Salerno	3	0,8
Umbria	40	3,5
Totale	900	3,9

I detenuti affetti da patologie respiratorie sono 854, vale a dire il 5,4% degli arruolati allo studio. Nel complesso, la prevalenza delle malattie dell'apparato respiratorio è più bassa nella popolazione detenuta rispetto a quella riscontrata nella popolazione libera italiana: per l'asma, che rappresenta la patologia più frequentemente diagnosticata in ambiente carcerario, la prevalenza nei detenuti è dell'1,7% a fronte del 6% circa registrato nella popolazione generale¹⁴. Da segnalare, tuttavia, che diverse malattie respiratorie colpiscono di più i soggetti in età avanzata e quindi bisogna tener conto del bias legato alla giovane età media rilevata all'interno delle carceri.

¹² <http://www.thoracic.org/global-health/firs-report-respiratory-diseases-in-the-world/resources/firs-report-for-web.pdf>

¹³ Parker DR et al. *The relation between smoking status and medical conditions among incarcerated adults*. J Addict Med 2014; 8(2): 90-95.

¹⁴ GEIRD Study Group. *Trends in the prevalence of asthma and allergic rhinitis in Italy between 1991 and 2010*. Eur Respir J 2012; 39(4): 883-92.

Nella nostra indagine le diagnosi di malattie dell'apparato respiratorio rappresentano il 3,9% del totale (N=900): circa il 30% delle diagnosi è rappresentato dall'asma, il 24,4% dalle malattie acute delle vie respiratorie superiori (in larga maggioranza bronchiti acute, a seguire faringiti e tonsilliti), il 17,4% dalla bronchite cronica, il 10,1% dalla rinite allergica e il 7,2% dalle malattie croniche delle vie respiratorie superiori (soprattutto sinusiti e riniti cronicizzate); meno frequente è stato il riscontro di deviazione del setto nasale e di polmonite (**Tabella 7.36**).

Tabella 7.36
Distribuzione (N e %) delle malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Malattie dell'apparato respiratorio	N	% sul totale delle diagnosi	% sul totale dei visitati (N=15.751)
Asma	271	30,1	1,7
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	220	24,4	1,4
Bronchite cronica	157	17,4	1,0
Rinite allergica	91	10,1	0,6
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	65	7,2	0,4
Deviazione del setto nasale	34	3,8	0,2
Polmonite	10	1,1	0,1
Altro	52	5,8	0,3
Totale	900	100,0	5,4

La **Figura 7.2** evidenzia che negli uomini si registrano soprattutto patologie come le malattie acute delle vie respiratorie superiori (+21% rispetto al genere femminile), la bronchite cronica (+12% circa) e la deviazione del setto nasale (nessuna diagnosi tra le detenute per questa condizione), mentre le donne risultano più frequentemente affette da rinite allergica (+17% rispetto al genere maschile), malattie croniche delle vie respiratorie superiori (+8,7%) e asma (+2%).

Del resto, vi sono sempre più evidenze riguardo ad un maggior rischio di sviluppo di malattie allergiche (come le riniti, che spesso si cronicizzano nel corso degli anni) e asma nel genere femminile in età giovane-adulta, a causa dell'influenza esercitata da ormoni come estrogeni e progesterone sul rilascio di alcune citochine che regolano l'attività infiammatoria^{15, 16}.

I vari tipi di disturbi riscontrati incidono in maniera diversa a seconda dell'età (**Tabella 7.37**): se asma e malattie acute delle vie respiratorie superiori sono leggermente più frequenti nei detenuti giovani-adulti, la bronchite cronica manifesta un trend legato all'invecchiamento (3,8% del totale delle diagnosi di malattie dell'apparato respiratorio

¹⁵ <http://www.progetto-aria.it/materiale/2014/ARIA-LIBRA-2014-final.pdf>

¹⁶ Leynaert B et al. *Gender differences in prevalence, diagnosis and incidence of allergic and non-allergic asthma: a population-based cohort*. Thorax 2012; 67(7): 625-31.

tra i 18 e i 29 anni; 7,5% tra i 30 e i 39 anni; 15,4% tra i 40 e i 49 anni; 30% tra i 50 e i 59 anni; 50% negli ultra60enni). Questo andamento è in linea, ad ogni modo, con quello rilevato nella popolazione generale¹².

Figura 7.2
Distribuzione (%) delle malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per genere - Anno 2014

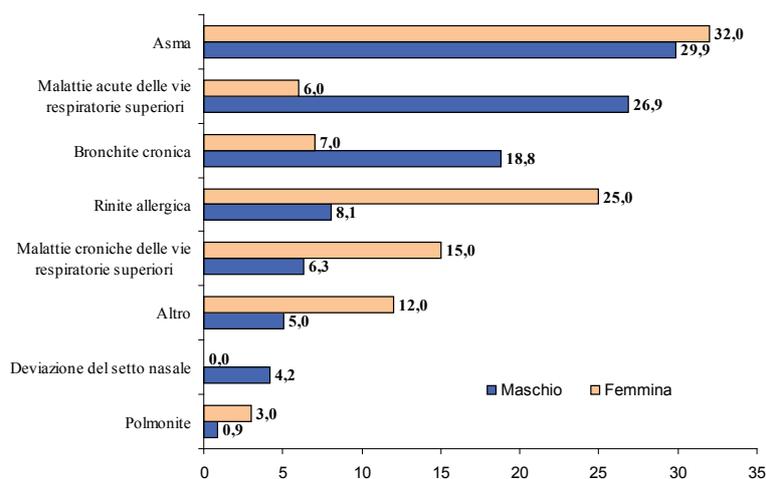


Tabella 7.37
Distribuzione (%) delle malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per fascia di età - Anno 2014

Malattie dell'apparato respiratorio	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=132)	% (N=280)	% (N=240)	% (N=150)	% (N=98)
Asma	38,6	31,8	30,8	27,3	16,3
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	28,8	31,1	24,2	18,7	9,2
Bronchite cronica	3,8	7,5	15,4	30,0	50,0
Rinite allergica	14,4	10,4	10,8	8,0	5,1
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	8,3	8,9	6,3	6,7	4,1
Deviazione del setto nasale	6,1	4,6	3,8	1,3	2,0
Polmonite	0,0	1,4	2,1	0,0	1,0
Altro	0,0	4,3	6,7	8,0	12,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Per quanto riguarda la nazionalità, infine, si segnalano alcune differenze (**Tabella 7.38**): l'asma colpisce molto di più i nordafricani (48,8% del totale delle diagnosi)

rispetto ai detenuti italiani (25,3%) e agli esteuropei (20,1%), mentre le malattie acute delle vie respiratorie superiori affliggono maggiormente i detenuti dell'Europa dell'Est e i nordafricani; al contrario, i detenuti italiani sono più affetti dalle patologie respiratorie croniche (le diagnosi di bronchite cronica, ad esempio, sono quasi il triplo negli italiani rispetto ai soggetti provenienti dall'Europa dell'Est e dall'Africa del Nord). In quest'ultimo caso, la disuguaglianza sembra legata fundamentalmente all'età media superiore dei detenuti italiani, piuttosto che alla prevalenza di fumatori, che non presenta differenze significative.

Tabella 7.38
Distribuzione (N e %) delle malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per etnia - Anno 2014

Malattie dell'apparato respiratorio	Italia		Africa del Nord		Europa dell'Est	
	N	%	N	%	N	%
Asma	126	25,3	60	48,8	27	20,1
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	104	20,8	32	26,0	54	40,3
Bronchite cronica	122	24,4	9	7,3	13	9,7
Rinite allergica	40	8,0	10	8,1	14	10,4
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	45	9,0	4	3,3	11	8,2
Deviazione del setto nasale	18	3,6	3	2,4	9	6,7
Polmonite	8	1,6	0	0,0	0	0,0
Altro	36	7,2	5	4,1	6	4,5
Totale	499	100,0	123	100,0	134	100,0

7.3.1 Il trattamento farmacologico delle malattie dell'apparato respiratorio

Il numero totale di farmaci prescritti e associati alle diagnosi di malattie dell'apparato respiratorio è di 928. Di questi, il 56,4% (N=523) è rappresentato da farmaci del gruppo anatomico principale R (*sistema respiratorio*), il 19,3% (N=179) da farmaci del gruppo J (*antimicrobici generali per uso sistemico*), il 6,8% (N=63) da farmaci del gruppo N (*sistema nervoso*), il 6,4% (N=59) da farmaci del gruppo H (*preparati ormonali sistemici*, esclusi ormoni sessuali e insuline) e l'11,2% (N=104) da farmaci appartenenti ad altri gruppi. Tralasciando quelli relativi al *sistema nervoso* (per lo più analgesici e ansiolitici), prendiamo in considerazione gli altri tre, maggiormente specifici per quanto riguarda il trattamento delle malattie respiratorie, e vediamo la loro distribuzione in base al gruppo terapeutico principale (**Tabella 7.39**).

Tabella 7.39
Distribuzione (N e %) dei farmaci più utilizzati per le malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	N	%
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	415	54,5
Antibatterici per uso sistemico	175	23,0
Antistaminici per uso sistemico	76	10,0
Corticosteroidi sistemici	59	7,8
Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento	22	2,9
Preparati rinologici	10	1,3
Antivirali per uso sistemico	4	0,5
Totale	761	100,0

Scendendo ulteriormente nel dettaglio, si segnalano per ogni gruppo terapeutico le seguenti annotazioni:

- farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie – maggiormente rappresentati dai broncodilatatori (circa il 70% dei casi), ovvero dagli adrenergici per aerosol attivi sui recettori beta2, sia a lunga durata d'azione come *Salmeterolo*, sia a breve durata d'azione come *Salbutamolo*, in associazione con i glicocorticoidi ad azione locale come *Beclometasone* e *Fluticasone*; meno utilizzati risultano gli anticolinergici (12% dei casi) come *Tiotropio Bromuro*; ancor meno i derivati xantینici come *Teofillina* e gli antagonisti dei recettori leucotrienici come *Montelukast* (entrambi in circa il 7% dei casi);
- antibatterici per uso sistemico - si segnala una buona appropriatezza terapeutica, in quanto sono principalmente usati quelli adatti a contrastare le infezioni del tratto respiratorio: in larga maggioranza macrolidi (60% circa dei casi) come *Claritromicina*, a seguire penicilline e inibitori delle beta-lattamasi (circa il 25% dei casi) come *Amoxicillina + Acido Clavulanico* e fluorochinoloni (15% dei casi) come *Ciprofloxacina*;
- antistaminici per uso sistemico - spesso affiancati ad altri farmaci nella profilassi e il trattamento di asma e rinite allergica, vengono impiegati soprattutto (75% dei casi) quelli di seconda generazione come *Cetirizina*;
- corticosteroidi sistemici - usati nel trattamento di gravi forme di asma, per la maggior parte rappresentati da *Betametasona*, *Prednisone* e *Metilprednisolone*;
- preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento - totalmente costituiti dagli espettoranti/mucolitici come *Acetilcisteina*;
- preparati rinologici - totalmente costituiti dai decongestionanti nasali per uso topico;
- antivirali per uso sistemico - farmaci per il trattamento di pazienti sieropositivi per HIV.

Di seguito riportiamo i principali risultati suddivisi per singola regione partecipante.

Regione Toscana: disturbi dell'apparato respiratorio

Tabella 7.40
Distribuzione (N e %) dei disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Toscana - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato respiratorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=3.403)	N	% sul totale delle diagnosi
Asma	56	1,6	56	36,6
Bronchite cronica	28	0,8	29	19,0
Deviazione del setto nasale	19	0,6	19	12,4
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	15	0,4	17	11,1
Rinite allergica	17	0,5	17	11,1
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	9	0,3	9	5,9
Altro	6	0,2	6	3,9
Totale	140	4,1	153	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.41
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati ai disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Toscana - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	70	65,4
Antistaminici per uso sistemico	10	9,3
Antibatterici per uso sistemico	9	8,4
Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento	7	6,5
Antivirali per uso sistemico	4	3,7
Corticosteroidi sistemici	4	3,7
Preparati rinologici	3	2,8
Totale	107	100,0

Regione Veneto: disturbi dell'apparato respiratorio

Tabella 7.42
Distribuzione (N e %) dei disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Veneto - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato respiratorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=2.607)	N	% sul totale delle diagnosi
Asma	42	1,6	42	48,3
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	15	0,6	15	17,2
Rinite allergica	14	0,5	14	16,1
Bronchite cronica	6	0,2	6	6,9
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	4	0,2	4	4,6
Polmonite	3	0,1	3	3,4
Deviazione del setto nasale	2	0,1	2	2,3
Altro	1	0,0	1	1,1
Totale	84	3,2	87	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.43
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati ai disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Veneto - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	62	67,4
Antistaminici per uso sistemico	14	15,2
Antibatterici per uso sistemico	7	7,6
Corticosteroidi sistemici	5	5,4
Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento	2	2,2
Preparati rinologici	2	2,2
Totale	92	100,0

Regione Lazio: disturbi dell'apparato respiratorio

Tabella 7.44
Distribuzione (N e %) dei disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Lazio - analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato respiratorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=6.366)	N	% sul totale delle diagnosi
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	181	2,8	182	34,5
Asma	108	1,7	108	20,5
Bronchite cronica	91	1,4	91	17,3
Rinite allergica	49	0,8	51	9,7
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	39	0,6	40	7,6
Deviazione del setto nasale	12	0,2	12	2,3
Polmonite	7	0,1	7	1,3
Altro	35	0,5	36	6,8
Totale	500	7,9	527	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.45
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati ai disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Lazio - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	213	46,2
Antibatterici per uso sistemico	155	33,6
Corticosteroidi sistemici	43	9,3
Antistaminici per uso sistemico	41	8,9
Preparati rinologici	5	1,1
Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento	4	0,9
Totale	461	100,0

Regione Liguria: disturbi dell'apparato respiratorio

Tabella 7.46
Distribuzione (N e %) dei disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Liguria - analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato respiratorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.591)	N	% sul totale delle diagnosi
Asma	47	3,0	47	52,2
Bronchite cronica	16	1,0	16	17,8
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	12	0,8	12	13,3
Rinite allergica	5	0,3	5	5,6
Malattie croniche delle vie respiratorie superiori	4	0,3	4	4,4
Altro	6	0,4	6	6,7
Totale	88	5,5	90	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.47
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati ai disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Liguria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	41	62,1
Antistaminici per uso sistemico	10	15,2
Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento	9	13,6
Antibatterici per uso sistemico	4	6,1
Corticosteroidi sistemici	2	3,0
Totale	66	100,0

ASL Salerno: disturbi dell'apparato respiratorio

Tabella 7.48

Distribuzione (N e %) dei disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta nell'Az. di Salerno - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato digerente	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=536)	N	% sul totale delle diagnosi
Bronchite cronica	2	0,4	2	66,7
Rinite allergica	1	0,2	1	33,3
Totale	3	0,6	3	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.49

Distribuzione (N e %) dei farmaci associati ai disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta nella ASL Salerno - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	2	100,0
Totale	2	100,0

Regione Umbria: disturbi dell'apparato respiratorio

Tabella 7.50
Distribuzione (N e %) dei disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Umbria - analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Diagnosi dell'apparato respiratorio	Detenuti		Diagnosi	
	N*	% sul totale dei detenuti visitati (N=1.248)	N	% sul totale delle diagnosi
Asma	18	1,4	18	45,0
Bronchite cronica	13	1,0	13	32,5
Rinite allergica	3	0,2	3	7,5
Malattie acute delle vie respiratorie superiori	2	0,2	2	5,0
Deviazione del setto nasale	1	0,1	1	2,5
Altro	3	0,2	3	7,5
Totale	39	3,1	40	100,0

*Analisi a risposta multipla, ogni paziente può essere affetto da più patologie.

Tabella 7.51
Distribuzione (N e %) dei farmaci associati ai disturbi dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Umbria - Anno 2014

Gruppo terapeutico principale	Farmaci	
	N	%
Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	27	81,8
Corticosteroidi sistemici	5	15,2
Antistaminici per uso sistemico	1	3,0
Totale	33	100,0

Conclusioni

Sulla base dei dati raccolti nel corso della nostra indagine, occorre fare una profonda riflessione dato che il quadro emerso risulta alquanto preoccupante.

Innanzitutto, ci troviamo di fronte una popolazione che, adottando stili di vita fortemente a rischio (fumo, alcol, dieta non equilibrata) e risiedendo in luoghi pieni di problematiche come i penitenziari (freddi, umidi e poco luminosi, caratterizzati dall'impossibilità di svolgere attività fisica e da un alto grado di sedentarietà), è potenzialmente portatrice di malattie croniche.

Se è vero che, ad oggi, i detenuti risultano essere affetti maggiormente da disturbi psichici, malattie infettive e parassitarie e dell'apparato digerente, è altrettanto corretto sottolineare il fatto che alcune patologie croniche come ipertensione, malattie delle vene e dei linfatici, dislipidemie e diabete mellito tipo 2 fanno registrare valori insolitamente alti per una popolazione tutto sommato giovane. Il rischio, quindi, di ritrovarsi in un futuro molto prossimo con un carico notevole di malattie croniche all'interno delle strutture penitenziarie è reale e concreto. In tal senso, è necessaria l'attuazione di una serie di azioni preventive in grado di migliorare le condizioni di vita dei detenuti, cercando di eliminare, o almeno ridurre, tutti quei fattori di rischio precedentemente elencati e di adottare protocolli di cura idonei anche per la popolazione detenuta, con un potenziamento dell'intero processo assistenziale.

**Il tentato suicidio
e gli atti di autolesione**

**Il percorso per
l'individuazione
precoce del
rischio suicidario
fra i nuovi giunti
da libertà**

**I risultati
dello studio pilota
svolto in 6 strutture
detentive italiane**

Capitolo 8

Il rischio suicidario

8. Il rischio suicidario

Il problema dei suicidi e dei tentati suicidi all'interno delle strutture carcerarie è divenuto ormai un'emergenza di salute. Il fenomeno suicidario è talmente diffuso, in Italia come in molti altri Paesi, che nel 2007 l'OMS ha dedicato a questo tema uno specifico report nel quale venivano presentati i principali fattori di rischio e le possibili azioni da attivare per prevenirlo¹.

Secondo quanto riportato dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (DAP), nel corso dell'ultimo decennio la mortalità per suicidio nelle strutture detentive italiane mostra un andamento altalenante con un valore che si attesta, nel 2014, a 7,5 decessi per 10.000 detenuti, valore 12 volte superiore a quanto osservato, nel 2011, nella popolazione libera residente in Italia (0,6 per 10.000 residenti)².

Gli istituti di pena sono luoghi dove si concentrano gruppi vulnerabili che sono tradizionalmente tra quelli più a rischio: giovani maschi, persone con disturbi mentali, persone interdette, socialmente isolate, con problemi di abuso di sostanze e con storie di precedenti tentativi di suicidio. Inoltre, l'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, le crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga e lo stress quotidiano della vita in carcere possono superare la soglia di resistenza del detenuto medio e, a maggior ragione, di quello a rischio elevato³.

L'ingresso in carcere costituisce sicuramente un momento di smarrimento, confusione e inquietudine che viene generalmente descritto negli studi come *"trauma da ingresso"*. L'impatto con l'istituzione penitenziaria, in particolare per coloro che non hanno avuto precedenti esperienze di detenzione, può essere lo stimolo scatenante per una serie di sintomi come ansia, paura, senso di frustrazione e depressione, cioè di una complessa catena sintomatologica psico-fisica. Il trauma da ingresso può diventare tanto più forte quanto maggiore è il divario fra il tenore di vita condotto in libertà e quello carcerario. Sono maggiormente a rischio i detenuti giovani (20-25 anni) che, entrando in carcere per la prima volta, non hanno conoscenza degli stili di vita e delle regole vigenti all'interno degli istituti di pena e sono, in un certo senso, completamente alieni rispetto a un sistema di gerarchie e relazioni spesso non facilmente comprensibile. La capacità di adattamento è, infatti, generalmente superiore in un soggetto con precedenti esperienze detentive o che riesce a trovare nel carcere punti di riferimento in altri detenuti, appartenenti alla stessa organizzazione criminale o dello stesso paese/regione³.

1 World Health Organization (WHO) – International Association for Suicide Prevention (IASP). *La prevenzione del suicidio nelle carceri*. Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO 2007.

2 Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (ultima visualizzazione 16 febbraio 2015). http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?facetNode_1=3_1_6&facetNode_2=1_5_31&previousPage=mg_1_14&contentId=SST788178

3 *La prevenzione dei suicidi in carcere: contributi per la conoscenza del fenomeno*. Quaderni ISSP Numero 8. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Istituto Superiore Studi Penitenziari. Roma, dicembre 2011. http://www.giustizia.it/resources/cms/documents/La_prevenzione_dei_suicidi_in_carcere.pdf

Oltre alla fase d'ingresso, si possono distinguere altri momenti di disagio correlati al cambiamento della posizione giuridica del detenuto, vale a dire il processo e l'esecuzione della condanna. Per i detenuti in attesa di giudizio, uno dei momenti sicuramente più critici è rappresentato dai giorni precedenti a un'udienza in tribunale, quando si registra un gran numero di suicidi, soprattutto nel caso in cui si prevede una condanna e una sentenza estremamente dura. Per quanto riguarda i detenuti già condannati, il suicidio si verifica più spesso in uomini di 30-35 anni che hanno trascorso un certo numero di anni in prigione, e il gesto può essere la conseguenza di motivazioni particolari, legate alla perdita di speranza e alla paura del futuro, come nel caso di lunghe pene detentive, oppure a conflitti con altri detenuti o con l'amministrazione, litigi in famiglia o separazioni. Altri eventi scatenanti possono essere il trasferimento da un carcere all'altro (a volte anche solo l'annuncio dell'imminente trasferimento verso istituti e situazioni sconosciute), l'esito negativo di un ricorso alla magistratura o la revoca di una misura alternativa alla detenzione³.

Più dei suicidi, in ambiente carcerario sono diffuse le condotte di autolesione, tanto da esserne quasi divenute una caratteristica strutturale con migliaia di casi registrati ogni anno. Un'azione così violenta non sempre va di pari passo con la formulazione di una diagnosi "psichica", né con la prescrizione di un trattamento farmacologico, lasciando supporre che alcuni atti siano eseguiti esclusivamente a scopo dimostrativo (o di richiesta) con ripercussioni anche importanti sullo stato di salute del detenuto, spesso di per sé già precario.

L'auto-aggressività risulta più frequente tra i detenuti non condannati in via definitiva, poiché tali soggetti vivono una condizione di insicurezza e di attesa, rispetto al futuro, che costituisce un importante elemento di angoscia esistenziale³.

Inoltre, alcuni studi hanno evidenziato la connessione esistente tra la messa in atto di azioni autolesive o suicidarie e la condizione di sovraffollamento presente negli istituti di pena: gli spazi ristretti, il deterioramento delle condizioni igieniche e delle relazioni con lo staff, unite ad una maggior difficoltà di accesso alle opportunità ricreative, formative e lavorative sembrerebbero esacerbare i fenomeni in questione⁴.

In virtù di quanto detto, la capacità del sistema giustizia e del sistema sanitario di approntare azioni preventive in modo congiunto per limitare il fenomeno ha rappresentato, e rappresenta tuttora, una priorità assoluta.

L'Amministrazione penitenziaria ha cominciato ad affrontare il problema del suicidio e dell'autolesionismo in maniera specifica negli anni '80, quando furono individuate alcune categorie di detenuti a rischio (pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, giovanissimi e tutti coloro che entravano in carcere per la prima volta). Nel 1987, a livello nazionale, fu istituito il Servizio nuovi giunti, rappresentato da un presidio psicologico

⁴ Manconi L, Boraschi A. "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché..." - Suicidio e autolesionismo in carcere 2002-2004. Rassegna Italiana di Sociologia gen-mar 2006.

(con la presenza di psichiatri, psicologi, criminologi) che affiancava i medici allo scopo di individuare i soggetti a rischio sulla base della diagnosi psicopatologica. I nuovi giunti, in base al livello di rischio attribuito (5 differenti categorie: minimo/basso/medio/alto/altissimo), venivano destinati a un reparto o trattamento specifico (infermeria, camera singola o in compagnia, con o senza piantone, assistenza particolare, determinate terapie mediche, grande sorveglianza)⁵.

Nel 2007, il Servizio nuovi giunti viene sostituito dal Servizio di accoglienza. Lo scopo è quello di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e di predisporre gli interventi a tutela dell'incolumità fisica e psichica conseguente all'ingresso in istituto. Questa modifica raccomanda la creazione di uno staff multidisciplinare di accoglienza che prenda in carico i nuovi giunti al fine di predisporre azioni specifiche per prevenire atti di suicidio o autolesionismo. Di conseguenza, lo staff si compone del direttore che lo coordina, del medico incaricato, dell'infermiere, dello psicologo, dello psichiatra, del responsabile dell'area educativa e del comandante del reparto di Polizia penitenziaria. Il team viene integrato, a seconda delle esigenze e dei problemi manifestati dal detenuto, con la presenza degli operatori del Servizio per le tossicodipendenze (SerT), degli assistenti sociali, dei mediatori culturali e di operatori del volontariato con specifiche qualifiche. Di notevole importanza è il fatto che venga sottolineato come "senza ritardo", e comunque non oltre le 36 ore dall'ingresso, debbano essere attivati gli interventi (in particolare da parte dello psichiatra e/o psicologo) volti a valutare il rischio suicidario/autolesivo. Viene, inoltre, definita la categoria dei nuovi giunti delimitata "alle persone alla prima esperienza detentiva; a giovani che, compiuta la maggiore età, transitano dagli istituti minorili al circuito penitenziario degli adulti; a coloro che affrontano una detenzione a lunga distanza di tempo da una precedente esperienza di restrizione"⁶.

Successivamente sono stati emanati due nuovi provvedimenti riguardanti l'emergenza suicidi nelle carceri e i fenomeni auto-aggressivi: vengono creati i "centri di ascolto", composti da personale di polizia penitenziaria, dell'area educativa e appartenenti al volontariato, con il compito di intervenire in caso di problemi familiari o personali, offrendo sostegno psicologico o di prima necessità. Il servizio ha la funzione di soccorrere il detenuto in momenti di criticità in cui non è possibile l'intervento immediato di professionisti esperti, individuando, attraverso dinamiche comunicative, le problematiche specifiche e le necessarie misure d'urgenza^{7,8}.

Nonostante le caratteristiche e i dettagli di questi programmi cambino a seconda delle

5 *Circolare 3233/5683 – Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del Servizio Nuovi Giunti.* Ministero della Giustizia, 30 dicembre 1987.

6 *Circolare DAP – Detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza. Linee di indirizzo.* Ministero della Giustizia, 6 giugno 2007.

7 *Circolare DAP – Emergenza suicidi. Istituzione unità di ascolto di Polizia penitenziaria.* Ministero della Giustizia, 25 gennaio 2010.

8 *Circolare DAP – Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni auto aggressivi.* Ministero della Giustizia, 26 aprile 2010.

risorse locali e delle necessità dei detenuti, determinati elementi e attività sono comuni a tutti e costituiscono la base per la conoscenza delle strategie più efficaci nel campo.

Fra queste, la procedura di screening rappresenta sicuramente una componente essenziale di un programma di prevenzione dei suicidi in carcere: tale strumento può fornire al personale sanitario l'informazione che un particolare detenuto, in un certo momento della sua detenzione, ha un elevato rischio. Purtroppo, lo screening non è in grado di prevedere quando il tentativo avverrà o quali ne saranno i fattori determinanti, anche se, considerato che i suicidi in carcere avvengono per la maggior parte nelle primissime fasi della reclusione (nelle ore o giornate successive all'arresto), lo screening dovrebbe, per essere efficace, essere effettuato proprio a ridosso dell'ingresso in istituto. A questo, ovviamente, dovrebbe seguire un'adeguata osservazione nel tempo, stabilendo un processo di gestione con procedure che definiscano le varie responsabilità per l'alloggio, la supervisione continua e gli eventuali interventi psichiatrici per i detenuti ad alto rischio di suicidio.

Per quanto riguarda gli atti di autolesione, al fine di arginare i possibili fattori in grado di incrementare tali gesti, sono state delineate alcune linee guida che prendono in considerazione l'ambiente e le misure terapeutiche come strumenti di monitoraggio e di protezione. In particolare, è sorta l'esigenza di migliorare le condizioni generali detentive (cibo e igiene), di agevolare le relazioni umane, i contatti con il mondo esterno e di incrementare la sorveglianza³.

8.1 Il tentato suicidio e gli atti di autolesione

Trattandosi di gesti che non sempre richiedono il ricorso a strutture sanitarie, i dati riguardanti la popolazione generale non sono attendibili. Pertanto, in questa sezione, i confronti verranno effettuati soltanto con i dati provenienti dalle rilevazioni svolte in ambito penitenziario dal DAP.

Iniziamo con gli atti di **autolesione**.

Il dato nazionale pubblicato dal DAP mette chiaramente in evidenza l'entità del fenomeno registrando, nel 2013, ben 6.902 atti di autolesione di cui 4.451 (64,5%) agiti da detenuti stranieri⁹.

Secondo quanto rilevato dalla nostra ricerca, su 13.781 detenuti che presentavano questa informazione in cartella, 666 hanno messo in atto almeno un gesto autolesivo nel corso dell'ultimo anno di detenzione, raggiungendo il valore complessivo di 4,5 atti ogni 100 detenuti. L'andamento per regione vede un elevato interessamento della Liguria (9,1%), seguita dalla Toscana (6,6%) e dall'Umbria (5,2%) (**Tabella 8.1**).

⁹ Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. *Eventi Critici negli Istituti Penitenziari - Anno 2013*. Ministero della Giustizia.

Tabella 8.1
Distribuzione (N e %) degli atti di autolesionismo messi in atto nel corso dell'ultimo anno dalla popolazione detenuta - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

Regioni	Atti di autolesionismo	
	N	%
Toscana	159	6,6
Veneto	75	3,8
Lazio	226	3,6
Liguria	138	9,1
ASL Salerno	12	2,3
Umbria	56	5,2
Totale	666	4,8

Come abbiamo accennato in precedenza, l'atto autolesivo è spesso reiterato. Mediamente, infatti, ogni detenuto ha compiuto questo gesto circa 2 volte (per la precisione 1,9) con valori che superano la media in Liguria (2,4 volte) e in Veneto (in quest'ultima regione, nonostante la percentuale di autolesionismo risulti inferiore alla media complessiva, la reiterazione è di 2,3 volte). La Toscana, invece, appare in linea con la media generale (reiterazione: 1,9 volte), mentre il Lazio, la ASL Salerno e l'Umbria registrano una reiterazione inferiore (circa 1,5 volte).

L'analisi per genere mostra un elevato coinvolgimento dei transgender, dove la percentuale di atti compiuti interessa il 12,2% del totale, con una reiterazione di 2,6 volte nel corso dell'ultimo anno. A questi fanno seguito le donne, con un interessamento del 6,0% della popolazione detenuta femminile a dispetto del 4,7% registrato negli uomini. La reiterazione, in questo caso, non mostra differenze fra i due generi (1,9 volte nell'ultimo anno).

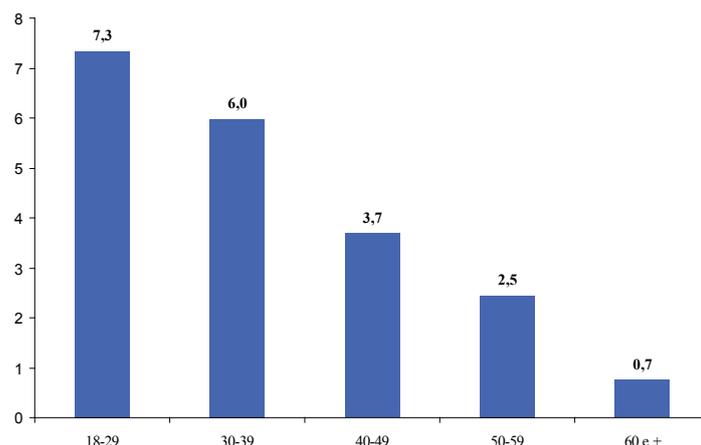
La modalità di messa in atto (**Tabella 8.2**) vede un elevato utilizzo di taglienti che, complessivamente, copre quasi il 60% di tutte le autolesioni registrate. A queste seguono le ingestioni di corpi estranei, anche se nel genere femminile si osserva una quota molto elevata di traumi auto-provocati che, secondo quanto indicato dai clinici, sono rappresentati prevalentemente da lesioni indotte da colpi auto-inferti o fratture di arti o delle loro estremità (es. dita della mano). Lo sciopero della fame, infine, sembra essere utilizzato soprattutto dagli uomini che spesso si servono di questa modalità come segno di protesta nei confronti dell'amministrazione penitenziaria.

Tabella 8.2
Distribuzione (N e %) delle modalità utilizzate per la messa in atto di gesti autolesivi nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per genere - Anno 2014

Modalità di messa in atto	Maschio		Femmina		Transgender		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lesioni con taglienti	534	61,5	33	38,8	10	76,9	577	59,7
Ingestione di corpi estranei	128	14,7	15	17,6	2	15,4	145	15,0
Sciopero della fame	117	13,5	3	3,5	0	0,0	120	12,4
Trauma auto-provocato	54	6,2	33	38,8	1	7,7	88	9,1
Altro	35	4,0	1	1,2	0	0,0	36	3,7
Totale	887	100,0	87	100,0	13	100,0	987	100,0

L'età più coinvolta è quella compresa fra i 18 ed i 39 anni, dove si registra oltre il 70% di tutte le autolesioni per poi decrescere all'aumentare dell'età (Figura 8.1).

Figura 8.1
Distribuzione (%) degli atti autolesivi messi in atto nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane – Analisi per fascia di età - Anno 2014



L'etnia maggiormente interessata è quella nordafricana con il 14,4% dei detenuti provenienti da questi Paesi che si procurano lesioni reiterate più di 2 volte nel corso dello stesso anno (Tabella 8.3). L'interessamento così elevato di questo gruppo etnico lascia supporre una specificità culturale e/o religiosa che però non sembra essere supportata da basi scientifiche¹⁰.

Tabella 8.3
Distribuzione (N e %) degli atti autolesivi nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per gruppo etnico e numero di reiterazioni messe in atto nel corso dell'ultimo anno - Anno 2014

Autolesione	Italia		Africa del Nord		Europa dell'Est		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sì	261	3,6	265	14,4	71	2,8	35	2,5	666	4,8
No	6.910	96,4	1.579	85,6	2.501	97,2	1.339	97,5	13.115	95,2
Totale	7.171	100,0	1.844	100,0	2.572	100,0	1.374	100,0	13.781	100,0
Reiterazioni	1,6		2,2		1,6		1,8		1,9	

¹⁰ Borrill J, Fox P, Roger D. Religion, ethnicity, coping style, and self-reported self-harm in a diverse non-clinical UK population. *Mental Health, Religion & Culture* 2011; 14 (3):259-269.

Proviamo a caratterizzare ulteriormente i detenuti che compiono atti di autolesione. Dei 666 detenuti registrati, l'83% (N=555) soffre di almeno un disturbo psichico. Di questi, il 56,9% è affetto da un disturbo da dipendenza, il 41,6% da un disturbo nevrotico o di adattamento, per poi passare al 14,6% a cui è stato diagnosticato un disturbo di personalità (**Tabella 8.4**). Come si può facilmente intuire dalla tabella, ogni detenuto è affetto da più di una diagnosi psichiatrica con una media pro capite di 1,7 patologie.

Tabella 8.4
Distribuzione (N e %) dei detenuti presenti in alcune regioni italiane che hanno messo in atto un gesto autolesivo nel corso dell'ultimo anno, suddivisi in base alla diagnosi psichiatrica da cui risultano affetti - Anno 2014

Diagnosi psichiatrica	Detenuti *	
	N	%
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	316	56,9
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	231	41,6
Disturbi della personalità e del comportamento	81	14,6
Disturbi mentali alcol-correlati	77	13,9
Disturbi affettivi psicotici	63	11,4
Disturbi mentali organici (senili, presenili ecc.)	12	2,2
Disturbi depressivi non psicotici	12	2,2
Disturbi da spettro schizofrenico	11	2,0
Oligofrenie e ritardo mentale	2	0,4
Disturbi del comportamento alimentare	1	0,2
Altro	24	4,3

* Analisi a risposta multipla - ogni detenuto può avere più di una patologia psichiatrica.

Il peso che la patologia psichiatrica ricopre è confermato anche dall'elevato trattamento farmacologico a cui sono sottoposti i detenuti. Su 555 soggetti affetti da almeno un disturbo psichico, 509 (92,0%) assumono almeno un farmaco psicotropo con una media di 2,8 farmaci per detenuto trattato (**Tabella 8.5**). Nei detenuti in trattamento, i principali farmaci utilizzati sono gli ansiolitici (28,9%), composti prevalentemente da *Lorazepam*, *Diazepam* e *Clonazepam*; gli antipsicotici (24,8%), in cui troviamo soprattutto la *Quetiapina*, l'*Olanzapina* e la *Promazina*; gli antiepilettici (19,0%) fra cui l'*Acido Valproico*, e gli antidepressivi (12,2%), come la *Mirtazapina*, la *Paroxetina* e il *Citalopram*.

Tabella 8.5
Distribuzione (N e %) dei farmaci psicotropi prescritti nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane che hanno messo in atto un gesto autolesivo e risultano affetti da una diagnosi psichiatrica - Anno 2014

Categoria farmacologica	Prescrizioni	
	N	%
Ansiolitici	408	28,9
Antipsicotici	350	24,8
Antiepilettici	268	19,0
Antidepressivi	172	12,2
Ipnotici e sedativi	110	7,8
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	53	3,8
Sostanze anticolinergiche	46	3,3
Psicolettici e psicoanalettici in associazione	2	0,1
Antiemicranici	1	0,1
Sostanze dopaminergiche	1	0,1
Totale	1.411	100,0

Passiamo, adesso, ad illustrare i dati che riguardano i gesti di **autosoppressione**.

Il dato nazionale tratto dal rapporto “Eventi critici negli Istituti penitenziari” registra, per l’anno 2013, 1.067 atti considerati di tentato suicidio. Se a livello numerico il dato non mostra differenze di rilievo fra detenuti di nazionalità italiana o straniera, provando a calcolarne la prevalenza sul numero di detenuti presenti al 13/12/2013, la popolazione straniera risulta maggiormente interessata con un valore percentuale che raggiunge il 2,5% rispetto all’1,2% osservato fra i detenuti italiani.

Secondo quanto rilevato dal nostro studio, sono 143 i detenuti che nel corso dell’ultimo anno di detenzione hanno tentato almeno una volta il suicidio con una percentuale che raggiunge l’1%. Come si osserva dalla **Tabella 8.6**, la Liguria ha il 2,2% (N=33) seguita dalla ASL Salerno (1,3%) e dalla Toscana (1,1%). La reiterazione in media è di 1,1 volte nel corso dell’ultimo anno e non si osservano differenze significative fra i territori coinvolti.

Tabella 8.6
Distribuzione (N e %) degli atti di autosoppressione messi in atto nel corso dell’ultimo anno di detenzione sul totale delle informazioni rilevate - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

Regione	Atti di autosoppressione	
	N	%
Toscana	28	1,1
Veneto	17	0,9
Lazio	50	0,8
Liguria	33	2,2
ASL Salerno	7	1,3
Umbria	8	0,7
Totale	143	1,0

La modalità principalmente utilizzata è l'impiccagione, scelta nel 72,2% dei casi (N=78), seguita dal soffocamento (12,0%; N=13) e dall'inalazione di gas (7,4%; N=8). In quest'ultimo caso dobbiamo tener presente che alcuni detenuti utilizzano l'inalazione di gas anche per scopi voluttuari rendendo difficile l'interpretazione del gesto (**Tabella 8.7**). L'analisi per regione mostra alcune differenze interessanti. In Toscana, ad esempio, pur confermando l'impiccagione come principale modalità, si registra un'alta percentuale di azioni compiute attraverso il soffocamento, mentre nella ASL Salerno il mezzo principale è il taglio delle vene. Queste differenze possono essere dovute a cause diverse, come l'organizzazione delle singole strutture o il materiale a disposizione dei detenuti, ma potrebbero avere origine anche dalla diversa lettura data dal clinico che, ad esempio, in alcuni casi registra l'inalazione di gas o l'uso di taglienti non come gesti propriamente suicidari, distorcendo così l'analisi complessiva.

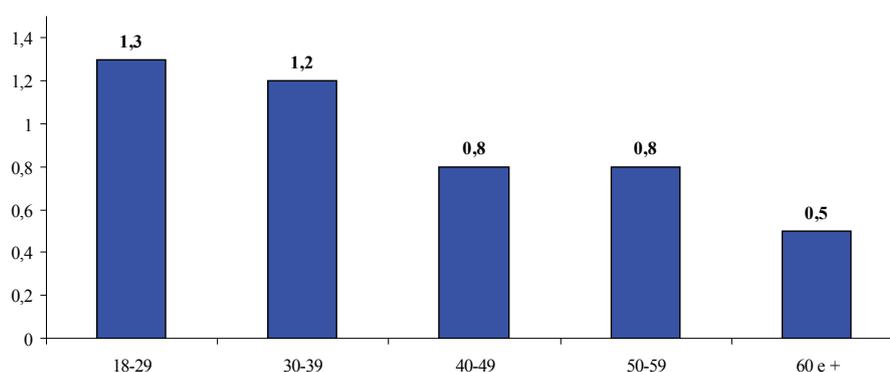
Tabella 8.7
Distribuzione (%) delle modalità di autosoppressione messe in atto nel corso dell'ultimo anno di detenzione sul totale delle informazioni rilevate - Analisi per regione partecipante - Anno 2014

Autosoppressione	Toscana (N=26)	Veneto (N=18)	Lazio (N=48)	Liguria (N=37)	ASL Salerno (N=7)	Umbria (N=6)	Totale (N=142)
Impiccagione	78,9	64,7	77,4	71,9	25,0	80,0	72,2
Avvelenamento	5,3	17,6	12,9	12,5	0,0	20,0	12,0
Inalazione di gas	5,3	11,8	0,0	15,6	0,0	0,0	7,4
Taglio delle vene	0,0	0,0	6,5	0,0	75,0	0,0	4,6
Soffocamento	10,5	5,9	3,2	0,0	0,0	0,0	3,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Mentre per le autolesioni i transgender risultano ad alto rischio, nessuno di loro ha messo in atto un gesto suicidario. Il genere femminile, invece, si conferma essere quello più coinvolto con l'1,4% delle donne con una storia di tentato suicidio, valore che scende all'1,0% nel genere maschile. La reiterazione non mostra differenze di genere (1,1 volte nel corso dell'ultimo anno di detenzione), così come le modalità utilizzate, con l'unica eccezione del taglio delle vene mai utilizzato dalle donne. Quest'ultimo dato, pur con le dovute cautele, può essere legato alla minor disponibilità del genere femminile di accedere a taglienti, come lamette da barba, di cui sono dotati gli uomini.

L'età maggiormente interessata, come per l'autolesione, continua ad essere quella compresa fra i 18 e i 39 anni e tende a decrescere all'aumentare dell'età (**Figura 8.2**).

Figura 8.2
Distribuzione (%) degli atti autosoppressivi messi in atto nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per fascia di età - Anno 2014



Come nella rilevazione nazionale svolta dal DAP, gli stranieri appaiono più inclini al gesto suicidario con il 2,6% dei detenuti nordafricani che ha tentato il suicidio almeno una volta nel corso dell'ultimo anno di detenzione, rispetto all'1,0% dei detenuti italiani e lo 0,5% di quelli provenienti dai Paesi dell'Est Europa (**Tabella 8.8**). Le modalità messe in atto mostrano un elevato utilizzo dell'inalazione di gas fra gli est europei (33,3%). Anche in questo caso, dobbiamo ricordare il frequente uso voluttuario di questa metodica.

Tabella 8.8
Distribuzione (N e %) degli atti autosoppressivi nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Analisi per gruppo etnico e numero di reiterazioni messe in atto nel corso dell'ultimo anno - Anno 2014

Auto-soppressione	Italia		Africa del Nord		Europa dell'Est		Altro		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sì	71	1,0	48	2,6	12	0,5	6	0,4	143	1,0
No	7.084	99,0	1.791	97,4	2.558	99,5	1.370	99,6	13.612	99,0
Totale	7.155	100,0	1.839	100,0	2.570	100,0	1.376	100,0	13.755	100,0
Reiterazioni	1,1		1,1		1,2		1,0		1,1	

Sul totale dei detenuti con precedenti suicidari (N=143), 117 sono affetti da almeno una diagnosi psichiatrica (81,8%) con una media di 1,6 diagnosi pro capite.

Pur con un'inversione rispetto a quanto osservato nelle autolesioni, le due grandi categorie continuano ad essere i disturbi nevrotici e di adattamento (47,9% dei detenuti ne risulta affetto), seguiti dal disturbo da dipendenza da sostanze (41,0%). In questo caso i disturbi affettivi psicotici occupano il terzo posto, coinvolgendo il 17,1% dei detenuti con storia di tentato suicidio (**Tabella 8.9**).

Tabella 8.9
Distribuzione (N e %) dei detenuti presenti in alcune regioni italiane che hanno messo in atto un gesto autosoppressivo nel corso dell'ultimo anno, suddivisi in base alla diagnosi psichiatrica da cui risultano affetti - Anno 2014

Diagnosi psichiatrica	Detenuti *	Detenuti con autosoppressione affetti da disturbo psichico (N=117)	
		N	%
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	56		47,9
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	48		41,0
Disturbi affettivi psicotici	20		17,1
Disturbi della personalità e del comportamento	19		16,2
Disturbi mentali alcol-correlati	12		10,3
Disturbi depressivi non psicotici	4		3,4
Disturbi da spettro schizofrenico	2		1,7
Disturbi mentali organici (senili, presenili ecc.)	1		0,9
Oligofrenie e ritardo mentale	1		0,9
Altro	2		1,7

* Analisi a risposta multipla - ogni detenuto può avere più di una patologia psichiatrica.

Dei 117 detenuti affetti da un disturbo mentale, 99 risultano in trattamento farmacologico al momento della rilevazione (84,6%). Ogni detenuto assume, in media, 3,2 farmaci psicotropi.

I farmaci maggiormente prescritti sono, ancora una volta, gli ansiolitici (*Diazepam*, *Lorazepam* e *Clonazepam*), seguiti dagli antipsicotici (*Quetiapina*, *Olanzapina* e *Promazina*) e gli antiepilettici (*Acido Valproico*) (**Tabella 8.10**).

Tabella 8.10
Distribuzione (N e %) dei farmaci psicotropi prescritti nella popolazione detenuta in alcune regioni italiane che hanno messo in atto un gesto autosoppressivo e risultano affetti da una diagnosi psichiatrica - Anno 2014

Categoria farmacologica	Prescrizioni	
	N	%
Ansiolitici	94	30,0
Antipsicotici	79	25,2
Antiepilettici	57	18,2
Antidepressivi	42	13,4
Ipnotici e sedativi	24	7,7
Sostanze anticolinergiche	9	2,9
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza	8	2,6
Totale	313	100,0

Abbiamo iniziato questa prima parte cercando di fornire alcune informazioni generali relative al rischio suicidario e autolesivo presenti nelle strutture detentive. Molte sono le

azioni che nel corso di questi anni hanno apportato modifiche sostanziali nella stesura di protocolli di prima accoglienza, valutazioni cliniche e gestione della persona che accede al particolare ambiente detentivo. Se però ci soffermiamo sui dati in nostro possesso, emerge chiaramente la necessità di attivare interventi volti a prevenire la messa in atto di queste azioni. Il numero così alto di lesioni provocate da taglienti non può non farci pensare all'elevata disponibilità che i detenuti hanno di questi strumenti che, se da un lato conferiscono loro la dignità di persona in grado di decidere del proprio agire, dall'altro, visto anche l'elevato numero di disturbi psichici presenti, li espone ad un rischio molto elevato. La stessa cosa si può dire a proposito dell'uso del gas. È giusto che ogni persona possa cucinarsi ciò che desidera (compatibilmente con i regolamenti giudiziari) ma, soprattutto laddove è presente una patologia come la dipendenza da sostanze (che coinvolge circa il 24% dei detenuti presenti), il dubbio sull'appropriatezza del suo utilizzo non può non emergere.

8.2 Il percorso per l'individuazione precoce del rischio suicidario fra i nuovi giunti da libertà

Come abbiamo anticipato nel paragrafo dedicato alla descrizione del protocollo di studio (paragrafo 2.1), la ricerca prevedeva uno specifico obiettivo riguardante la valutazione del rischio suicidario e la sperimentazione di azioni preventive in alcuni istituti penitenziari delle regioni partecipanti. Nello specifico, erano stati individuati due indicatori di risultato, e cioè:

- costruzione di un elenco d'interventi di prevenzione del rischio suicidario che agiscano sul livello individuale e sul contesto strutturale;
- sperimentazione di uno o più interventi di prevenzione del rischio suicidario in alcuni istituti penitenziari.

Nell'affrontare il tema della prevenzione di atti autolesionistici o di vero e proprio tentato suicidio, il gruppo di lavoro ha iniziato facendo una prima disamina sui protocolli, riferiti al rischio autolesivo e suicidario, attivati nelle regioni partecipanti. L'analisi preliminare ha messo in luce la grande variabilità d'interventi presenti sul territorio i quali, pur seguendo indirizzi comuni (come la tempistica di attivazione e la modalità multidisciplinare di affrontare la problematica), utilizzano strumenti di screening molto diversi fra loro.

Le scale più utilizzate sono:

1. *Sad Persons Scale* (Patterson et al., 1983)
2. *Suicide Assesment Scale - Sas* (Stanley et al., 1986)
3. *Checklist Arboleda-Florez* (Arboleda-Florez J, et al., 1988).

La prima (SAD)¹¹ è una scala messa a punto per valutare la probabilità di rischio di suicidio imminente. Si compone di 10 item corrispondenti ai 10 fattori di rischio

11 Patterson WM, Dohn HH, Patterson, J; et al. *Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale.* Psychosomatics 1983; 24 (4): 343-5, 348-9.

presi in esame (sesso, età, depressione, tentativi precedenti, abuso di alcolici, perdita del ragionamento razionale, mancanza di supporto sociale, presenza di uno specifico progetto di suicidio, mancanza del partner, malattie fisiche) ed ha, in questo senso, anche lo scopo di fornire un riferimento mnemonico al clinico chiamato a fornire una rapida ed accurata valutazione del rischio. La scala, infatti, è stata messa a punto per aiutare lo psichiatra che, in ambito di psichiatria di consultazione, è chiamato a fornire una prima valutazione della persona potenzialmente a rischio di suicidio.

La seconda (SAS)¹², è una scala in grado di valutare la suicidalità ed i fattori ad essa correlati, prendendo in considerazione tre criteri:

- la possibilità di valutare sia i comportamenti osservati che i sintomi riferiti;
- l'indipendenza della scala da qualsiasi diagnosi specifica;
- la valutazione dell'attuale grado di "suicidalità" e la sensibilità al cambiamento dei sintomi correlati al suicidio.

È composta da 20 item e prevede una somministrazione attraverso un'intervista clinica semistrutturata svolta da personale specializzato.

La *Checklist Arboleda-Florez*¹³, infine, rappresenta uno dei pochi strumenti costruiti specificatamente per la popolazione carceraria. Si compone di 17 item (11 clinici e 6 riguardanti la storia personale) ma, nonostante la sua fondatezza, non prevede uno specifico cut-off indicando, come maggior rischio suicidario, solo il raggiungimento di un punteggio superiore a 4 nella prima parte del test (item clinici).

Pur trattandosi di strumenti validati a livello internazionale, l'obiettivo previsto dal nostro studio si poneva in una fase che precede la vera e propria valutazione andando ad individuare, fra tutti i nuovi giunti da libertà, le persone aventi caratteristiche sanitarie e personali potenzialmente a rischio. A questo proposito avevamo bisogno di uno strumento che, pur rispondendo a criteri di sensibilità e specificità, fosse utilizzabile durante la prima visita sia dal personale medico che infermieristico, e che fornisse un punteggio in grado di discriminare la persona a rischio attivando, così, le successive procedure di accertamento.

A questo proposito, dopo un'attenta analisi di letteratura, la nostra attenzione si è rivolta verso uno strumento validato in precedenti ricerche, che rappresenta uno degli strumenti^{14,15,16} più utilizzati e diffusi nella pratica clinica: la *scala di Blaauw*.

Questo strumento è composto da 8 item a risposta dicotomica (**Tabella 8.11**) ai quali

12 Stanley B, Träskman-Bendz L, Stanley M. *The suicide assessment scale: a scale evaluating change in suicidal behavior*. *Psychopharmacol Bull.* 1986; 22(1):200-5.

13 Arboleda-Florez J, Holley HL. *Development of a suicide screening instrument for use in a remand centre setting*. *Can J Psychiatry* 1988 Oct;33(7):595-8.

14 Blaauw E, Kerkhof Ad. *Suicides in Detentie*. Den Haag, Elsevier, 1999.

15 Blaauw E, Kerkhof Ad, Hayes LM. *Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide*. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35(1): 63-75.

16 Kerkhof Ad, Blaauw E. *Suicide in prisons and remand centres*. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford University Press, 2011.

è attribuito un punteggio la cui somma, in base al cut off utilizzato, individua la persona potenzialmente a rischio di suicidio. La scala di Blaauw, infatti, prevede due cut off (punteggio totale di 24 o 40) corrispondenti a diversi livelli di sensibilità e specificità: il cut off di 24 presenta una sensibilità dell'83% e una specificità del 77%, mentre con il cut off di 40, la sensibilità scende al 68% e la specificità raggiunge il 93%.

Il contesto di ricerca nel quale il progetto si inserisce, ci ha fatto propendere verso la scelta di un cut off che assicurasse una più alta sensibilità, pertanto ci siamo orientati verso il valore di 24.

Tabella 8.11
Traduzione italiana della Scala di Blaauw

	Item	Descrizione	No	Sì
1	Età	Il detenuto ha un'età di 40 anni o superiore.	0	17
2	Mancanza di residenza abituale	Nel periodo immediatamente precedente l'arresto il detenuto non aveva una residenza fissa.	0	23
3	Una condanna precedente	In passato il detenuto era già stato incarcerato in una struttura detentiva. La detenzione attuale è la seconda.	0	14
4	Storia di abuso di droghe pesanti	In passato il detenuto ha assunto droghe pesanti (almeno una volta a settimana), in combinazione con almeno una delle sostanze seguenti: a) droghe leggere (almeno 3 volte a settimana); b) ingenti quantità di alcol (almeno 3 volte a settimana); c) dosi non terapeutiche di medicinali (almeno una volta a settimana).	0	13
5	Storia di trattamento per sintomi psichiatrici	In qualsiasi momento della sua vita il detenuto è stato trattato per sintomi psichiatrici presso un reparto psichiatrico, un servizio di salute mentale territoriale, uno psichiatra o uno psicologo.	0	27
6	Psicosi o altri disturbi di Asse 1 del DSM-IV	Negli ultimi 5 anni è stata posta diagnosi di schizofrenia (o di un altro disturbo psicotico), oppure ha sofferto di disturbi d'ansia, dell'umore, dissociativi o somatoformi.	0	24
7	Precedenti tentativi di suicidio o presenza di comportamenti auto-distruttivi	In passato il prigioniero si è intenzionalmente tagliato, avvelenato, ferito, oppure ha tentato di impiccarsi, annegarsi o di uccidersi in altro modo.	0	13
8	Tendenze suicide o tentativi di suicidio durante il presente procedimento	Il detenuto ha fatto osservazioni che possano mettere in luce tendenze suicide durante il colloquio di ammissione, durante la detenzione da parte delle forze dell'ordine, durante il trasporto o nei locali del tribunale, oppure ha tentato il suicidio in queste situazioni.	0	24

Una volta individuato lo strumento da adottare nello screening, il gruppo di ricerca ha iniziato a lavorare sul vero obiettivo della ricerca, vale a dire la costruzione di un elenco di azioni multidisciplinari a cui far riferimento per la prevenzione del suicidio e degli atti autolesivi, e la loro sperimentazione in alcune strutture coinvolte nel progetto.

Come abbiamo visto nella parte introduttiva di questo capitolo, i fattori che intervengono nel favorire la messa in atto di azioni così estreme come il suicidio e le autolesioni, sono molteplici. Fra queste, sicuramente, l'ingresso in carcere rappresenta

un momento molto delicato che non solo priva l'individuo della propria libertà, ma lo inserisce in ambiente dove la convivenza passa attraverso il rispetto di regole non sempre scritte attivando pensieri suicidari. Su queste basi, è stata fatta la scelta di lavorare sui detenuti cosiddetti "nuovi giunti da libertà" con o senza precedenti reclusioni.

Trattandosi di "nuovi giunti da libertà", l'individuazione delle strutture in cui applicare il protocollo multidisciplinare ha privilegiato gli Istituti circondariali dove, come è noto, vi è un maggior numero di ingressi dall'esterno. Nello specifico, sono state selezionate 6 strutture (1 per ogni regione partecipante):

- CC¹⁷ La Spezia (Liguria)
- CC Perugia Capanne (Umbria)
- CR¹⁸ - CC Prato (Toscana)
- CC Rieti (Lazio)
- CR - CC Salerno (ASL Salerno)
- CR - CC Treviso (Veneto)

Passiamo, adesso, a descrivere il protocollo multidisciplinare messo a punto dal gruppo di ricerca e sperimentato nelle strutture individuate.

Popolazione target: tutti i detenuti "nuovi giunti da libertà" con o senza precedenti reclusioni che accedono alle strutture sopra indicate dal 3 febbraio al 3 giugno 2014.

Protocollo: all'ingresso in Istituto, il "nuovo giunto da libertà" viene sottoposto (entro 8 ore) a visita medica da parte del medico di guardia che, nel corso della normale valutazione clinica, effettua lo screening per il rischio suicidario utilizzando la scala di Blaauw.

Se il punteggio ottenuto risulta <24 si considera il soggetto non a rischio e non si attua alcun intervento di prevenzione del rischio; al contrario, se il punteggio è ≥ 24 , il detenuto viene sottoposto a colloquio e valutazione da parte dello psichiatra entro 48 ore (escluso giorni festivi e nel caso di accesso al venerdì pomeriggio entro, e non oltre, il lunedì mattina). Una volta valutato, in caso di conferma del rischio, lo psichiatra attiva la mini-équipe multidisciplinare (composta da: medico, psichiatra, psicologo, personale di sorveglianza o altre figure pertinenti al caso quali educatore professionale, funzionario giuridico-pedagogico, infermiere professionale, assistente sociale, personale SerT ecc.) e segnala il rischio agli agenti di sorveglianza.

Il protocollo, inoltre, individua per ogni figura professionale specifiche azioni da svolgere e delle quali risulta responsabile.

I compiti del medico di guardia:

- richiede visita psichiatrica in caso di scala Blaauw positiva (punteggio ≥ 24);
- comunica al responsabile della continuità assistenziale della struttura il possibile rischio;
- se individua un immediato rischio per la vita del detenuto, convoca gli operatori disponibili costituendo immediatamente una mini-équipe.

¹⁷ Casa circondariale.

¹⁸ Casa di reclusione.

I compiti dello psichiatra:

- visita il nuovo giunto risultato positivo alla scala di Blaauw anche somministrando ulteriori strumenti psico-diagnostici (ad esempio SAS, SAMI ecc.) direttamente o con la collaborazione dello psicologo;
- segnala il rischio al responsabile della sorveglianza indicando quale, fra le procedure esistenti, ritiene opportuno applicare;
- propone al responsabile di presidio sanitario il luogo più adatto alla cura (interno/esterno alla struttura);
- richiede l'attivazione della mini-équipe sanitaria multidisciplinare;
- sviluppa, in collaborazione con le altre figure professionali, un piano terapeutico individualizzato e ne promuove l'aderenza;
- rivaluta la condizione psicopatologica per rischio suicidario.

I compiti dello psicologo:

- collabora con lo psichiatra alla somministrazione di strumenti psico-diagnostici;
- partecipa alla mini-équipe multidisciplinare fornendo informazioni più dettagliate sui fattori di rischio e sulle problematiche psico-sociali del detenuto;
- effettua colloqui ed eroga prestazioni previste nel piano terapeutico individualizzato.

I compiti della mini-équipe multidisciplinare:

- elabora un piano terapeutico individualizzato e riabilitativo;
- approfondisce il quadro di contesto e relazionale al quale si riferiscono le motivazioni di rischio (non accettazione dell'accusa, del trattamento penitenziario, protesta nei confronti del sistema, rabbia, angoscia, depressione, ritiro personale, fuga, etichettamento da parte degli altri carcerati, castigo, sacrificio, ricatto, gioco, sfida ecc.);
- discute in merito alle condizioni di isolamento e/o sorveglianza o altro provvedimento di gestione penitenziaria da proporre;
- rivaluta, con la tempistica definita nel piano terapeutico, le modalità di presa in carico e gli interventi da attivare;
- propone l'attivazione delle aree interessate al trattamento (area educativa, area di sorveglianza e controllo) ai fini dell'adozione di idonee iniziative.

8.3 I risultati dello studio pilota svolto in 6 strutture detentive italiane

Durante il periodo indice (3 febbraio - 3 giugno 2014), i nuovi giunti da libertà arruolati nello studio sono stati 325, di cui 174 (53,5%) risultano senza precedenti reclusioni (**Tabella 8.12**). Quest'ultima informazione appare interessante non solo per lo scopo che ci siamo prefissati, ma anche perché, trattandosi di una prima visita d'ingresso, ci offre l'opportunità di prendere in esame lo stato di salute delle persone che accedono per la prima volta al circuito penitenziario delineandone il profilo sanitario esistente. Questo, ovviamente, non ci permette di capire quanti sono i detenuti che

contraggono una patologia durante la detenzione, ma rende possibile fare alcune valutazioni circa il ruolo patogeno del carcere. Data la particolarità dell'argomento, lo tratteremo separatamente riservandogli uno specifico capitolo.

Riprendiamo il tema al quale è dedicato questo paragrafo.

Tabella 8.12
Distribuzione (N e %) dei detenuti "nuovi giunti da libertà" - Analisi per struttura detentiva coinvolta - Anno 2014

Strutture detentive	Nuovi giunti da libertà				Totale	
	Senza precedenti reclusioni		Con precedenti reclusioni			
	N	%	N	%	N	%
La Spezia CC	15	50,0	15	50,0	30	100,0
Perugia Capanne CC	22	44,0	28	56,0	50	100,0
Prato CR	40	51,3	38	48,7	78	100,0
Rieti CC	11	47,8	12	52,2	23	100,0
Salerno CC - CR	58	61,7	36	38,3	94	100,0
Treviso CC - CR	28	56,0	22	44,0	50	100,0
Totale	174	53,5	151	46,5	325	100,0

Su 325 nuovi giunti arruolati e sottoposti a valutazione per il rischio suicidario attraverso la scala di Blaauw, 172 (52,9%) sono risultati positivi ottenendo un punteggio ≥ 24 (nel caso in cui avessimo utilizzato come cut off il valore ≥ 40 , i positivi sarebbero stati 94).

In linea con quanto descritto in studi precedenti¹⁹, le donne che accedono all'ambiente detentivo presentano un rischio suicidario molto elevato con il 77% di loro risultate positive alla scala Blaauw (**Tabella 8.13**). Ma se il genere appare in linea con la letteratura, diverso è il risultato che abbiamo ottenuto rispetto all'età dove ad essere maggiormente interessati risultano i nuovi giunti da libertà ultra40enni.

Sappiamo, infatti, che L'OMS¹ individua nei maschi di età compresa fra i 20 e i 25 anni (alla prima detenzione e arrestati per crimini minori) la popolazione a maggior rischio di suicidio ma, lo strumento da noi individuato, attribuendo all'età ≥ 40 anni un punteggio di 17, ha determinato uno spostamento della nostra popolazione verso le fasce di età più avanzate.

Per quanto riguarda la cittadinanza, la popolazione a maggior rischio risulta essere quella italiana con il 62% dei nuovi giunti risultati positivi, mentre fra gli stranieri prevalgono i nord africani (57,4%). L'alto coinvolgimento di questo gruppo etnico non stupisce, dato il numero elevato di detenuti a cui è stato diagnosticato un disturbo da dipendenza da sostanze.

¹⁹ Mackenzie N, Oram C, Borrill J. *Self-inflicted deaths of women in custody*. British Journal of Forensic Practice, 2003; 5(1): 27-35.

Tabella 8.13

Distribuzione (N e %) delle caratteristiche demografiche dei detenuti nuovi giunti dalla libertà presenti in alcune strutture italiane risultati positivi alla scala Blaauw - Valori calcolati sul totale dei nuovi giunti da libertà e sul totale dei Blaauw positivi - Anno 2014

Caratteristiche demografiche	Nuovi giunti da libertà positivi alla scala Blaauw		
	N	% sul totale dei nuovi giunti da libertà	% calcolata sul totale dei Blaauw + (N=172)
Genere			
Maschio (N=312)	162	51,9	94,2
Femmina (N=13)	10	76,9	5,8
Transgender (N=0)	0,0	0,0	0,0
Età			
18-24 aa (N=33)	9	27,3	5,2
25-29 aa (N=66)	30	45,5	17,4
30-39 aa (N=116)	52	44,8	30,2
40-49 aa (N=74)	57	77,0	33,1
50-59 aa (N=28)	18	64,3	10,5
60 e più (N=8)	6	75,0	3,5
Età media 38,6 anni			
Cittadinanza			
Italiana (N=171)	106	62,0	67,1
Nord africana (N=47)	27	57,4	17,1
Est europea (N=47)	16	34,0	10,1
Altro (N=21)	9	42,9	5,7

Per quanto concerne gli stili, il 75,6% dei detenuti positivi alla scala Blaauw sono fumatori con una media giornaliera di 20 sigarette, valori superiori a quanto osservato nell'intera popolazione detenuta, dove la percentuale di fumatori raggiunge il 71% con una media di 18,6 sigarette/die. Rispetto al peso corporeo non si rilevano particolari differenze ad eccezione dell'obesità, dove il valore risulta più elevato rispetto a quanto osservato nella popolazione complessiva (Blaauw+: 21%; popolazione detenuta: 13,1%).

Proviamo a tracciare il loro stato di salute.

Il 44,2% dei detenuti nuovi giunti risultati positivi alla scala Blaauw presentano almeno una patologia. In questo caso appare importante distinguere le persone aventi alle spalle precedenti detenzioni da coloro che per la prima volta si affacciano a questa istituzione. Infatti, mentre fra le persone alla prima detenzione la percentuale di malati è del 37,5%, il dato passa al 46,8% fra coloro che hanno alle

spalle una precedente storia detentiva (aspetto che verrà approfondito nel capitolo appositamente dedicato ai nuovi giunti da libertà senza precedenti reclusioni).

Come ci aspettavamo, i disturbi psichici rappresentano il principale grande gruppo diagnostico a cui appartiene il 55,9% delle diagnosi rilevate in questi detenuti (42,9% registrato nell'intera popolazione detenuta), seguite dalle malattie infettive e parassitarie (12,4% vs. 9,3% dell'intera popolazione detenuta) e dalle malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie (7,5% vs. 6,3% dell'intera popolazione detenuta). Le malattie dell'apparato digerente, che occupavano il secondo posto nella classifica generale delle diagnosi rilevate nell'intera popolazione detenuta, in questo caso sono al quinto posto con il 4,3% delle diagnosi.

Entrando nel dettaglio dei disturbi psichici, su 172 nuovi giunti positivi alla scala Blaauw, 47 (27,3%) sono affetti da almeno un disturbo mentale, prevalentemente rappresentato dal disturbo da dipendenza da sostanze, che coinvolge 33 persone (70,2% del totale), dai disturbi nevrotici e di adattamento (N=18; 38,3% del totale) e dai disturbi affettivi psicotici (17,0% del totale) (**Tabella 8.14**). Indipendentemente dalla diagnosi, la percentuale di nuovi giunti da libertà positivi alla Blaauw che presentano almeno un disturbo psichico risulta nettamente inferiore rispetto a quanto osservato nella popolazione detenuta generale, dove il valore è pari al 41,3% dei detenuti.

Questo risultato mette in evidenza due aspetti: il primo riguarda la scala utilizzata che, attribuendo valori elevati a variabili quali la residenza, l'età e i precedenti penali, fa sì che un numero notevole di detenuti che non presentano problematiche psichiche raggiungano un punteggio superiore al cut off prestabilito; mentre la seconda pone l'accento sull'effetto patologico che l'ambiente detentivo assume nel determinare la salute mentale di una persona.

Tabella 8.14
Distribuzione (N e %) dei detenuti nuovi giunti da libertà presenti in alcune strutture italiane risultati Blaauw+ e affetti da almeno un disturbo psichiatrico - Anno 2014

Disturbi psichici	N	% sui nuovi giunti Blaauw+ con almeno una diagnosi psichiatrica (N=47)*	% sui nuovi giunti Blaauw+ (N=172)
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	33	70,2	19,2
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	18	38,3	10,5
Disturbi affettivi psicotici	8	17,0	4,7
Disturbi mentali alcol-correlati	7	14,9	4,1
Disturbi da spettro schizofrenico	1	2,1	0,6
Disturbi depressivi non psicotici	1	2,1	0,6
Disturbi mentali organici (senili, presenili ecc.)	1	2,1	0,6
Altro	2	4,3	1,2
Totale	-	-	27,3

* Analisi a risposta multipla - ogni detenuto può essere affetto da più patologie psichiatriche.

Dei 47 detenuti affetti da almeno un disturbo psichico, 27 risultano trattati con farmaci psicotropi con una media di 2,4 farmaci a testa. Essendo una visita di primo ingresso da libertà, non stupisce l'utilizzo di farmaci in grado di abbassare il livello d'ansia (Tabella 8.15).

Tabella 8.15
Distribuzione (N e %) dei detenuti nuovi giunti da libertà presenti in alcune strutture italiane risultati Blaauw+ e affetti da almeno un disturbo psichico che assumono almeno un farmaco psicotropo - Anno 2014

Tipologia di farmaco	N	% sui nuovi giunti Blaauw+ che assumono almeno un farmaco psicotropo (N=27)*	% sui nuovi giunti Blaauw+ con diagnosi psichiatrica (N=47)
Ansiolitici	21	77,8	12,2
Antiepilettici	8	29,6	4,7
Antidepressivi	7	25,9	4,1
Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenze	8	29,6	4,7
Antipsicotici	5	18,5	2,9
Ipnotici e sedativi	5	18,5	2,9
Sostanze dopaminergiche	1	3,7	0,6
Sostanze anticolinergiche	1	3,7	0,6
Totale	-	-	15,7

* Analisi a risposta multipla - ogni detenuto può assumere più farmaci psicotropi.

Una volta caratterizzati i detenuti risultati positivi alla scala di Blaauw, passiamo ad illustrare lo score ed i punteggi ottenuti ricordando che il cut off utilizzato è ≥ 24 .

Nella Tabella 8.16 è presentata la distribuzione degli item della scala di Blaauw così come risulta dalla risposta dei detenuti.

Tabella 8.16
Distribuzione (N e %) delle risposte ai singoli item della scala di Blaauw dei detenuti risultati positivi (N=172) in alcune strutture italiane - Anno 2014

Item della scala Blaauw	N	%
Una condanna precedente	124	72,1
Storia di abuso di droghe pesanti	105	61,0
Età	81	47,1
Trattamento psichiatrico	45	26,2
Mancanza di residenza abituale	36	20,9
Precedenti tentativi di suicidio	31	18,0
Psicosi	25	14,5
Tendenze suicide	7	4,1

In 124 casi, il 72,1% risulta aver ricevuto una condanna precedente rappresentando, così, l'item maggiormente ricorrente. A questo fa seguito l'aver alle spalle una storia di

abuso di droghe (nel 61,0%) e, nel 47,1%, il fattore età (\geq a 40 anni). Meno presenti sono gli item a forte rilevanza psichiatrica, come aver ricevuto un trattamento psichiatrico, presenti nel 26,2% dei detenuti positivi, aver avuto precedenti tentativi di suicidio, nel 18%, la psicosi nel 14,5%, e aver mostrato tendenze suicide nel 4,1% (7 detenuti).

Come abbiamo avuto modo di vedere nella Tabella 8.11, lo strumento contiene 3 item il cui punteggio è uguale o supera il limite massimo individuato come discriminante. Pertanto, indipendentemente dalle associazioni, il detenuto è considerato a rischio se risulta positivo almeno in uno di questi. Nello specifico gli item sono:

- storia di trattamento per sintomi psichiatrici (punteggio attribuito=27);
- psicosi o altri disturbi di Asse I del DSM-IV²⁰ (punteggio attribuito=24);
- tendenze suicide o tentativi di suicidio durante il presente procedimento (punteggio attribuito=24).

Questi sono stati 57, il 33,1% dei detenuti positivi.

Una volta identificati i detenuti a rischio, il protocollo sperimentale applicato nelle 6 strutture individuate prevedeva l'attivazione di un percorso di accertamento svolto attraverso gli strumenti diagnostici comunemente utilizzati all'interno di ogni singolo istituto.

Ogni istituto aveva il compito di annotare, per ogni detenuto positivo alla scala Blaauw, le attività adottate. Purtroppo, la regione Veneto e la regione Umbria non hanno inviato le informazioni richieste, pertanto verranno riportati soltanto i dati pervenuti dalle altre regioni.

Iniziamo con la **Toscana**:

- su 78 nuovi giunti dalla libertà, 39 sono risultati positivi alla scala di Blaauw (50%);
- 30 sono stati sottoposti ad approfondimento diagnostico attraverso la somministrazione della scala SAS (77%);
- 6 hanno ottenuto una conferma diagnostica risultando positivi alla SAS (20%).

Indipendentemente dalla conferma diagnostica, i clinici hanno ritenuto opportuno attivare particolari procedure di sorveglianza in 16 detenuti che presentavano problematiche quali: difficoltà di adattamento, prima carcerazione, lieve agitazione, precedenti di autolesionismo, sordomutismo.

Gli interventi clinici attivati sono stati articolati su 3 livelli:

- prescrizione di una visita psichiatrica di controllo;
- presa in carico psichiatrica e prescrizione di un trattamento farmacologico;
- presa in carico psichiatrica da parte del SerT con prescrizione psicofarmacologica.

Passiamo alla regione **Liguria**:

- dei 30 nuovi giunti da libertà arruolati, 18 sono risultati positivi alla scala Blaauw (60%);

²⁰ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition.*

- tutti i detenuti positivi alla Blaauw sono stati sottoposti ad approfondimento diagnostico con scala SAMI;
- 16 hanno ottenuto punteggio basso (88,8%) e 2 punteggio medio (11,2%).

In questo caso, soltanto in una evenienza è stata richiesta l'attivazione della grande sorveglianza per la durata di una settimana.

Gli interventi clinici attivati sono suddivisi in:

- sostegno psicologico e psicofarmacologico;
- trattamento psicofarmacologico e segnalazione all'equipe del SerT;
- trattamento psicofarmacologico e sostitutivo;
- sostegno psicologico.

La regione **Lazio**:

- su 23 nuovi giunti dalla libertà, 12 sono risultati positivi alla scala di Blaauw (52,2%);
- 10 sono stati sottoposti ad esami di valutazione della lucidità con orientamento nei tre parametri principali (umore, idee o impulsi auto-lesivi);
- 2 sono stati valutati ad alto rischio suicidario (20%), 5 a rischio medio (50%) e 3 a basso rischio (30%).

In 2 casi i clinici hanno richiesto l'attivazione di particolari procedure di sorveglianza (1 caso solo sanitaria e 1 caso sia sanitaria che da parte della polizia penitenziaria).

In questi due casi sono stati attivati interventi di controllo clinico giornaliero da parte del medico di guardia e rivalutazione sia psichiatrica che psicologica.

Vediamo, infine, i dati provenienti dalla **ASL Salerno**:

- su 94 detenuti nuovi giunti dalla libertà, 55 sono risultati positivi alla scala Blaauw (58,5%);
- tutti i detenuti positivi alla Blaauw sono stati sottoposti a valutazione con scala SAS;
- dei 55 detenuti, 4 sono risultati positivi alla scala SAS (7,3%).

I detenuti che hanno ottenuto la conferma del rischio suicidario sono stati tutti sottoposti a maggior livello di sorveglianza da parte della polizia penitenziaria.

Gli interventi clinici avviati sono stati i seguenti:

- in 2 casi sono stati prescritti colloqui psicologici a cadenza settimanale;
- in 2 casi sono stati prescritti colloqui psicologici a cadenza settimanale associati a terapia farmacologica prescritta dallo psichiatra.

Indipendentemente dallo strumento diagnostico utilizzato per la conferma del rischio suicidario, e dai risultati ottenuti, tutte le strutture coinvolte nella sperimentazione hanno adottato un protocollo univoco. Questo, sicuramente, rappresenta un primo risultato, uniformando un percorso diagnostico o di valutazione del rischio, in contesti lavorativi a volte molto diversi fra loro.

Altro aspetto sul quale dobbiamo soffermarci riguarda la necessità di prestare maggior attenzione alle persone che accedono al carcere. Abbiamo visto che, complessivamente, 172 persone sono risultate positive alla scala di Blaauw ma, ancora più importanti, sono i risultati ottenuti attraverso gli approfondimenti diagnostici che hanno portato all'individuazione di ben 19 persone considerate ad alto/medio rischio suicidario. Di queste, durante tutto il periodo della rilevazione, nessuna ha messo in atto azioni autosoppressive.

Viene da chiederci se, utilizzando la normale procedura, le stesse persone sarebbero state sottoposte ad accertamenti clinici specifici. La risposta, probabilmente, è affermativa, ma agevolare il lavoro dei professionisti focalizzando l'attenzione su aspetti che singolarmente non rappresentano un rischio, può aver facilitato la loro individuazione.

Capitolo 9

**Lo stato di salute delle persone
che accedono per la prima volta
al carcere**

9. Lo stato di salute delle persone che accedono per la prima volta al carcere

Trattandosi di una rilevazione puntuale, la domanda che più volte il gruppo di lavoro si è posto analizzando i dati raccolti, è: “Le patologie che i detenuti presentano in questo preciso momento, erano presenti già all’ingresso oppure sono state contratte (o sviluppate) durante la detenzione?”. In altre parole, l’ambiente detentivo è patogeno? Per rispondere correttamente a queste domande il disegno di studio dovrebbe essere diverso e prevedere la costruzione di una coorte di detenuti che, alla loro prima esperienza detentiva ed una volta visitati all’ingresso, fossero seguiti nel corso del tempo (studio di coorte prospettico). Se teoricamente lo studio può apparire molto semplice, l’alto turnover dei detenuti ed i frequenti spostamenti interregionali rendono il monitoraggio clinico di queste persone molto complesso.

Non avendo a disposizione questo tipo d’informazione, abbiamo cercato di rispondere a questa domanda utilizzando i dati ricavati dalle visite di primo accesso svolte su persone che per la prima volta accedevano all’ambiente detentivo e su di cui la variabile ambientale detentiva non poteva aver avuto un ruolo sulla propria eventuale condizione di malattia. Le informazioni ottenute, provenienti dalle strutture che hanno partecipato alla sperimentazione sulla prevenzione del rischio suicidario (La Spezia, Perugia Capanne, Prato, Rieti, Salerno e Treviso), sono state confrontate con quanto osservato nell’intera popolazione detenuta arruolata nello studio.

Le caratteristiche demografiche raffigurano queste persone come mediamente più giovani rispetto alla popolazione detenuta (35,4 anni vs. 39,6 anni) e per la maggior parte di nazionalità italiana (**Tabella 9.1**).

Osservando le informazioni sugli stili di vita, il primo dato che salta agli occhi è la diversa percentuale di fumatori fra i nuovi giunti da libertà senza precedenti reclusioni (59,3%). Questo dato, seppur di gran lunga superiore a quanto osservato nella popolazione libera residente in Italia (circa il 22%), appare inferiore al dato registrato fra i detenuti arruolati nel nostro studio, dove i fumatori risultano essere il 71%. Il peso corporeo non mostra differenze statisticamente significative fra le due popolazioni.

Trattandosi di persone giovani non stupisce che soltanto il 23,6% presenti almeno una patologia (N=41), ma il dato acquista un valore ben diverso se confrontato con quanto osservato fra i detenuti dove, con un’età media di soltanto 4 anni in più, il 67,5% risulta affetto da almeno un disturbo.

Delle 41 persone che compongono il nostro punto di osservazione, 23 sono affette da una patologia che ricade all’interno del grande gruppo ICD dei disturbi psichici (56,1%). Se il disturbo mentale continua a mantenere una posizione rilevante nell’insieme delle patologie segnalate durante la prima visita, diverso è l’andamento osservato negli altri gruppi diagnostici dove, al posto delle malattie infettive e dell’apparato digerente, troviamo le malattie endocrine (del metabolismo ed immunitarie) e del sistema circolatorio. Questo dato si presta a numerose interpretazioni, fra cui:

- a) la mancanza di esami ematochimici rende difficile diagnosticare una malattia infettiva;
- b) molte persone, forse anche a causa del basso livello socioeconomico nel quale vivono, sono inconsapevoli della propria patologia (vedi infezione virale) e quindi non la dichiarano al medico durante la visita;
- c) gran parte delle forme infettive vengono contratte durante la detenzione (**Tabella 9.2**).

Tabella 9.1
Caratteristiche demografiche (N e %) dei detenuti nuovi giunti dalla libertà senza precedenti reclusioni sottoposti a prima visita d'ingresso - Confronto con la popolazione detenuta in alcune regioni italiane - Anno 2014

Caratteristiche generali	Nuovi giunti da libertà senza precedenti reclusioni (N=174)		Valori osservati nell'intera popolazione detenuta (N=15.751)
	N	%	%
Genere			
Maschio	165	94,8	94,2
Femmina	9	5,2	5,5
Transgender	0,0	0	0,3
Età			
18-24 aa	22	12,6	7,8
25-29 aa	36	20,7	12,7
30-39 aa	62	35,6	33,1
40-49 aa	36	20,7	26,6
50-59 aa	16	9,2	14,2
60 e più	2	1,1	4,8
Età media 35,4 anni		39,6 anni	
Cittadinanza			
Italiana	88	59,9	53,7
Nord africana	20	13,6	15,5
Est europea	30	20,4	20,1
Altro	9	6,1	10,7
Stili di vita: fumo e BMI			
Fumatore	64	59,3	71,1
Obeso	13	11,0	13,1
Sovrappeso	37	31,4	35,2
Normopeso	66	55,9	49,7
Sottopeso	2	1,7	1,9
Presenza di almeno un disturbo diagnosticato			
Sì	41	23,6	67,5

Tabella 9.2
Distribuzione (N e %) dei detenuti giunti da libertà senza precedenti reclusioni affetti da almeno una patologia - Analisi per grande gruppo diagnostico – Anno 2014

Grande gruppo diagnostico	N	% calcolata sui nuovi giunti da libertà affetti da almeno una patologia (N=41) *	% sui nuovi giunti da libertà visitati (N=174)
Disturbi psichici	23	56,1	13,2
Malattie endocrine, del metabolismo e immunitarie	8	19,5	4,6
Malattie del sistema circolatorio	6	14,6	3,4
Malattie del sistema nervoso	4	9,8	2,3
Malattie dell'apparato digerente	3	7,3	1,7
Malattie infettive e parassitarie	3	7,3	1,7
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	2	4,9	1,1
Malattie dell'apparato genitourinario	1	2,4	0,6
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1	2,4	0,6
Traumatismi e avvelenamenti	1	2,4	0,6
Tumori	1	2,4	0,6
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2	4,9	1,1
Totale	-	-	23,6

* Analisi a risposta multipla.

Pur trattandosi di numeri molto piccoli, proviamo a dettagliare ulteriormente lo stato di salute di queste persone.

In linea con il contesto nel quale ci troviamo, e cioè la visita di primo ingresso, il principale disturbo mentale segnalato dai clinici è quello nevrotico e di adattamento (diagnosticato in 9 persone; 5,9% del totale dei nuovi giunti da libertà senza precedenti reclusioni), seguito dal disturbo da dipendenza da sostanze (N=8 persone; 4,6% del totale dei nuovi giunti da libertà senza precedenti reclusioni). Le malattie endocrine e del metabolismo sono rappresentate prevalentemente dal diabete di tipo II (7 persone), mentre le forme infettive diagnosticate sono tutte da virus C (HCV) e coinvolgono l'1,7% dei nuovi giunti da libertà senza precedenti reclusioni.

Se, come abbiamo visto, le malattie infettive e parassitarie possono risentire di numerosi fattori (vedi la mancanza di esami ematochimici), il disturbo da dipendenza da sostanze si presta, con maggior facilità, al confronto con l'intera popolazione detenuta.

Nell'intera popolazione detenuta sottoposta a visita la prevalenza di persone affette da almeno un disturbo da dipendenza da sostanze raggiunge il 23,6%, mentre fra i detenuti che accedono per la prima volta al carcere (senza precedenti reclusioni), il dato scende al 4,9%.

Proviamo a trarre delle conclusioni, che potranno apparire scontate ai lettori più esperti ma che finalmente, in Italia, sono suffragate da dati di evidenza:

- la prima, e forse anche la più importante, è che solo una minima parte delle persone che accedono per la prima volta al carcere, soffrono di una qualche malattia;
- la seconda è che, seppur meno malati, i soggetti che entrano per la prima volta in carcere hanno uno stile di vita e delle condizioni di salute peggiori della popolazione generale. Aver condotto una vita ai margini della legalità segna già la propria condizione di salute;
- la terza vede il carcere come un ambiente dove è presente una forte tolleranza nei confronti del consumo di tabacco, tale da incrementarne l'utilizzo;
- la quarta riconosce all'ambiente detentivo un ruolo nel favorire l'uso di sostanze psicotrope.

Capitolo 10

I minori detenuti

**Caratteristiche
generali**

**La salute
dei minori**

10. I minori detenuti

10.1 Caratteristiche generali

Sul territorio nazionale sono presenti 17 strutture per minori, con una presenza media giornaliera di 381 ragazzi (ingressi stabili al 30 giugno 2014, N=471)¹. Prendendo come riferimento lo stesso periodo, la popolazione risulta prevalentemente maschile (407 maschi vs. 64 femmine) e per il 48,2% di nazionalità straniera. Anche se globalmente questa popolazione appare suddivisa in misura pressoché uniforme fra italiani e stranieri, all'interno dei due generi si osservano importanti differenze con una netta maggioranza di cittadini stranieri tra le femmine (84,4%; N=54) rispetto ai maschi (42,5%; N=173)¹.

Nel nostro studio sono state incluse 6 strutture detentive per minori, ubicate nelle città di Treviso, Firenze, Pontremoli, Genova e Roma (**Tabella 10.1**), per un totale di 86 detenuti minorenni, di cui 56 ragazzi (65% del campione) e 30 ragazze (35% del campione).

Tabella 10.1

Distribuzione (N) della popolazione minorile detenuta in alcune regioni italiane per istituto e genere - Anno 2014

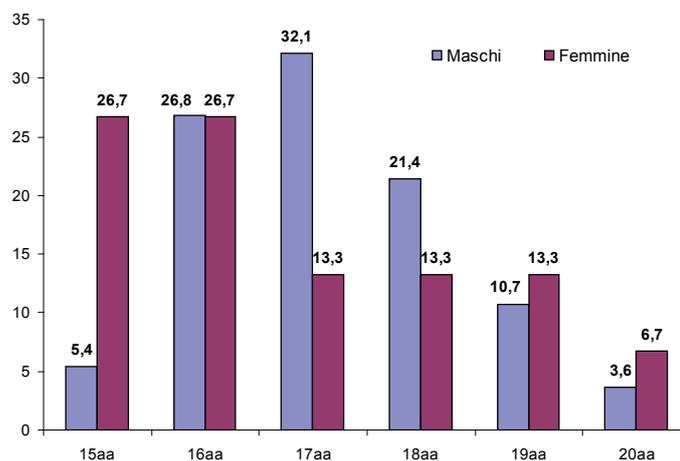
Istituto	Maschi	Femmine	Totale
Roma IPM	26	9	35
Pontremoli CC femminile minorile	0	19	19
Treviso minorile	16	0	16
Firenze IPM	8	0	8
Genova CPA*	4	0	4
Roma CPA*	2	2	4
Totale	56	30	86
%	65,1	34,9	100,0

* Centro di prima accoglienza.

L'età media della popolazione minorile detenuta è di 17 anni (**Figura 10.1**), ma si segnala la presenza di 14 soggetti con età superiore ai 18 anni (16% circa del campione) che, come spesso accade, rimangono per più tempo in queste strutture prima di transitare negli istituti per adulti.

¹ Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale - Sezione Statistica. *Istituti penali per i minorenni: ingressi stabili e presenze medie giornaliere secondo la sede del servizio. Istituti penali per i minorenni: ingressi, uscite e presenze secondo la nazionalità ed il sesso. Aggiornamenti al 30 giugno 2014.* Ministero della giustizia.

Figura 10.1
Distribuzione (%) della popolazione minorile detenuta in alcune regioni italiane per età e genere – Anno 2014



La caratterizzazione per Paese di origine vede il prevalere degli est-europei (45% circa) che, tra le femmine, rappresentano quasi l'80% del totale, seguiti dagli italiani (42%) e dai nord-africani che costituiscono soltanto l'11,5% di questa popolazione (**Tabella 10.2**).

Tabella 10.2
Distribuzione (N e %) della popolazione minorile detenuta per Paese di provenienza e genere - Anno 2014

Nazionalità	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Italia	28	51,9	5	20,8	33	42,3
Africa del Nord	9	16,7	0	0,0	9	11,5
Europa dell'Est	16	29,6	19	79,2	35	44,9
Altri Paesi	1	1,9	0	0,0	1	1,3
Totale	54	100,0	24	100,0	78	100,0

Il livello scolastico è molto basso, con il 20% dei ragazzi (N=12) che non ha conseguito alcun titolo di studio, nonostante non ci siano minori di età inferiore ai 15 anni (**Tabella 10.3**). Da segnalare che fra questi 12 soggetti, ben 11 sono di genere femminile (quasi la metà delle ragazze non ha un titolo di studio). Rispetto ai coetanei liberi, dove nella stessa fascia di età soltanto lo 0,05% delle persone è senza alcun titolo di studio², questi minori sembrano sfuggire al controllo sociale, vivendo spesso in un grave stato di abbandono non solo familiare, ma anche istituzionale.

² Indagini multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". ISTAT 2012.

Tabella 10.3
Distribuzione (N e %) del titolo di studio per genere: confronto tra popolazione minorile detenuta e popolazione italiana libera della stessa fascia di età - Anno 2014
 - Fonte: ARS su dati ISTAT 2012

Titolo di studio	Maschi		Femmine		Totale		Popolazione Italia 15-18 anni*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nessun titolo	1	2,7	11	47,8	12	20,0	1.138	0,05
Licenza elementare	12	32,4	10	43,5	22	36,7	67.222	3,0
Licenza media	24	64,9	2	8,7	26	43,3	2.154.287	96,9
n.r.	19	-	7	-	26	-	-	-
Totale	56	100,0	30	100,0	86	100,0	2.222.647	100,0

* ISTAT multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2012.

10.2 La salute dei minori

Su 86 minori, 34 presentano almeno una malattia (39,5% sul totale), una percentuale in linea con quella dello studio condotto nel 2012 in Toscana³: risultano malati il 43% circa dei maschi e il 33% circa delle femmine. Come illustrato nella **Tabella 10.4**, le patologie principali fanno parte del grande gruppo delle malattie mentali, con una netta prevalenza dei disturbi da dipendenza da sostanze (quasi il 40% del totale delle diagnosi rilevate), che coinvolgono il 18,6% (N=16) dei minorenni detenuti.

Nonostante vi siano validi studi sul tema dell'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione giovanile, il confronto risulta impossibile dal momento che nessuno di questi prevede una vera e propria diagnosi di disturbo da dipendenza da sostanze, ma soltanto informazioni sul consumo. In tal senso, per l'anno 2013, si è registrato in Italia il consumo di cannabis nel 31% circa della popolazione giovanile scolarizzata compresa tra i 15 e i 19 anni, mentre quello delle altre droghe è stato più basso (stimolanti: 4,2%; cocaina: 4,1%; allucinogeni: 3,9%; eroina: 1,5%)⁴.

La situazione rilevata all'interno delle strutture minorili, quindi, è abbastanza allarmante: è nota, infatti, la forte relazione fra l'abuso di sostanze in età precoce e lo sviluppo di gravi patologie mentali, come i disturbi di personalità antisociale o altri atteggiamenti devianti, che vanno a sommarsi ai rischi infettivi, o di altra natura, connessi all'assunzione di droghe⁵.

3 *La salute dei detenuti in Toscana - Anno 2012*. Collana dei Documenti ARS, n. 71. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, giugno 2013.

4 Istituto di fisiologia clinica, Consiglio nazionale delle ricerche - *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) Italia, 2013*: https://www.epid.ifc.cnr.it/index.php?option=com_content&view=article&id=106&Itemid=196

5 *Health Care for Youth in the Juvenile Justice System*. Pediatrics 2011; 128: 1219-34.

Tabella 10.4
Distribuzione (N e %) delle patologie presenti nella popolazione detenuta presso le strutture minorili di alcune regioni italiane – Anno 2014

Diagnosi di malattia	Maschi		Femmine		Totale		% minori detenuti (N=86)
	N	%	N	%	N	%	
<i>Disturbi psichici:</i>							
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	16	47,1	2	16,7	18	39,1	18,6
Disturbi della personalità e del comportamento	4	11,8	1	8,3	5	10,9	5,8
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	3	8,8	0	0,0	3	6,5	3,5
Totale	23	67,6	3	25,0	26	56,5	25,6
<i>Malattie infettive e parassitarie:</i>							
Micosi di cute/annessi cutanei	2	5,9	0	0,0	2	4,3	2,3
Epatite B	0	0,0	1	8,3	1	2,2	1,2
Epatite C	0	0,0	1	8,3	1	2,2	1,2
Tubercolosi polmonare	1	2,9	0	0,0	1	2,2	1,2
Totale	3	8,8	2	16,7	5	10,9	5,8
<i>Malattie dell'apparato digerente:</i>							
Patologie di denti/cavo orale	1	2,9	1	8,3	2	4,3	2,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	1	2,9	0	0,0	1	2,2	1,2
Totale	2	5,9	1	8,3	3	6,5	3,5
Altre patologie	6	17,6	6	50,0	12	26,1	14,0
Totale	34	100,0	12	100,0	46	100,0	-
Minori detenuti con patologie	24		10		34		39,5

Escludendo il disagio psichico, i minori detenuti presentano soprattutto patologie legate ad una cattiva igiene personale come micosi cutanee (N=2) e patologie dei denti e del cavo orale (N=2), anche se è importante segnalare la presenza di un caso, rispettivamente, di epatite B, epatite C, cirrosi epatica e tubercolosi polmonare.

Infine, forniamo alcune informazioni sui gesti di autolesione e autosoppressione rilevati fra i minorenni detenuti.

Sono stati registrati 10 gesti autolesivi, che si sono verificati in 7 ragazzi e 3 ragazze (12,8% sul totale dei minori arruolati): nel 70% dei casi la modalità attuata è stata la lesione con taglienti, seguita dall'ingestione di corpi estranei e da traumi auto-provocati.

Per quanto riguarda i suicidi, si sono rilevati 2 casi (2,5% sul totale dei minorenni detenuti) attuati entrambi mediante impiccagione.

Conclusioni

L'analisi condotta sui detenuti minorenni evidenzia la necessità di intervenire con azioni volte a favorire il recupero sociale di questi soggetti. La mancanza d'istruzione sottolinea come gran parte di loro sfugga al controllo istituzionale favorendone il permanere nel circuito dell'illegalità, mentre la condizione di tossicodipendenza, spesso conseguenza della marginalità in cui vivono, oltre a facilitare il loro accesso alla criminalità, amplifica il rischio di sviluppare gravi disturbi psichici e di contrarre malattie infettive. Quindi, ancor più che nella popolazione detenuta adulta, l'attenzione rivolta verso i minorenni e la cura di questi ragazzi rappresenta sicuramente una grande sfida del Sistema sanitario e del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

I precedenti numeri della collana dei Documenti ARS

- 82) *La Cardiocirurgia in Toscana - Rapporto 2005-2013* (dicembre 2014)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 81) *Rete di Sorveglianza dell'Antibiotico Resistenza in Toscana (SART) - Dati 2013*
(dicembre 2014)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 80) *Il terzo settore e i nuovi scenari del bisogno - Questioni di rete, partecipazione e identità*
(settembre 2014)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 79) *Le malattie infettive in Toscana - Anni 1994-2011* (settembre 2014)
Osservatorio di Epidemiologia
- 78) *La salute dei bambini e dei ragazzi in Toscana* (maggio 2014)
Osservatorio di Epidemiologia
- 77) *Dal consumo integrato alla marginalità sociale: lo stato delle dipendenze patologiche in Toscana* (maggio 2014)
Osservatorio di Epidemiologia
- 76) *Prima e dopo la Centottanta. Appunti e spunti per la salute mentale - Raccolta di scritti editi e inediti* (dicembre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 75) *Osservare gli esiti per partecipare al loro miglioramento* (novembre 2013)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 74) *La salute di genere in Toscana* (novembre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 73) *Rapporto Crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi in Toscana* (ottobre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia, Osservatorio Qualità ed Equità
- 72) *Nascere in Toscana - Anni 2008-2011* (settembre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 71) *La salute dei detenuti in Toscana* (giugno 2013)
Osservatorio di Epidemiologia

- 70) *Il reprocessing in endoscopia digestiva: criticità e strumenti per la sicurezza del percorso* (febbraio 2013)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 69) *Il percorso riabilitativo delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite e dei loro familiari alla luce dell'approccio delle capability di Amartya Sen - Rapporto di ricerca* (dicembre 2012)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 68) *La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi* (novembre 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 67) *Il profilo di salute degli anziani in Toscana* (settembre 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 66) *Indagine europea sui consumi alcolici e sui possibili danni ad essi correlati: rapporto sullo studio Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles - SMART* (agosto 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 65) *Gli anziani in Toscana con ictus e frattura di femore: epidemiologia, ospedalizzazione e riabilitazione* (aprile 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 64) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani - I risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008 - 2011* (dicembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 63) *L'epidemiologia della salute mentale* (novembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 62) *La demenza in Toscana* (settembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 61) *La fase pilota del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana"* (luglio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 60) *L'epidemiologia degli incidenti balneari in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 59) *Individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia

- 58) *Immigrazione e salute in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 57) *La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: i progetti pilota* (aprile 2011) Osservatorio di Epidemiologia
- 56) *Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana* (febbraio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 55) *Progetto CORIST-TI - Controllo del rischio infettivo in Sanità in Toscana - Terapia Intensiva* (dicembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 54) *Implantologia protesica dell'Anca in Toscana - Indicatori di attività e qualità dell'assistenza* (dicembre 2009 - aggiornato a ottobre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 53) *Dossier EBP e obesità* (novembre 2010)
Osservatorio di Epidemiologia
- 52) *Polmonite acquisita in ospedale (HAP) e Polmonite da ventilazione assistita (VAP)* (dicembre 2009 - aggiornato a novembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 51) *Qualità, Equità e Sicurezza in RSA - Un Progetto regionale in Toscana* (dicembre 2009 - aggiornato a luglio 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 50) *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 49) *L'epidemiologia degli incidenti stradali in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 48) *La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 47) *Progetto SAPER - Fase 2 - Rapporto finale di ricerca* (dicembre 2009)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 46) *III Convegno nazionale sul monitoraggio degli incidenti stradali* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia

- 45) *Nascere in Toscana - Anni 2005-2007* (novembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 44) *Guida, bevande alcoliche e traumi stradali nei pronto soccorso dell'area fiorentina* (ottobre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 43) *La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e adolescenza* (febbraio 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 42) *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro* (dicembre 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 41) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT* (novembre 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 40) *Il Progetto SApErE - Fase II. Strumenti e metodi di lavoro: risultati preliminari (Workshop Summary)* (luglio 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 39) *Malattie croniche degli anziani in Toscana: stime di popolazione attuali e proiezioni future* (giugno 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 38) *Indicatori per le cure sanitarie* (aprile 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 37) *I ricoveri pediatrici in Toscana* (dicembre 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 36) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Chirurgia dell'anca - Rapporto RIPO-T* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 35) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Cardiocirurgia - Rapporto 1997-2005* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 34) *Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza* (giugno 2007)
Osservatorio di Epidemiologia

- 33) *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida - Volume I - Manuale d'uso per le aziende* (luglio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 32) *Progetto SAPER - Il percorso di cura dell'ictus nelle parole dei pazienti e dei loro familiari* (giugno 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 31) *Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al Catetere Venoso centrale (CVC)* (maggio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 30) *Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto* (maggio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 29) *L'epidemiologia dell'AIDS in Toscana* (aprile 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 28) *Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico - La ricerca PROGRES-Acuti* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 27) *Valutazione Economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 26) *Atti II Workshop nazionale - Osservatori per gli incidenti stradali: dai dati alle azioni* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 25) *Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 24) *L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore* (giugno 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
- 23) *La Cardiologia Interventistica in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 22) *La Cardiocirurgia in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 21) *Nascere in Toscana - Anni 2002-2004* (febbraio 2006)
Osservatorio di Epidemiologia

- 20) *Dossier Fidippide - Valutazione di efficacia del Programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni* (dicembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 19) *Registro regionale toscano dell'infarto miocardico acuto - Primo rapporto* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 18) *Lo stato delle tossicodipendenze in Toscana* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 17) *Mortalità per traumatismi e avvelenamenti in Toscana* (settembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 16) *Assistenza di fine vita e cure palliative* (maggio 2005)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 15) *L'infortunistica stradale in Toscana* (maggio 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 14) *Analisi di bilancio delle AUSL toscane 1998-2002* (aprile 2005)
Osservatorio di Economia sanitaria
- 13) *L'alcol in Toscana. Tra moderazione ed eccesso* (aprile 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 12) *Il Percorso Nascita - Risultati dello studio in Toscana* (marzo 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 11) *Ricoverarsi a Firenze. La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità* (settembre 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 10) *Indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani* (agosto 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 9) *Nascere in Toscana - Anno 2001* (maggio 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 8) *Medicine Non Convenzionali in Toscana Progetto di studio* (ottobre 2003)
Osservatorio di Epidemiologia
- 7) *La Cardiologia Invasiva in Toscana - I* (luglio 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità

- 6) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Dialisi* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 5) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Gestione Tecnologie Sanitarie* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 4) *Valutazione di impatto sanitario del Piano provinciale di gestione dei rifiuti urbani e assimilati ATO N. 6. Fase di screening - I* (maggio 2003)
Osservatorio di Epidemiologia
- 3) *La Neurochirurgia in Toscana* (aprile 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 2) *La Cardiocirurgia in Toscana - I* (dicembre 2002)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 1) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana* (settembre 2002)
Osservatorio di Epidemiologia

