



LA SALUTE DEI DETENUTI IN TOSCANA

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Deascrizione dello studio
e caratteristiche
della popolazione arruolata



Lo stato di salute



Il trattamento farmacologico



I minori detenuti

71

Giugno
2013

La salute dei detenuti in Toscana

Anno 2012

Descrizione dello studio
e caratteristiche
della popolazione arruolata

Lo stato di salute

Il trattamento farmacologico

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 Toscana - Anno 2012

Coordinamento

Francesco Cipriani

Direttore

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Il Documento in sintesi

a cura di Fabio Voller

Dirigente - Settore sociale, Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Introduzione

a cura di Caterina Silvestri

Responsabile - PO Epidemiologia popolazioni svantaggiate - Settore sociale,
Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 1

a cura di Caterina Silvestri¹ e Stefano Bravi²

¹ Responsabile – PO Epidemiologia popolazioni svantaggiate - Settore sociale,
Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Funzionario di ricerca - Settore sociale, Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 2

a cura di Caterina Silvestri¹, Stefano Bravi², Vega Ceccherini³, Ersilia Sinisgalli³, Tommaso Tanini³, Guglielmo Bonaccorsi⁴

¹ Responsabile - PO Epidemiologia popolazioni svantaggiate - Settore sociale,
Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Funzionario di ricerca - Settore sociale, Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

³ Medici in formazione specialistica - Scuola di specializzazione in igiene e medicina
preventiva - Università degli studi di Firenze

⁴ Professore associato - Dipartimento di Medicina sperimentale e clinica – Università
degli Studi di Firenze

Capitolo 3

a cura di Caterina Silvestri¹, Stefano Bravi², Vega Ceccherini³, Ersilia Sinisgalli³, Tommaso Tanini³, Guglielmo Bonaccorsi⁴

¹ Responsabile - PO Epidemiologia popolazioni svantaggiate – Settore sociale, Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Funzionario di ricerca - Settore sociale, Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

³ Medici in formazione specialistica - Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva - Università degli Studi di Firenze

⁴ Professore associato - Dipartimento di Medicina sperimentale e clinica – Università degli Studi di Firenze

Capitolo 4

a cura di Caterina Silvestri¹ e Stefano Bravi²

¹ Responsabile - PO Epidemiologia popolazioni svantaggiate - Settore sociale, Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Funzionario di ricerca - Settore sociale, Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Editing e impaginazione

a cura di Elena Marchini

Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Indice

| | |
|--|--------|
| Il Documento in sintesi | pag. 7 |
| Introduzione | 9 |
| 1. Descrizione dello studio e caratteristiche della popolazione arruolata | 11 |
| 1.1 Lo studio | 13 |
| 1.2 La popolazione arruolata | 14 |
| 2. Lo stato di salute | 21 |
| 2.1 I grandi gruppi di malattie: la classificazione ICD IX - CM | 23 |
| 2.2 Il disturbo psichico | 28 |
| 2.3 Il tentato suicidio e gli atti di autolesione | 35 |
| 2.4 Le malattie infettive e parassitarie | 38 |
| 2.5 Le altre malattie di tipo internistico | 44 |
| 3. Il trattamento farmacologico | 49 |
| 4. I minori detenuti | 61 |
| 4.1 Caratteristiche generali | 63 |
| 4.2 La salute dei minori | 65 |

Il Documento in sintesi

Questo Documento rappresenta la prima pubblicazione dell'Agenzia regionale di sanità sullo stato di salute dei detenuti toscani. In realtà, fa seguito a un importante lavoro svolto nel 2009 che ha visto la sua diffusione grazie alle numerose relazioni svolte a convegni e attraverso la pubblicazione di articoli specifici.

Pertanto, durante l'intero lavoro, faremo riferimento a quanto osservato nel 2009 effettuando, laddove possibile, un confronto con l'attuale stato di salute dei detenuti presenti nelle strutture toscane.

Nello specifico, il primo capitolo presenta brevemente il protocollo di studio applicato e le informazioni rilevate attraverso lo strumento informatizzato, oltre a dare una descrizione della popolazione arruolata. Complessivamente, su 4.172 detenuti adulti censiti alla data indice del 21 maggio 2012, ne sono stati visti 3.329 con una copertura del 79,8% (superiore a quanto effettuato nel 2009 dove la copertura era del 71,6%).

La popolazione detenuta, com'è noto, è composta prevalentemente da uomini, ed anche la nostra coorte ne risulta rappresentata per il 96,5%. La nazionalità straniera raffigura il 50% di questa popolazione e l'età media è di 38,5 anni.

Il secondo capitolo affronta il tema della salute. Come prima informazione viene presentata una suddivisione per grande gruppo di patologie codificate in base al sistema della *International Classification of Diseases, 9th Edition - Clinical Modification* (ICD IX - CM - Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione - Modifica clinica). Questa mette in risalto l'importanza che ricoprono, nella popolazione detenuta, i disturbi psichiatrici, le malattie infettive e i disturbi dell'apparato digerente. È proprio su queste categorie diagnostiche che il capitolo si sviluppa, entrando nel dettaglio delle singole malattie che li compongono.

Nel terzo capitolo sono presentati i dati riguardanti il trattamento farmacologico. Anche in questo caso, il capitolo è composto da una sezione d'inquadramento generale dal quale si evince che il 48,8% dei detenuti assume almeno un farmaco (N=1.625); mentre nella parte successiva l'attenzione si focalizza sulla prescrizione di farmaci psicotropi, in particolare: ansiolitici, antidepressivi e antipsicotici.

L'ultimo capitolo, il quarto, tratta i minori detenuti. Nella nostra regione sono presenti due strutture minorili: Firenze e Pontremoli. Trattandosi di numeri molto inferiori rispetto a quanto osservato nella popolazione adulta, lo studio ha previsto l'arruolamento di tutti i ragazzi transitati (o permanenti) negli Istituti durante i quattro mesi di rilevazione. In base a questi criteri, i ragazzi arruolati sono stati N=78 (51 maschi e 27 femmine). Ciò che è emerso dalla nostra indagine è soprattutto

il disagio vissuto da questi ragazzi che, pur avendo un'età media di 16,5 anni, risultano per il 50% senza alcun titolo di studio. La patologia da cui sono affetti è, prevalentemente, il disturbo da dipendenza da sostanze.

Caterina Silvestri
Epidemiologia dei servizi sociali

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Caterina Silvestri', written in a cursive style.

Introduzione

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, con il quale è stata assegnata la tutela della salute di questi cittadini al Sistema Sanitario Nazionale, rendendo equiparabile il trattamento di due popolazioni, quella carceraria e quella generale, che pur avendo posizioni giuridiche diverse, mantengono almeno legislativamente, e aggiungerei eticamente, gli stessi diritti sanitari.

La letteratura sull'argomento ormai da molti anni mette in luce le numerose difficoltà che l'assistenza sanitaria ha all'interno delle strutture detentive, prima fra tutte quella legata alla cura del disturbo psichiatrico che interessa un numero sempre crescente di detenuti. A questa fanno seguito quelle legate alle patologie dovute ad agenti infettivi che, a causa del noto fenomeno del sovraffollamento, tendono a diffondersi con maggior facilità e rapidità in quel contesto.

Purtroppo i dati provenienti dal sistema penitenziario, in assenza di strumenti informatizzati, sono spesso ricavati attraverso indagini campionarie o studi ad hoc riportando, pertanto, informazioni a volte parziali. È in questo contesto che l'Agenzia regionale di sanità ha avviato nel 2009 la prima indagine epidemiologica sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive della Toscana con il preciso obiettivo di fornire un quadro dettagliato dei bisogni di salute dei detenuti presenti e dei trattamenti farmacologici loro prescritti.

Nel corso di questi anni numerosi sono stati gli sviluppi in questo settore. Un passo importante ha riguardato la definizione e la predisposizione in tutte le strutture detentive della Regione della cartella clinica informatizzata che, pur essendo attiva in via sperimentale solo da pochissimo tempo, rappresenterà lo strumento principale in grado di consentire la tutela sanitaria di questa popolazione, più precisamente di registrare tanto i bisogni di salute quanto i trattamenti associati a questi bisogni, seguendo l'individuo in tutto il suo percorso di detenzione e di passaggio tra i vari istituti. A questo primo importante fatto è seguita l'attuazione di protocolli clinici e procedurali in grado di garantire una corretta assistenza facilitando, al tempo stesso, il lavoro del personale sanitario che opera in carcere.

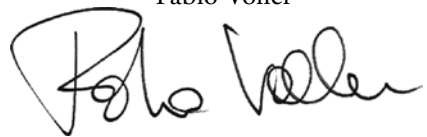
In attesa del dato clinico informatizzato, con l'obiettivo di mantenere attivo il monitoraggio di questa popolazione, a distanza di tre anni abbiamo ripetuto la nostra indagine sullo stato di salute arruolando nello studio più di 3.300 detenuti che corrispondevano quasi all'80% di quelli presenti nelle strutture detentive della nostra regione.

I risultati che presentiamo in questa pubblicazione sono frutto di una forte selezione tra tutti quelli che potevamo proporre, al fine di focalizzare l'attenzione su quelli che

sono i temi principali di salute dei detenuti, puntando a fornire una sorta d'istantanea del loro stato di salute.

Corre l'obbligo di ricordare, in conclusione, che questa indagine non sarebbe stata svolta senza la collaborazione del personale sanitario che lavora nel contesto penitenziario e che ci ha fornito queste preziose informazioni, né senza la fattiva collaborazione con il Settore delle [Politiche per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere](#) dell'Assessorato alla sanità della Regione Toscana con il quale sono stati concordati obiettivi, tempi e metodiche della rilevazione. A tutti loro va il nostro sincero ringraziamento.

Fabio Voller

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fabio Voller', written in a cursive style.

Capitolo 1

Descrizione dello studio e caratteristiche della popolazione arruolata

Caterina Silvestri

Stefano Bravi

1. Descrizione dello studio e caratteristiche della popolazione arruolata

1.1 Lo studio

L'indagine, nata dall'esigenza epidemiologica di tracciare una panoramica dello stato di salute dei detenuti presenti nelle strutture toscane, è alla sua seconda edizione.

Dal 2009 (anno della prima rilevazione) a oggi, il sistema d'informatizzazione dei dati sanitari penitenziari ha raggiunto un buon livello di avanzamento con la costruzione di una cartella clinica in fase di sperimentazione in alcune strutture della Toscana ma che ancora non è in grado di fornire dati di carattere regionale. Questo, come più volte abbiamo sottolineato anche nelle precedenti pubblicazioni, rappresenta il punto di arrivo al quale tendiamo e grazie al quale sarà possibile monitorare lo stato di salute, e i trattamenti ad essi associati, delle persone detenute.

In attesa di raggiungere questo obiettivo, nel 2012 è stato condotto uno studio trasversale, con valutazione dello stato di salute in un unico momento temporale, utilizzando uno strumento informatizzato in grado di rispettare la privacy dell'individuo. Il campione, in questo caso, è composto da tutti i detenuti presenti nelle strutture penitenziarie della Toscana il 21 maggio 2012.

Brevemente alcune informazioni sullo strumento utilizzato.

La scheda, costruita su supporto informatico, è suddivisa in due sezioni:

- socio-demografica;
- sanitaria.

La prima, oltre a contenere informazioni di carattere generale (genere, età, stato civile, titolo di studio ecc.) registra anche la provenienza del detenuto (da libertà, da altro istituto, da Centro diagnostico terapeutico – CDT - ecc.) e se è alla sua prima detenzione. Quest'ultima informazione, non rilevata nell'indagine svolta nel 2009, appare molto interessante al fine di valutare lo stato di salute delle persone che fanno il loro primo accesso nel circuito penitenziario.

La parte sanitaria, invece, comprende la registrazione delle diagnosi internistiche e psichiatriche codificate secondo la *International Classification of Diseases, 9th Edition - Clinical Modification* (ICD IX-CM - Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione - Modifica clinica), i trattamenti farmacologici in corso censiti per nome commerciale, dosaggio e posologia, il consumo di tabacco, i valori in grado di determinare il *body mass index* (BMI – indice di massa corporea) e specifiche informazioni riguardanti il tentato suicidio e gli atti di autolesionismo.

A causa dell'illegalità dell'atto, abbiamo tolto dalla scheda la sezione riguardante il consumo di sostanze e di alcol, azioni, queste, non rilevabili dal personale medico.

1.2 La popolazione arruolata

Prendendo come riferimento la popolazione presente nelle strutture toscane il 21 maggio 2012, sono stati censiti 4.172 detenuti adulti (in linea con i dati forniti dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria che al 30 giugno riportava, per la Toscana, 4.261 presenti). Le visite effettuate sono state 3.329 con una copertura del 79,8%, maggiore rispetto alla precedente rilevazione in cui era stato raggiunto il 71,6% (Tabella 1.1). Questo dato, oltre a rafforzare la validità delle informazioni che andremo a presentare, mostra soprattutto la forte collaborazione ottenuta da parte dei professionisti sanitari che operano nelle strutture detentive consolidando la validità del percorso intrapreso dalla Regione Toscana in questi ultimi anni.

Tornando alla Tabella 1.1, i dati mostrano chiaramente come alcune strutture abbiamo incontrato maggiori difficoltà. In particolare la struttura “Sollicciano”, con 997 detenuti e un elevato turnover, ha registrato la copertura più bassa (50,6%).

Tabella 1.1

Distribuzione della popolazione oggetto di studio e prime visite effettuate

| Istituti penitenziari toscani | Detenuti presenti al 21/05/2012 | Prime visite effettuate | % dei presenti |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------------|
| Empoli | 16 | 16 | 100,0 |
| Firenze - Gozzini | 96 | 86 | 89,6 |
| Firenze - Sollicciano | 997 | 504 | 50,6 |
| Gorgona | 69 | 69 | 100,0 |
| Grosseto | 23 | 23 | 100,0 |
| Livorno | 144 | 97 | 67,4 |
| Lucca | 182 | 97 | 53,3 |
| Massa | 252 | 251 | 99,6 |
| Massa Marittima | 38 | 38 | 100,0 |
| Montelupo Fiorentino (OPG) | 102 | 92 | 90,2 |
| Pisa | 354 | 354 | 100,0 |
| Pistoia | 145 | 145 | 100,0 |
| Porto Azzurro | 423 | 330 | 78,0 |
| Prato | 701 | 693 | 98,9 |
| San Gimignano | 393 | 325 | 82,7 |
| Siena | 71 | 43 | 60,6 |
| Volterra | 166 | 166 | 100,0 |
| Totale | 4.172 | 3.329 | 79,8 |

La coorte presa in esame risulta sovrapponibile a quella arruolata nella rilevazione 2009, essendo composta per il 96,5% da uomini (N=3.211) e dal 3,5% da donne (N=118). Queste ultime sono presenti nei carceri di Sollicciano, Pisa ed Empoli.

La fascia di età 30-49 anni copre oltre il 60% dei detenuti (N=2.039) confermando la giovane età di questa popolazione che, complessivamente, risulta essere in media di 38,5 anni. Il restante 40% è composto per il 22,7% da persone con età compresa fra i 18 e i 29 anni (N=757) e per il 16% da ultra50enni (N=533). Com'è possibile osservare dai dati riportati in Tabella 1.2, il confronto con la popolazione libera residente in Toscana mostra forti differenze nella composizione per fasce di età, elemento, questo, che non può non influire sul diverso carico di malattia e conseguente bisogno assistenziale presente nei due contesti.

Tabella 1.2

Composizione (per età e genere) della popolazione detenuta presente al 21/05/2012 nelle strutture detentive toscane - confronto con la popolazione generale toscana - Valori %

| Classe di età | Popolazione detenuta | | | Popolazione toscana* | | |
|---------------|----------------------|-----------------|------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| | Maschi (N=3.211) | Femmine (N=118) | Totali (N=3.329) | Maschi (N=1.513.118) | Femmine (N=1.670.249) | Totali (N=3.183.367) |
| 18-24 | 8,5 | 3,4 | 8,4 | 7,8 | 6,7 | 7,2 |
| 25-29 | 14,4 | 15,3 | 14,4 | 6,4 | 5,7 | 6,1 |
| 30-39 | 35,1 | 37,3 | 35,2 | 17,8 | 16,1 | 16,9 |
| 40-49 | 25,9 | 28,8 | 26,0 | 19,8 | 18,1 | 18,9 |
| 50-59 | 11,7 | 11,9 | 11,7 | 15,8 | 15,2 | 15,5 |
| 60-69 | 3,7 | 1,7 | 3,6 | 14,5 | 14,5 | 14,5 |
| 70 + | 0,6 | 1,7 | 0,7 | 17,9 | 23,7 | 20,9 |
| Totale | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Fonte: Istat 2012.

Nonostante si tratti di una popolazione mediamente più giovane, il livello d'istruzione è inferiore a quanto osservato nella popolazione libera¹. Il 9,8% non possiede alcun titolo di studio (3,9% nei toscani liberi della stessa fascia di età), il 25,1% ha la licenza elementare (vs. 20,3%), il 52,2% ha raggiunto il diploma di scuola secondaria di primo grado (vs. 27,4%), mentre solo il 12,1% ha ottenuto il diploma di scuola superiore di secondo grado (vs. 36,3%). Fra i detenuti, solo lo 0,9% ha un diploma universitario/ laurea rispetto al 12,1% dei cittadini toscani liberi.

Che nelle strutture detentive si registri un'alta percentuale di persone provenienti da paesi stranieri è ormai noto, basti pensare che a livello nazionale il valore raggiunge il 49,8%². Il motivo è da ricercarsi anche nel fatto che gli stranieri usufruiscono in misura minore degli arresti domiciliari, così come delle misure alternative al carcere (12,7% degli stranieri vs. il 30,7% degli italiani) a causa della mancanza di requisiti di idoneità e dei reati commessi per i quali non sono previste misure alternative (es. immigrazione

¹ Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2011.

² <http://www.giustizia.it> (ultimo aggiornamento 30 aprile 2013).

clandestina)³. Nonostante la sentenza del 28 aprile 2011 della Corte di giustizia europea abbia dichiarato questa norma incompatibile con la “Direttiva rimpatri”, di fatto il numero di stranieri reclusi rimane ancora molto elevato.

I cittadini detenuti nelle strutture toscane il 21 maggio 2012 sono per il 50,2% stranieri.

Il gruppo etnico maggiormente rappresentato è quello proveniente dall’Africa settentrionale con il 22,6% dei presenti a cui fanno seguito i cittadini estereuropei (17,7%). I restanti paesi sono rappresentati, complessivamente, dal 9,9% dei cittadini stranieri (Tabella 1.3).

Dal confronto con la distribuzione (per nazionalità) dei cittadini liberi residenti in Toscana, risulta evidente la differenza esistente nella popolazione nordafricana. Quest’ultima, infatti, mentre rappresenta il terzo gruppo etnico fra i residenti stranieri, è il primo fra i detenuti. Spiegare le diversità esistenti fra i due contesti in termini di composizione etnica, risulta difficile. Sicuramente, il decreto legislativo n. 32 del 28/02/2008, semplificando la circolazione dei cittadini dell’Unione tra gli Stati membri, e normandone i criteri di permanenza, spiega la residenza di un maggior numero di cittadini estereuropei sul nostro territorio riducendone il reato di clandestinità e, di conseguenza, la loro permanenza in carcere. A questo, però, dobbiamo aggiungere la tipologia di reato che differenzia i gruppi etnici. I nordafricani, infatti, oltre a risentire del reato di clandestinità, risultano coinvolti in misura maggiore nei reati per droga che, come sappiamo dalle statistiche giudiziarie, rappresentano la tipologia prevalente fra gli stranieri seguiti da quelli contro il patrimonio.

Tabella 1.3

Distribuzione del paese di origine per genere dei cittadini detenuti in Toscana al 21/05/2012 – confronto con la popolazione libera residente in Toscana

| Nazionalità | Popolazione detenuta | | | | | | Popolazione libera |
|------------------------|----------------------|------|---------|------|--------|------|--------------------|
| | Maschi | | Femmine | | Totale | | Totale |
| | N | % | N | % | N | % | % |
| Italia | 1548 | 49,5 | 68 | 57,6 | 1616 | 49,8 | 90,3 |
| Africa del Nord | 728 | 23,3 | 7 | 5,9 | 735 | 22,6 | 1,0 |
| Europa dell’Est | 557 | 17,8 | 19 | 16,1 | 576 | 17,7 | 5,2 |
| Asia | 108 | 3,5 | 7 | 5,9 | 115 | 3,5 | 1,8 |
| Altra Africa | 66 | 2,1 | 5 | 4,2 | 71 | 2,2 | 0,5 |
| America del Centro-Sud | 60 | 1,9 | 11 | 9,3 | 71 | 2,2 | 0,6 |
| Europa del Centro-Nord | 34 | 1,1 | 1 | 0,8 | 35 | 1,1 | 0,5 |
| paesi Arabi | 27 | 0,9 | 0 | 0 | 27 | 0,8 | 0,0 |
| America del Nord | 2 | 0,1 | 0 | 0 | 2 | 0,1 | 0,1 |
| TOTALE | 3130 | 100 | 118 | 100 | 3248 | 100 | 100 |

³ Legge n° 40/1998 – “Disciplina dell’immigrazione e della condizione dello straniero” e decreto legislativo 286/1998 che recepisce e integra le leggi precedenti.

Prima di passare alla sezione riguardante lo stato di salute, letto però in termini diagnostici, forniamo alcune informazioni su aspetti che, in parte, possono influenzarlo: il fumo e il peso corporeo.

Come avevamo già evidenziato nel corso della rilevazione 2009, i detenuti consumano tabacco in misura molto elevata. Complessivamente, il 71,5% è fumatore (72,1% nei maschi e 58,5% nelle femmine) e in media consuma 20,3 sigarette al giorno. Il dato appare ancor più preoccupante se confrontato con la popolazione libera dove l'abitudine al fumo, risentendo delle modifiche sociali avvenute nel corso degli anni, sembra essersi stabilizzata coinvolgendo il 23% dei cittadini maggiorenni⁴ (Tabella 1.4). Tuttavia, se questo è vero per i paesi sviluppati, opposta è la tendenza osservata nei paesi in via di sviluppo, dove la percentuale di fumatori risulta in aumento. Da queste poche informazioni potremmo trarre la conclusione che, trattandosi di una popolazione composta per oltre il 50% da stranieri, la quota maggiore di fumatori sia a carico di questi ultimi mentre, in realtà, dividendo la popolazione detenuta in due grandi categorie (italiani/stranieri) i valori risultano sovrapponibili (50,2% sono i fumatori italiani vs. 49,8% degli stranieri). È evidente, quindi, che l'ambiente restrittivo rappresenta un fattore in grado di influenzare tutti i detenuti indipendentemente dal paese di provenienza e che, trattandosi di una popolazione con un basso livello socio-culturale, la loro abitudine al fumo è distante da quella osservata nei paesi cosiddetti sviluppati.

Tabella 1.4

Distribuzione dell'abitudine al fumo dei cittadini detenuti in Toscana al 21/05/2012 – confronto con la popolazione libera residente in Toscana

| Fumatore | Detenuti | Cittadini liberi toscani* |
|----------------------------------|----------|---------------------------|
| Si | 71,5 | 23,0 |
| No | 28,5 | 77,0 |
| Totale | 100 | 100 |
| Consumo medio di sigarette al dì | 20,3 | 13,0 |

*Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2011.

Un altro fattore di rischio in grado d'influenzare 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 persona raffigurando, così, un'immagine complessiva di questa popolazione.

Contrariamente al fumo di tabacco, i detenuti non sembrano discostarsi di molto dalla popolazione libera in termini di peso corporeo. I normopeso rappresentano il 50,7% (53,3% pop. libera toscana), i sovrappeso il 36,3% (vs. il 35,8% dei toscani liberi),

⁴ Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2011.

mentre gli obesi sono l'11,7% (8,5% dei cittadini liberi). Suddividendo i dati per genere si osservano, però, delle disuguaglianze. Le detenute, infatti, appaiono più sovrappeso (33,1% vs. 28,2%) e obese (10,2% vs. 7,7%) rispetto alle donne libere (simili per età), confermando quanto riportato in una recente revisione sistematica sull'argomento⁵. In questo caso gli autori pongono l'accento sul fatto che le strutture penitenziarie, essendo istituzioni prevalentemente maschili, regolano l'apporto calorico sulle necessità dei detenuti maschi sovraddosando il fabbisogno femminile e contribuiscono, così, al verificarsi del fenomeno.

Parliamo, infine, dell'attività fisica e lavorativa svolta dai detenuti tenendo presente, però, che essendo informazioni di competenza amministrativa, non sempre sono state rilevate dal personale sanitario.

Complessivamente, il 43% dei detenuti (N=1.221) svolge attività fisica organizzata dalla struttura che, mediamente, ne programma circa 5 ore a settimana. Com'è facile intuire, i detenuti sani partecipano in misura maggiore alle attività (Tabella 1.5).

A questa informazione fa da contraltare l'elevato numero di ore che i detenuti trascorrono in stanze chiuse (17,4 ore) con una differenza di genere che vede le donne meno confinate in cella (14,8 vs. 17,5 ore), mentre non ci sono differenze legate allo stato di salute (17,2 ore i detenuti con almeno una patologia vs. 18 ore nei sani).

Anche riguardo all'attività lavorativa, le donne sono maggiormente coinvolte in attività manuali con il 67,8% delle segnalazioni rispetto agli uomini in cui il valore scende al 32,4%. In totale, i detenuti che secondo le indicazioni dei medici svolgono una qualche attività manuale, sono N=947 pari al 33,9%. Non si segnalano particolari differenze fra sani e malati.

Tabella 1.5

Attività fisica svolta dai cittadini detenuti in Toscana al 21/05/2012 – confronto fra "malati" e "sani"

| Svolge attività fisica | Detenuti con almeno 1 patologia (N=2.009) | | Detenuti sani (N=821) | | Totale (N=2.830) | |
|------------------------|---|------|-----------------------|------|------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sì | 835 | 41,6 | 386 | 47,0 | 1221 | 43,1 |
| No | 1.174 | 58,4 | 435 | 53,0 | 1.609 | 56,9 |
| Ore medie a settimana | 4,1 | | 6,5 | | 4,9 | |

⁵ Herbert K, Plugge E, Foster C, et al. (2012), Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review, *The Lancet*, DOI:10.1016/s0140-6736(12)60319-5.

Conclusione

Lo stabilirsi di una costante collaborazione con i medici che operano nelle strutture detentive ha reso possibile ampliare il numero di visite mediche effettuate raggiungendo una copertura del 79,8% (71,6% nel 2009). Questo dato pone l'accento su come sia possibile apportare modifiche, anche sostanziali, all'interno di un sistema che richiede di essere riconosciuto come ambiente non solo di detenzione ma anche di cura.

Riguardo alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione in esame, il confronto con il 2009 non mostra sostanziali modifiche. Si tratta di una popolazione giovane, con basso livello d'istruzione, composta per il 50,2% da cittadini stranieri. Quest'ultimi, nonostante la modifica apportata al Decreto Legislativo n. 268/1998, che prevedeva la detenzione in caso di mancata ottemperanza all'ordine di espulsione dal territorio italiano, non sono diminuiti (47,2% nel 2009).

Capitolo 2

Lo stato di salute

Caterina Silvestri

Stefano Bravi

Vega Ceccherini

Ersilia Sinisgalli

Tommaso Tanini

Guglielmo Bonaccorsi

2. Lo stato di salute

Da molti anni l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) affronta il tema della salute dei detenuti attraverso la pubblicazione di report specifici¹. L'immagine che da questi scaturisce raffigura una popolazione giovane, affetta prevalentemente da patologie di tipo psichico, infettivo e del cavo orale. Le prime risentono, sicuramente, dell'alto numero di persone affette da disturbo da dipendenza da sostanze (sia alcol² che droghe³), mentre le altre, in molti casi, non sono altro che la conseguenza di questo. È chiaro, quindi, come il tema della salute mentale, in tutti i suoi aspetti, 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, dove possibile, confronti con i risultati della rilevazione svolta nel 2009 e con studi di carattere nazionale e internazionale.

2.1 I grandi gruppi di malattie: la classificazione ICD IX-cm⁴

Come descritto nel capitolo precedente, lo strumento di rilevazione prevede la compilazione, da parte dei medici, delle diagnosi attraverso l'utilizzo del sistema di codifica ICD IX-cm.

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

¹ WHO Regional Office for Europe (2007), Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health.

² WHO Regional Office for Europe (2013), Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention.

³ WHO Regional Office for Europe (2010), Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period.

⁴ Di Liso G., Corvino G., Nonis M., et al. (a cura di) (1999), Guida all'ICD IX-cm: Manuale pratico per la compilazione della parte sanitaria nella nuova scheda di dimissione ospedaliera. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

- malattie del sistema osteomuscolare e connettivo
- malattie dell'apparato digerente
- malattie dell'apparato genitourinario
- malattie dell'apparato respiratorio
- malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie
- malattie infettive e parassitarie
- traumatismi e avvelenamenti
- tumori
- disturbi psichici

La prima differenziazione che dobbiamo fare riguarda la distinzione fra detenuti "malati" e "sani", o meglio in assenza di patologie diagnosticate. Nella coorte presa in esame, il 28,3% risulta in assenza di malattia (N=961), valore lievemente superiore rispetto al 2009 dove i detenuti sani rappresentavano il 27% (N=807). Calcolandone la percentuale all'interno di ogni gruppo etnico, si evince che i più sani sono quelli provenienti dall'Asia (53,7%) e dall'Europa dell'Est (47,8%), mentre i più malati sono gli arabi (85,2%) e gli italiani (78,7%).

Vediamo, adesso, quali sono i grandi gruppi di patologie che maggiormente interessano questa popolazione⁵. In linea con quanto affermato dall'OMS, e con i risultati dell'indagine 2009⁶, i detenuti risultano affetti prevalentemente da disturbi di natura psichica, con un coinvolgimento di ben il 41% degli aderenti allo studio. A questi seguono i disturbi dell'apparato digerente (14,4%) e le malattie infettive e parassitarie con l'11,1% (Tabella 2.1).

Nonostante l'apparente staticità dei risultati, il confronto con la rilevazione toscana del 2009 mostra differenze interessanti. A fronte di una riduzione complessiva delle patologie, aumentano le diagnosi attribuibili al gruppo dei disturbi psichici. Questa informazione si presta a molte interpretazioni, prima fra tutte, però, può essere letta come un aumento della sensibilità, da parte dei clinici, nell'intercettazione di questo tipo di disturbo e nella conseguente messa in atto di azioni terapeutiche. Oppure, se vogliamo vedere il dato negativamente, potremmo dedurre che il contesto sociale sempre più difficile in cui questi cittadini vivono favorisca il manifestarsi di patologie psichiche già in atto o latenti. Nella sezione successiva entreremo più nel dettaglio.

Un altro dato che salta agli occhi è la forte diminuzione delle malattie dell'apparato digerente. In questo caso, però, la spiegazione è molto più semplice e non richiede particolari interpretazioni perché è dovuta alla mancata attribuzione, da parte del personale sanitario, del codice diagnostico in presenza di patologie minori (come la carie dentale) comprese in questo gruppo.

⁵ Allo scopo di confrontare i risultati ottenuti con quanto osservabile nella popolazione generale, prenderemo come riferimento l'intera popolazione (sana e malata).

⁶ Voller F, Silvestri C, Orsini C, et al. (2011), Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana, *Epidemiologia&Prevenzione*, 35: (5-6) 210-219.

Tabella 2.1

Distribuzione percentuale* dei grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-cm: confronto anni 2009-2012

| Grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-cm | Anno 2012 | | | | | | Anno 2009 |
|---|------------------|------|-----------------|------|------------------|------|------------------|
| | Maschi (N=3.211) | | Femmine (N=118) | | Totale (N=3.229) | | Totale (N=2.985) |
| | N | % | N | % | N | % | % |
| Disturbi psichici | 1.304 | 40,6 | 60 | 50,8 | 1.364 | 41,0 | 33,2 |
| Malattie dell'apparato digerente | 451 | 14 | 27 | 22,9 | 478 | 14,4 | 25,4 |
| Malattie infettive e parassitarie | 350 | 10,9 | 21 | 17,8 | 371 | 11,1 | 15,9 |
| Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie | 293 | 9,1 | 14 | 11,9 | 307 | 9,2 | 9,5 |
| Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti | 286 | 8,9 | 8 | 6,8 | 294 | 8,8 | nd |
| Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo | 271 | 8,4 | 10 | 8,5 | 281 | 8,4 | 11,1 |
| Malattie del sistema circolatorio | 250 | 7,8 | 12 | 10,2 | 262 | 7,9 | 11,4 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 172 | 5,4 | 8 | 6,8 | 180 | 5,4 | 6,2 |
| Traumatismi e avvelenamenti | 138 | 4,3 | 5 | 4,2 | 143 | 4,3 | 6,6 |
| Malattie del sistema nervoso | 117 | 3,6 | 5 | 4,2 | 122 | 3,7 | 5,1 |
| Malattie della pelle e del sottocutaneo | 68 | 2,1 | 1 | 0,8 | 69 | 2,1 | 0 |
| Malattie dell'apparato genitourinario | 49 | 1,5 | 4 | 3,4 | 53 | 1,6 | 2,9 |
| Malformazioni congenite | 36 | 1,1 | 0 | 0 | 36 | 1,1 | nd |
| Tumori | 16 | 0,5 | 2 | 1,7 | 18 | 0,5 | 1 |
| Complicanze della gravidanza, parto e puerperio | 0 | 0 | 11 | 9,3 | 11 | 0,3 | nd |
| Malattie del sangue e degli organi emopoietici | 4 | 0,1 | 1 | 0,8 | 5 | 0,2 | 0,6 |

*Le percentuali sono calcolate sul totale della popolazione detenuta: ogni detenuto può essere portatore di più diagnosi.

Già da questi primi dati si capisce che le caratteristiche sanitarie di questa popolazione differiscono da quelle osservabili nel contesto generale. Sicuramente la giovane età e lo stile di vita che accomuna molti detenuti rendono queste persone più a rischio nei confronti di alcune patologie ed ancora molto distanti, per età, dal manifestare patologie croniche dell'apparato respiratorio o cardiocircolatorio. Nonostante questo, abbiamo utilizzato i dati provenienti dal sistema informativo delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) per realizzare un generico confronto fra le due popolazioni in modo da metterne in risalto le differenze. Trattandosi di una popolazione prevalentemente maschile, le analisi che seguiranno non avranno la specificità per genere (Tabella 2.2).

Tabella 2.2

Distribuzione percentuale* dei grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-cm: confronto fra SDO 2011 e popolazione detenuta in Toscana in data 21/05/2012

| Grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-cm | Popolazione detenuta (N=3.229) | SDO 2011* |
|---|--------------------------------|-----------|
| | % | % |
| Disturbi psichici | 41,0 | 2,5 |
| Malattie dell'apparato digerente | 14,4 | 10,3 |
| Malattie infettive e parassitarie | 11,1 | 2,0 |
| Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie | 9,2 | 3,3 |
| Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti | 8,8 | 2,6 |
| Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo | 8,4 | 8,5 |
| Malattie del sistema circolatorio | 7,9 | 17,2 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 5,4 | 8,4 |
| Traumatismi e avvelenamenti | 4,3 | 8,9 |
| Malattie del sistema nervoso | 3,7 | 5,0 |
| Malattie della pelle e del sottocutaneo | 2,1 | 1,1 |
| Malattie dell'apparato genitourinario | 1,6 | 7,0 |
| Malformazioni congenite | 1,1 | 1,3 |
| Tumori | 0,5 | 10,8 |
| Complicanze della gravidanza, parto e puerperio | 0,3 | 9,0 |
| Malattie del sangue e degli organi emopoietici | 0,2 | 0,8 |

*Le percentuali sono calcolate sul totale della popolazione detenuta: ogni detenuto può essere portatore di più diagnosi.

Ancora una volta il gruppo dei disturbi psichici mostra la differenza più marcata, anche se per una corretta lettura del dato, dobbiamo ricordare la SDO, raffigurando l'immagine dei ricoveri ospedalieri, sottostima la diffusione di queste patologie nella popolazione

(nel capitolo dedicato ai disturbi psichici il confronto verrà effettuato utilizzando il flusso della salute mentale proveniente dai Servizi territoriali). Proseguendo nella lettura della tabella, si conferma l'alta prevalenza, fra i detenuti, delle malattie infettive e parassitarie e di quelle endocrine e del metabolismo. Queste ultime, già messe in evidenza in altri studi⁷, sono spesso associate a una cattiva nutrizione e alla ridotta attività fisica, fattori, questi, difficilmente modificabili nel contesto penitenziario con conseguente aumento della cronicità⁸. Sempre parlando di malattie croniche, inverso è invece il dato riguardante le malattie del sistema circolatorio, respiratorio, urinario e le patologie oncologiche. A parte queste ultime, che in fase avanzata prevedono generalmente modalità alternative di detenzione, il fenomeno può essere in parte spiegato dalla diversa struttura per età delle due popolazioni. Infatti, mentre gli ultrasessantenni rappresentano, fra i detenuti, soltanto il 4,3%, nella popolazione libera raggiungono il 35,4% (Tabella 1.2) con conseguente aumento del rischio di incorrere in una patologia cronica.

Passiamo ora a considerare le differenze esistenti nei principali gruppi etnici che compongono la popolazione detenuta. Come abbiamo avuto modo di osservare nel primo capitolo, la coorte è composta prevalentemente da italiani (49,8%), nordafricani (22,6%) ed esturopei (17,7%); le nostre analisi, pertanto, si concentreranno sui cittadini provenienti da questi paesi.

Il disturbo di salute mentale si conferma come la prima patologia in tutti e tre i gruppi etnici con un incremento rispetto a quanto osservato nel 2009. In particolare fra i nordafricani la percentuale risulta superiore di oltre 10 punti percentuali passando dal 36,3% al 47,5%. Pur non raggiungendo valori così elevati, il fenomeno è osservabile anche fra gli italiani (39,% vs. 41,0%) e gli esturopei (19,0% vs. 23,4%). Le malattie dell'apparato digerente si riducono in tutti e tre i gruppi etnici (vedi quanto specificato nel commento della Tabella 2.1), così come le malattie infettive e parassitarie che, soprattutto fra gli italiani, si riducono di oltre 8 punti percentuali (22,8% vs. 15,6%).

Fra gli italiani, le malattie endocrine (come il diabete mellito) e del sistema circolatorio continuano ad avere un peso importante sullo stato di salute, mostrando un aumento nelle prime (13,5% vs. 15,0%) e una riduzione delle seconde (16,6% vs. 12,7%) mentre, fra gli stranieri, queste patologie risultano ancora molto basse (Tabella 2.3).

Ulteriori analisi di dettaglio verranno riportate nei sottocapitoli dedicati alle singole patologie.

⁷ Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF (2009), Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population, *J Epidemiol Community Health*, 63:912-919.

⁸ Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW et al. (2009), The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey. *Am J Public Health*; 99:666-672.

Tabella 2.3

Distribuzione percentuale dei grandi gruppi di patologie nei tre principali gruppi etnici che compongono la popolazione detenuta in Toscana in data 21/05/2012

| Grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-cm | Italia (N=1.616) | Africa del Nord (N=735) | Europa dell'Est (N=576) |
|---|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| | % | % | % |
| Disturbi psichici | 41,0 | 47,5 | 23,4 |
| Malattie dell'apparato digerente | 17,3 | 10,6 | 14,4 |
| Malattie infettive e parassitarie | 15,6 | 7,5 | 6,9 |
| Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie | 15,0 | 4,6 | 3,6 |
| Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti | 8,6 | 11,4 | 8,0 |
| Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo | 10,7 | 6,8 | 5,7 |
| Malattie del sistema circolatorio | 12,7 | 2,3 | 4,0 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 6,3 | 5,6 | 4,0 |
| Traumatismi e avvelenamenti | 5,3 | 3,8 | 3,3 |
| Malattie del sistema nervoso | 5,2 | 2,0 | 1,9 |
| Malattie della pelle e del sottocutaneo | 2,2 | 2,4 | 1,6 |
| Malattie dell'apparato genitourinario | 2,5 | 0,7 | 0,9 |
| Malformazioni congenite | 1,4 | 0,4 | 1,2 |
| Tumori | 0,8 | 0,0 | 0,7 |
| Complicanze della gravidanza, parto e puerperio | 5,3 | 8,2 | 3,3 |
| Malattie del sangue e degli organi emopoietici | 0,3 | 0,0 | 0,0 |

2.2 Il disturbo psichico

Che un gran numero di detenuti sia affetto da disturbo mentale non è certo una novità. Fin dal 1918, uno studio svolto nel carcere di massima sicurezza di Sing Sing (situato nello stato di New York) ha mostrato elevati tassi di morbilità psichiatrica in questa popolazione,⁹ dato, questo, confermato in molti studi successivi. Un esempio più recente lo possiamo trovare nel lavoro svolto da Fazel e collaboratori nel quale vengono riportate le stime della diffusione dei disturbi psicotici (3,6% degli uomini e il 3,9% delle

⁹ Glueck B, (1918), A study of 608 admissions to Sing Sing prison., Ment Hyg; 2:85-151.

donne) e della depressione maggiore (10,2% degli uomini e il 14,1% delle donne) nella popolazione detenuta¹⁰. A questi, ovviamente, si aggiungono i disturbi da dipendenza da alcol (con il 17-30% degli uomini e il 10-24% delle donne) e da sostanze (10-48% degli uomini e il 30-60% delle donne detenute)¹¹.

Anche se il crimine è stato costantemente associato a gravi malattie mentali¹², non vi è alcuna spiegazione per l'alta prevalenza di queste in carcere. Alcuni studi assumono che i problemi di salute mentale precedono la reclusione mentre, di parere opposto, sono quelli che sostengono che l'esperienza carceraria peggiori la salute mentale, l'ansia e la depressione, in quanto reazioni comprensibilmente legate alla detenzione¹³. Di tutt'altro avviso, invece, è la prospettiva che individua il carcere come un contenitore di cittadini "difficili", di conseguenza la presenza di un numero così elevato di persone con problemi psichici è del tutto prevedibile¹⁴.

Indipendentemente dalla causa, la patologia mentale richiede sicuramente un'attenzione particolare. Anche la nostra rilevazione le ha pertanto dedicato una sezione specifica nella quale, oltre a presentare i dati delle singole patologie psichiche, cercheremo di dare informazioni sulla salute mentale delle persone che entrano per la prima volta nel circuito penitenziario.

Come abbiamo avuto modo di osservare (Tabella 2.2), i disturbi di salute mentale mal si prestano al confronto con i dati provenienti dalle SDO. Pertanto, pur essendo classificati attraverso i codici ICD IX-cm, sono stati in seguito raggruppati in 10 categorie diagnostiche, applicando la categorizzazione utilizzata all'interno del Sistema informativo regionale per la salute mentale degli adulti (SIRSM). Questo ci permette 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.

Per una più chiara lettura delle informazioni, riportiamo di seguito i codici ICD IX-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

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

11 Fazel S, Bains P, Doll H (2006), Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review, *Addiction*; 101: 181-91.

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

13 Scott D, Codd H. (2011), *Controversial issues in prisons*, Open University Press.

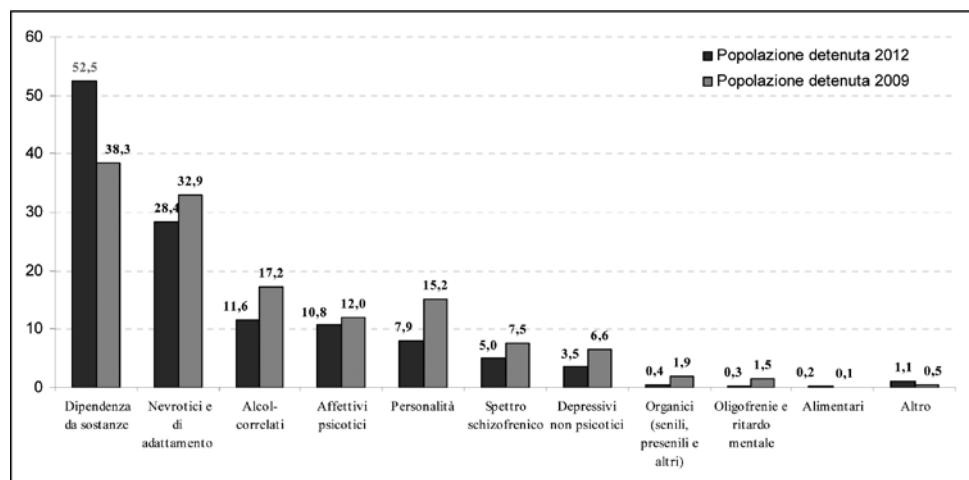
14 Seddon T (2006), *Punishment and madness*, Routledge.

- Disturbi depressivi non psicotici: 300.4, 309.0, 390.1, 311
- Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento: 300 a 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 a eccezione di 307.1 e 307.5, 313, 314, 315

Nella nostra coorte N=1.243 persone (37,3%) sono affette da almeno una patologia psichiatrica. Com'è possibile osservare dalla Figura 2.1, il disturbo prevalente è legato all'uso di sostanze psicotrope con ben 653 detenuti (52,5%) diagnosticati. Il confronto con i dati tratti dalla rilevazione 2009 rende evidente che l'aumento al quale abbiamo assistito (Tabella 2.1) risente esclusivamente della diagnosi di tossicodipendenza che, a distanza di 3 anni, è aumentata di quasi 15 punti percentuali (38,3% vs. 52,5%). Tutte le altre patologie, al contrario, mostrano valori in diminuzione.

Figura 2.1

Distribuzione percentuale delle patologie psichiatriche nella popolazione detenuta in Toscana: confronto 2009-2012



Quali siano i motivi che hanno prodotto un aumento così marcato del disturbo da dipendenza è difficilmente spiegabile attraverso uno studio epidemiologico ma, sicuramente, confrontando i nostri dati con quelli tratti da altre indagini ne ricaviamo immagini molto simili. A questo proposito, un recente studio finlandese ha reso evidente come l'uso di sostanze all'interno delle strutture detentive abbia subito negli anni un incremento esponenziale con valori che dal 1985 al 2006 sono passati, negli uomini, dal 6% al 58% e, nelle donne, dal 3% al 60%¹⁵. Gli autori danno al fenomeno

¹⁵ [Lintonen J, Obstbaum Y, Aarnio J, et al. \(2012\), The changing picture of substance abuse problems among Finnish prisoners, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012 May;47\(5\):835-42.](#)

un'interpretazione di tipo giudiziario connesso all'illegalità dell'atto, elemento, questo, non presente nell'alcoldipendenza.

Il maggior interessamento da parte del genere femminile non è confermato nella nostra rilevazione, dove troviamo valori nettamente superiori nel genere maschile (53,5% vs. 33,3%).

Passiamo adesso a confrontare i dati penitenziari con quelli tratti dal flusso regionale della salute mentale (SIRSM). In questo caso, data la specificità dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo (OPG), abbiamo effettuato un'ulteriore ripartizione, separando questi ultimi dal resto dei detenuti (Tabella 2.4).

Come ci aspettavamo, si osserva un maggior parallelismo fra gli internati presso l'OPG e i pazienti in carico presso i Dipartimenti di salute mentale (DSM). Elevati, infatti, sono i disturbi dello spettro schizofrenico, pressoché assenti negli altri Istituti, e i disturbi affettivi psicotici diagnosticati nel 21% dei presenti. Molto diversa, invece, è la distribuzione delle patologie fra i detenuti presenti presso le altre strutture dove, se togliamo i disturbi da dipendenza (da alcol e droghe), si rilevano disturbi di tipo nevrotico e di adattamento i quali, come sappiamo, sono caratterizzati da sintomatologia persistente e clinicamente significativa in risposta a fattori stressanti.

Possiamo quindi concludere che, mentre l'OPG si configura come l'exasperazione di un DSM, gli altri Istituti presentano problemi generalmente trattati solo in minima parte dai Servizi di salute mentale territoriali.

Tabella 2.4

Distribuzione percentuale delle patologie psichiatriche suddivise secondo la classificazione SIRSM: confronto fra utenti attivi di età ≥ 18 anni in carico presso i DSM, popolazione detenuta presso l'OPG di Montelupo e detenuta negli altri istituti toscani in data 21/05/2012

| Categorie diagnostiche SIRSM | Altri Istituti (N=1.153)* | OPG Montelupo Fiorentino (N=90)* | SIRSM 2011** (N=966.054) |
|--|------------------------------|---|-----------------------------|
| | % | % | % |
| Disturbi affettivi psicotici | 10,0 | 21,1 | 24,2 |
| Disturbi da spettro schizofrenico | 1,3 | 52,2 | 42,6 |
| Disturbi del comportamento alimentare | 0,2 | 0,0 | 0,8 |
| Disturbi della personalità e del comportamento | 7,3 | 15,6 | 11,6 |
| Disturbi depressivi non psicotici | 3,7 | 0,0 | 4,4 |
| Disturbi mentali alcol-correlati | 11,6 | 11,1 | 0,7 |
| Disturbi mentali da dipendenza da sostanze | 56,4 | 3,3 | 1,1 |
| Disturbi mentali organici (senili, presenili) | 0,3 | 1,1 | 1,0 |
| Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento | 30,6 | 0,0 | 7,5 |
| Oligofrenie e ritardo mentale | 0,1 | 3,3 | 3,5 |
| Altro | 1,2 | 0,0 | 2,5 |

* la percentuale è superiore a 100 perché ogni soggetto può avere più di una diagnosi.

** Prevalenti attivi presso i DSM al 31/12/2011 con codice diagnostico compilato.

Approfondendo ulteriormente il tema della salute mentale, abbiamo suddiviso la popolazione in base ai principali gruppi etnici di appartenenza valutandone, così, l'andamento all'interno di ognuno di essi (Tabella 2.5).

Il disturbo da dipendenza da sostanze interessa in misura maggiore i nordafricani, con un valore quasi due volte superiore a quello riscontrato fra gli italiani e quasi tre volte rispetto agli estereuropei. A questo proposito appare interessante ricordare che, secondo quanto riportato dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP), fra gli stranieri il reato "legge droga" rappresenta la tipologia principale con ben 11.110 detenuti ai quali è stato imputato questo tipo di reato su 23.492 cittadini stranieri presenti (corrispondente al 47,3%), mentre fra i detenuti italiani la percentuale scende al 35,6% (N=15.050)¹⁶. Molto più simile, invece, è il dato della dipendenza da alcol, per il quale i nordafricani e gli estereuropei tendono ad equivalersi, mentre gli italiani appaiono meno interessati.

Passando alle altre patologie, vediamo che i disturbi nevrotici e di adattamento (che ricordiamo rappresentano il secondo gruppo diagnostico coinvolgendo ben il 28,4% dei detenuti) si distribuiscono abbastanza uniformemente fra le diverse etnie, disattendendo non solo l'idea che "il cittadino straniero" viva maggiori difficoltà di adattamento a causa della lingua, ma modificando anche i risultati della precedente rilevazione in cui si osservava una netta differenza fra italiani e stranieri¹⁷. Tendenzialmente invariato, invece, l'andamento del disturbo dello spettro schizofrenico che, essendo una patologia altamente invalidante che altera la capacità dell'individuo di porsi su un piano di realtà, risulta meno frequente fra gli stranieri risentendo di quello che viene definito "l'effetto del migrante sano".

Complessivamente, quindi, l'analisi per etnia, seppur con differenze numeriche, mostra molte similitudini soprattutto fra le patologie non psicotiche. Questo dato evidenzia che, se escludiamo i casi in cui la patologia e il reato sono associati (vedi tossicodipendenza e spaccio di stupefacenti), gran parte del malessere psichico è legato all'ambiente detentivo, avvalorando l'ipotesi che vede l'aggravamento del disturbo mentale come una reazione comprensibilmente legata alla detenzione¹⁸.

Per trovare conferma alla nostra ipotesi è necessario, però, escludere la possibilità che molti detenuti accedano alle strutture già affetti da una patologia psichiatrica. A questo proposito, avendo a disposizione la categoria "da libertà senza precedenti reclusioni", proviamo a verificarne lo stato di salute psichica confrontandola con i detenuti che hanno un curriculum carcerario più lungo. Per una corretta lettura dei dati è da tener

16 Dipartimento Amministrazione Penitenziaria: ultima consultazione 23 maggio 2013. http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?facetNode_1=1_5_29&previousPage=mg_1_14&contentId=SST807206

17 Silvestri C, Orsini C, Voller F (2012), La salute della popolazione immigrata: lo studio svolto in Toscana, in Migrazioni, salute e crisi, Atti del XII Congresso nazionale SIMM, Pendragon.

18 V. nota n. 13.

Tabella 2.5
Distribuzione delle patologie psichiatriche nella popolazione detenuta in Toscana il 21/05/2012: analisi per gruppo etnico di appartenenza

| Categorie diagnostiche SIRSM | Italia | | Africa del Nord | | Europa dell'est | | Altri Paesi | | Totale | |
|---------------------------------|--------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-------------|---------------|--------|---------------|
| | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% |
| Dipendenza da sostanze | 18,08 | (16,69-19,48) | 34,10 | (31,16-37,03) | 14,61 | (11,61-17,61) | 16,17 | (12,02-20,33) | 20,95 | (19,78-22,08) |
| Nevrotici e di adattamento | 7,02 | (6,09-7,95) | 8,28 | (6,57-9,98) | 6,93 | (4,77-9,09) | 9,57 | (6,25-12,90) | 7,44 | (6,66-8,14) |
| Affettivi psicotici | 2,81 | (2,21-3,41) | 2,69 | (1,69-3,69) | 2,25 | (0,99-3,51) | 3,96 | (1,76-6,16) | 2,79 | (2,35-3,29) |
| Personalità/ comportamento | 1,82 | (1,31-2,23) | 3,19 | (2,10-4,28) | 2,06 | (0,85-3,27) | 1,32 | (0,03-2,61) | 2,10 | (1,72-2,54) |
| Alcol-correlati | 1,61 | (1,15-2,07) | 5,88 | (4,43-7,34) | 5,43 | (3,51-7,36) | 2,97 | (1,06-4,89) | 3,03 | (2,55-3,52) |
| Spettro schizofrenico | 1,85 | (1,36-2,34) | 0,10 | (0,00-0,30) | 0,37 | (0,00-0,89) | 1,32 | (0,03-2,61) | 1,28 | (0,98-1,62) |
| Depressivi non psicotici | 0,96 | (0,61-1,31) | 0,70 | (0,18-1,21) | 0,75 | (0,02-1,48) | 1,32 | (0,03-2,61) | 0,90 | (0,63-1,17) |
| Organici (senili, presenili) | 0,17 | (0,02-0,32) | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,11 | (0,01-0,20) |
| Oligofrenie/ritardo mentale | 0,14 | (0,00-0,27) | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,08 | (0,00-0,17) |
| Comportamento alimentare | 0,07 | (0,00-0,16) | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,04 | (0,00-0,10) |
| Altro | 0,27 | (0,08-0,46) | 0,20 | (0,00-0,48) | 0,19 | (0,00-0,55) | 0,99 | (0,00-2,11) | 0,29 | (0,14-0,45) |

presente che, purtroppo, le informazioni sanitarie sono da riferirsi al momento indice (21/05/2012) e pertanto falsate dal periodo di detenzione che può essere anche molto lungo.

Pur tenendo presenti i limiti delle informazioni raccolte, abbiamo diviso la nostra coorte in due sottogruppi:

- alla prima detenzione;
- con precedenti detenzioni.

Su 3.229 detenuti visitati, 626 (19,4%) sono alla prima detenzione e, di questi, 245 risultano sani (39,3%). Fra i malati (N=381), il 63% (N=240) è affetto da almeno una patologia psichiatrica (Tabella 2.6). Provando quindi a confrontare i due sottogruppi (alla prima detenzione e con precedenti detenzioni) in base alla loro condizione di salute mentale, la fotografia che ci appare restituisce l'immagine di una popolazione che accede alle strutture già affetta da patologie psichiatriche. In particolare, ancora una volta, non possiamo che confermare il peso che la tossicodipendenza da sostanze ha sulla condizione psichica con ben il 62,5% delle persone alla prima detenzione che ne risulta affetto. Molto interessante appare anche l'informazione sul disturbo schizofrenico che non solo mette in evidenza come una condizione così grave possa favorire il reiterarsi del crimine, ma anche come la struttura detentiva rappresenti l'occasione per effettuare una vera e propria valutazione diagnostica da parte delle figure sanitarie.

Pur con i sottolineati, l'ipotesi di un aggravamento legato all'ambiente detentivo sembra non essere avvalorata, riportandoci al punto di partenza.

Tabella 2.6

Distribuzione percentuale delle patologie psichiatriche suddivise secondo la classificazione SIRSM: confronto fra detenuti alla prima detenzione e detenuti con precedenti detenzioni

| Categorie diagnostiche SIRSM | Alla prima detenzione (N=240) | Con precedenti detenzioni (N=1.124) |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| | % | % |
| Disturbi affettivi psicotici | 11,3 | 9,5 |
| Disturbi da spettro schizofrenico | 2,1 | 5,1 |
| Disturbi della personalità e del comportamento | 6,3 | 7,4 |
| Disturbi depressivi non psicotici | 0,8 | 3,6 |
| Disturbi mentali alcol-correlati | 8,3 | 11,0 |
| Disturbi mentali da dipendenza da sostanze | 62,5 | 58,7 |
| Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento | 23,8 | 26,3 |
| Altro | 2,1 | 0,8 |

2.3 Il tentato suicidio e gli atti di autolesione

L'evento suicidario rappresenta un'emergenza nel sistema carcerario italiano, così come in quello di molti altri paesi, tanto che nel 2007 l'Organizzazione mondiale della sanità ha dedicato a questo tema uno specifico report¹⁹.

Secondo il DAP, nell'anno 2012 si sono verificati, all'interno delle strutture penitenziarie italiane, 56 suicidi²⁰ con una frequenza di 8,5 ogni 10.000 detenuti, ben 17 volte superiore rispetto a quella rilevata nella popolazione generale.

La nostra rilevazione ha come principale obiettivo quello di fornire informazioni sullo stato di salute dei detenuti e, pertanto, non prende in esame i decessi avvenuti per suicidio, dato per altro non rilevabile con lo strumento utilizzato nell'indagine, ma cerca di individuare il numero di persone che hanno tentato il suicidio o messo in atto comportamenti autolesivi durante l'anno in esame.

Le condotte autoaggressive sono assai diffuse in carcere, tanto da esserne quasi divenute una caratteristica strutturale, con migliaia di casi di autolesionismo e centinaia di tentati suicidi registrati ogni anno negli istituti penitenziari italiani.

Iniziamo dal tentato suicidio, soffermandoci sulla diffusione di questa pratica nella popolazione generale, al fine di valutare le eventuali differenze con la popolazione detenuta.

Fornire una stima del tentato suicidio nella popolazione generale non risulta impresa semplice, sia perché nei casi meno gravi le persone possono non ricorrere a strutture sanitarie, oppure perché, anche nel caso che vi ricorrano, spesso tentano di nascondere la vera motivazione del proprio gesto, spingendo l'operatore ad utilizzare una diversa codifica. Tenendo presente la possibile sottostima del fenomeno, facciamo ricorso ai dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) derivanti dai modelli compilati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri in base alle notizie contenute nei verbali di denuncia di tentato suicidio trasmessi all'Autorità giudiziaria che, per l'anno 2010, hanno registrato in Italia 3.101 tentati suicidi, corrispondenti a 5,1 per 100.000 residenti. Per la regione Toscana questo valore si attesta su 4,2 per 100.000 residenti (N=158).

Dai dati provenienti dalla rilevazione penitenziaria, nell'anno 2012 sono stati registrati 46 tentativi di suicidio, effettuati da 44 detenuti, che determinano una frequenza sull'intera popolazione detenuta dell'1,3%. Confrontando il dato di popolazione con quello proveniente dalle strutture penitenziarie si osserva chiaramente la gravità della situazione presente all'interno di queste ultime; infatti, mentre il dato ISTAT non raggiunge l'unità (0,004%), fra i detenuti più di una persona su 100 ha tentato il suicidio

¹⁹ La prevenzione del suicidio nelle carceri. WHO 2007.

²⁰ Relazione sulla amministrazione della Giustizia nell'anno 2012 - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_15_4_4.wp#a2

nell'ultimo anno, determinando una frequenza più di 300 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. È da sottolineare come il dato penitenziario toscano sia inferiore a quello nazionale, dove nel 2012 si registra una frequenza di tentati suicidi sul totale dei detenuti pari all'1,9%.²¹

Per quanto riguarda il genere, trattandosi di una popolazione costituita per la maggior parte dal genere maschile, abbiamo analizzato le informazioni all'interno dei due gruppi, stessa procedura utilizzata anche nei diversi gruppi etnici.

Entrando nel dettaglio, le donne hanno tentato il suicidio con una frequenza leggermente superiore rispetto agli uomini, rispettivamente dell'1,7% e dell'1,3% (Tabella 2.7), e la fascia di età maggiormente coinvolta è quella compresa fra i 30 e i 49 anni (77% del totale), con una frequenza nell'esecuzione dell'atto pari all'1,7%.

Se si considera il dato relativo al paese di origine, si osserva un'eccedenza di tentati suicidi tra i detenuti provenienti dall'Africa del Nord (2,3%; N=17 su 735 detenuti) e una frequenza inferiore alla media tra i detenuti dell'Europa dell'Est (0,3%; N=2 su 576 detenuti). Gli italiani, con N=19 tentativi raggiungono una prevalenza di 1,2% (N=1.616 detenuti) (Tabella 2.8).

Tutti i detenuti in esame hanno almeno una diagnosi di malattia, di cui il 95% (N=42) ne ha almeno una di tipo psichiatrico, prevalentemente legata al disturbo da dipendenza da alcol o sostanze (70%). L'83% delle persone che hanno tentato il suicidio è sottoposto a terapia di tipo psicofarmacologico (Tabella 2.8).

In relazione al mezzo di esecuzione, più della metà dei tentativi di suicidio è stato messo in atto mediante impiccagione (N=27); altri metodi utilizzati sono stati inalazione di gas (N=7), avvelenamento (N=6) e soffocamento (N=2).

L'altra informazione in nostro possesso riguarda l'autolesionismo.

Purtroppo, ancor più che per il tentato suicidio, in questo caso il dato proveniente dalla popolazione generale è difficilmente reperibile; ci limiteremo pertanto a presentare soltanto il dato inerente alla popolazione detenuta.

Il personale sanitario, nel corso dell'anno 2012, ha registrato 264 atti di autolesionismo compiuti da 204 detenuti (6,1% della popolazione carceraria), determinando un indice di reiterazione di 1,3.

Ancor più che per il tentato suicidio, anche per le condotte autolesive il dato toscano si discosta da quello nazionale, dove la frequenza degli atti di tale natura registrati nel corso del 2012 è del 10,6% sul totale dei detenuti.²²

Analizzando il dato per genere, ancora una volta il genere femminile risulta maggiormente interessato da questo fenomeno con l'11,9% che ha effettuato almeno un'azione autolesiva rispetto al 5,9% degli uomini. (Tabella 2.7). Complessivamente, la fascia di età più interessata risulta quella compresa fra i 30-49 anni (55,5%), ma se si

²¹ DAP. Relazione sulla amministrazione della Giustizia nell'anno 2012.

²² Dipartimento amministrazione penitenziaria, (2012), Relazione sulla amministrazione della Giustizia.

osserva il dato all'interno di ogni singola fascia di età, le autolesioni risultano soprattutto a carico della popolazione giovanile, dove la messa in atto coinvolge ben il 10,4% delle persone con età compresa fra i 18 e i 29 anni rispetto al 5,5% dei 30-49enni. Fra gli over50enni, la pratica si riduce in misura sostanziale (2,2% dei presenti).

Considerando l'area di provenienza dei detenuti autolesionisti, si osserva, conformemente a quanto riportato in letteratura,²³ una prevalenza di stranieri originari dell'Africa del Nord che fanno registrare una frequenza di tali pratiche del 13,6%, più che doppia rispetto alla media osservata nell'intera popolazione (6,3%); come per il tentato suicidio, i detenuti provenienti dall'Europa dell'Est hanno una frequenza piuttosto bassa di tale pratica (3,1%) (Tabella 2.7).

La messa in atto avviene per mezzo di oggetti taglienti (N=177) o attraverso l'ingestione di corpi estranei (N=39).

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. Infatti, mentre fra le persone che hanno tentato un suicidio nessuno è risultato completamente sano, in questo caso ben 13 persone (6,4%) non sembrano presentare alcuna patologia (Tabella 2.9).

Le 191 persone alle quali è stato diagnosticato almeno un disturbo risultano, per il 92% (N=176), affette da malattie della sfera psichica, con un preciso trattamento con psicofarmaci nel 70% di questi (N=173). Il 7,4% (N=15), invece, è affetto da almeno una diagnosi internistica.

Questo lascia supporre che alcuni atti siano eseguiti esclusivamente a scopo dimostrativo (o di richiesta) non presentando la necessità di un preciso inquadramento diagnostico o terapeutico.

Purtroppo, non essendo disponibili i dati riguardanti le conseguenze mediche delle condotte autoaggressive, non siamo in grado di rappresentare il peso che ricoprono sullo stato di salute dei detenuti.

Tabella 2.7

Distribuzione percentuale del tentato suicidio e dell'autolesionismo nella popolazione presente nelle strutture detentive della Toscana il 21/05/2012: analisi per genere

| Azioni | Maschi (N=3.211) | | Femmine (N=118) | | Totale (N=3.329) | |
|------------------|---------------------|-----|--------------------|------|---------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Tentato suicidio | 42 | 1,3 | 2 | 1,7 | 44 | 1,3 |
| Autolesionismo | 190 | 5,9 | 14 | 11,9 | 204 | 6,1 |

²³ Buffa P (2008), Alcune considerazioni sulle condotte auto aggressive poste in essere negli istituti penali italiani (2006-2007). Rassegna penitenziaria criminologica, Vol.3.

Tabella 2.8

Distribuzione percentuale del tentato suicidio e dell'autolesionismo nella popolazione presente nelle strutture detentive della Toscana il 21/05/2012: analisi per Paese di origine

| Azioni | Italia (N=1.616) | | Africa del Nord (N=735) | | Europa dell'Est (N=576) | | Altri Paesi (N=321) | |
|------------------|---------------------|-----|----------------------------|------|----------------------------|-----|------------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Tentato suicidio | 19 | 1,2 | 17 | 2,3 | 2 | 0,3 | 6 | 1,9 |
| Autolesionismo | 74 | 4,6 | 100 | 13,6 | 18 | 3,1 | 12 | 3,7 |

Tabella 2.9

Distribuzione percentuale del tentato suicidio e dell'autolesionismo nella popolazione presente nelle strutture detentive della Toscana il 21/05/2012: analisi per presenza di diagnosi psichiatrica e terapia psicofarmacologica

| Diagnosi psichiatrica | Tentato suicidio (N=44) | | Autolesionismo (N=204) | |
|----------------------------------|----------------------------|------|------------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Almeno una diagnosi psichiatrica | 42 | 95,5 | 176 | 86,3 |
| di cui in trattamento | 35 | 83,3 | 123 | 70,0 |
| Almeno una diagnosi internistica | 2 | 4,5 | 15 | 7,4 |
| Nessuna diagnosi | - | - | 13 | 6,4 |

2.4 Le malattie infettive e parassitarie

Le malattie infettive come lo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV/AIDS), l'epatite da virus C (HCV) e le malattie a trasmissione sessuale sono più frequenti nei detenuti rispetto alla popolazione generale. Nelle carceri dell'Europa occidentale, i detenuti hanno tassi d'infezione da HIV 25 volte più elevate e tassi di infezione da virus C 40 volte superiori rispetto alle medie nazionali²⁴.

Numerosa è anche la letteratura attestante l'associazione fra utilizzo di droghe e malattie infettive, legame che si fa ancora più serrato fra i detenuti, per i quali l'uso di siringhe non sterili rappresenta il principale fattore di rischio per la trasmissione dell'infezione da HIV e per le forme di epatiti da virus²⁵. A questo, come sappiamo, si aggiungono altri fattori di rischio come l'abitudine al tatuaggio e i rapporti sessuali non protetti.²⁶

²⁴ Flühmann P, Wassmer M, Schwendimann R (2012), Structured information exchange on infectious diseases for prisoners, *J Correct Health Care*;18(3):198-209.

²⁵ Jürgens R, Ball A, Verster A (2009), Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison, *Lancet Infect Dis*; **9**: 57-66.

²⁶ Jafa K, McElroy P, Fitzpatrick L, et al. (2009), HIV transmission in a state prison system, 1988-2005, *PLoS One*; **4**: e5416.

Pur conoscendone le cause, studiare l'estensione della trasmissione di queste patologie all'interno del carcere è molto complesso, soprattutto a causa della difficoltà di ottenere diretta evidenza di sierconversione durante la detenzione²⁷. Anche il nostro studio, trattandosi di un'indagine epidemiologica, presenterà solo dati riferiti al periodo indice, non stabilendo il momento del contagio.

Partendo dall'infezione da HIV, una recente revisione sistematica svolta nelle strutture detentive di 75 paesi, mostra una prevalenza di malattia che si attesta sul 10%²⁸ con un'elevata variabilità fra i paesi partecipanti²⁹. Come possiamo osservare dalla Tabella 2.10, tra i detenuti toscani l'1,2% risulta HIV-positivo, valore inferiore non solo al dato internazionale, ma anche a quanto riportato dal recente studio multicentrico svolto in 9 strutture italiane³⁰ attraverso la valutazione sierologica (2,8% osservato nella struttura di Firenze). È chiaro, quindi, che un numero molto elevato di detenuti non è a conoscenza della patologia e, probabilmente, non dando il proprio consenso all'esecuzione dello screening, non solo aggrava la propria condizione clinica, ma diventa un importante fonte di contagio. È da notare che il dato nazionale riguardante la popolazione libera affetta da HIV mostra un tasso d'incidenza dello 0,0055%³¹.

Passando alle infezioni da virus B e C (HBV e HCV), secondo la rilevazione da cartella clinica, l'1,2% della nostra coorte è risultato HBV-positivo (4,2% osservato nella struttura di Firenze) e il 6,9% HCV-positivo (9,6% osservato nella struttura di Firenze).

Il dato riguardante la diffusione dell'HCV appare allarmante, non solo per il ruolo che ricopre fra le malattie infettive (58,3%), ma per l'enorme differenza osservata nella popolazione generale, per la quale il valore (seppur sottostimato) è compreso fra lo 0,13 e il 3,26%³².

Altre due patologie che interessano la popolazione detenuta sono la tubercolosi (TBC) e la sifilide.

Anche se il confronto diretto tra carcere e comunità risulta difficile a causa della diversa metodologia utilizzata nella raccolta dei dati, i detenuti hanno tipicamente un'elevata prevalenza di infezione tubercolare. Negli Stati Uniti, dal 1993 al 2003, il sistema di sorveglianza nazionale ha riportato una prevalenza stimata nelle prigioni federali di 24,9

²⁷ Hammett TM (2006), HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: transmission, burden, and an appropriate response. *Am J Public Health*; 96: 974–78.

²⁸ Dolan K, Kite B, Black E, et al. (2007), for the Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in lowincome and middle-income countries. *Lancet Infect Dis*; 7: 32–41.

²⁹ Christensen PB, Krarup HB, Niesters HG, et al. (2000), Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *Eur J Epidemiol*; 16: 1043–49.

³⁰ Sagnelli A, Agnelli G, Starnini C, et al. (2012), Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*; 16:2142-2146.

³¹ Centro Operativo AIDS, Istituto Superiore di Sanità, 2010.

³² Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, et al. (2013), The burden of liver disease in Europe: A review of available epidemiological data, *Journal of hepatology*; 58: 593-60.

per 100.000 detenuti, a fronte di appena il 6,7 per 100.000 osservato nella popolazione generale. Anche in Europa molti studi hanno riportato alti tassi di infezione tubercolare con una mediana di notifica di 90 casi per 100.000 detenuti (che vanno da 0 a Cipro, a Malta, e Norvegia a 1.167 in Lettonia).

In Toscana, dal 2009 al 2012, i detenuti affetti da TBC sono passati da 13 a 29 (dallo 0,4% allo 0,9% dell'intera popolazione detenuta) mostrando, chiaramente, l'importanza che questa patologia assume anche nel nostro territorio, dove il tasso di notifica per l'intero anno 2011 è di 8,4 x 100.000 abitanti, equivalente allo 0,008% (N=316).

L'incremento possiamo ricondurlo all'alta concentrazione di fattori di rischio per l'infezione tubercolare nelle persone che accedono alle strutture detentive, tra cui ricordiamo l'infezione da HIV, la condizione di tossicodipendenza, il basso status socio-economico e l'essere persone senza fissa dimora che, spesso, non hanno accesso alle strutture sanitarie di base, ma anche alla scarsa ventilazione e al sovraffollamento che tendono a favorire il diffondersi di questa patologia rendendo il carcere un serbatoio di infezione trasmissibile anche alla comunità circostante.

Non meno importante è il diffondersi dell'infezione da *Treponema pallidum* (sifilide) che, secondo un recente studio canadese, coinvolge il 2,4% degli uomini e il 6,1% delle donne detenute.

In Toscana, come per la TBC, si osserva un aumento nel numero di detenuti affetti da sifilide che dal 2009 al 2012 sono passati da 14 a 20 (0,5% vs. 0,6% sul totale dei detenuti). Questo dato, se confrontato con quanto riportato dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC) per gli interi Stati Uniti (nel 2011 il tasso d'incidenza era di 4,5 casi per 100.000 abitanti, equivalenti allo 0,004%), mette in evidenza la condizione di pericolo nella quale vivono le persone detenute.

Come per i disturbi mentali, abbiamo analizzato la diffusione delle malattie infettive e parassitarie nei principali gruppi etnici traendone informazioni interessanti (Tabella 2.11).

Per prima cosa non possiamo non notare l'enorme differenza esistente nell'infezione da HCV, per la quale gli italiani prevalgono sul resto della popolazione (6,78% vs. 2,06% degli est europei e 1,60% dei nord africani). Se torniamo per un attimo a quanto più volte asserito dalla letteratura internazionale, vale a dire la relazione fra infezione da HCV e condizione di tossicodipendenza³³, i dati risultano di difficile interpretazione, dato che i nordafricani appaiono molto più coinvolti dalla dipendenza da sostanze (Tabella 2.5). Per l'HIV, seppur con dati diversi, l'andamento risulta molto simile, mentre per l'infezione da HBV gli est europei mostrano valori più elevati rispetto agli altri detenuti. Una possibile spiegazione, fornitaci da alcuni professionisti che operano nelle strutture detentive, attribuisce a questo fenomeno la maggior reticenza, da parte degli stranieri, di sottoporsi agli screening infettivologici.

33 Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J (2009), Hepatitis C Treatment for Injection Drug Users: A Review of the Available Evidence, *Clinical Infection Disease*; 49 (4):561-573.

Tabella 2.10

Distribuzione percentuale delle malattie infettive e parassitarie nella popolazione presente nelle strutture detentive della Toscana il 21/05/2012: confronto 2012-2009

| Malattie infettive e parassitarie | Anno 2012 | | Anno 2009 | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | Malattie infettive (N=393) | % sul totale delle malattie infettive | % sul totale visitati (N=3.329) | % sul totale visitati (N=2.985) |
| | N | % | % | % |
| Epatite A | 4 | 1,0 | 0,1 | 0,7 |
| Epatite B | 40 | 10,2 | 1,2 | 2,2 |
| Epatite C | 229 | 58,3 | 6,9 | 9,1 |
| Epatite Delta | 2 | 0,5 | 0,1 | 0,1 |
| Altre epatiti | 7 | 1,8 | 0,2 | 0,1 |
| HIV | 39 | 9,9 | 1,2 | 1,4 |
| Condiloma acuminato | 5 | 1,3 | 0,2 | 0,1 |
| Infezioni da Herpes simplex | 2 | 0,5 | 0,1 | 0,2 |
| Infezioni da tricomonas | 6 | 1,5 | 0,2 | 0,1 |
| Micosi della cute e degli annessi cutanei | 5 | 1,3 | 0,2 | 0,4 |
| Scabbia | 3 | 0,8 | 0,1 | 0,1 |
| Sifilide | 20 | 5,1 | 0,6 | 0,5 |
| TBC | 29 | 7,4 | 0,9 | 0,4 |
| Altro | 2 | 0,5 | 0,1 | 0,3 |

Gli esteuropei e i nordafricani, come osservato negli altri paesi, sono maggiormente affetti da TBC. Volendo formulare delle ipotesi che ne spieghino la maggior presenza in queste popolazioni, potremmo dire che le persone provenienti da paesi svantaggiati hanno avuto modo di contattare la malattia durante l'infanzia e, in tali soggetti, è sufficiente un periodo di abbassamento delle difese per sviluppare la malattia conclamata; ma va anche tenuto conto che una percentuale di questi soggetti arriva già infetto dai paesi di origine, dove l'incidenza è molto più alta che in Italia³⁴.

Andamento simile lo osserviamo anche nell'infezione da *Treponema* (sifilide) dove, probabilmente, la minor disponibilità di antibiotici e una minor sorveglianza sanitaria favoriscono la diffusione della malattia nella popolazione.

34 Global tuberculosis report, WHO 2012.

Tabella 2.11
Distribuzione delle patologie infettive nella popolazione detenuta in Toscana il 21/05/2012: analisi per gruppo etnico di appartenenza

| Malattie infettive e parassitarie | Italia | | Africa del Nord | | Europa dell'Est | | Altri Paesi | | Totale | |
|-----------------------------------|--------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|--------|-------------|
| | % | IC95% | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% |
| Epatite C | 6,78 | (5,87-7,69) | 1,60 | (0,82-2,37) | 2,06 | (0,85-3,27) | 0,99 | (0,00-2,11) | 4,78 | (4,18-5,39) |
| Epatite B | 0,58 | (0,31-0,86) | 0,70 | (0,18-1,21) | 2,25 | (0,99-3,51) | 1,32 | (0,03-2,61) | 0,84 | (0,58-1,09) |
| Epatite A | 0,03 | (0,00-0,10) | 0,10 | (0,00-0,30) | 0,19 | (0,00-0,55) | 0,33 | (0,00-0,98) | 0,08 | (0,00-0,17) |
| Epatite Delta | 0,07 | (0,00-0,16) | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,04 | (0,00-0,10) |
| Altre epatiti | 0,10 | (0,00-0,22) | 0,30 | (0,00-0,64) | 0,19 | (0,00-0,55) | 0,00 | - | 0,15 | (0,04-0,26) |
| HIV | 0,96 | (0,61-1,31) | 0,40 | (0,01-0,79) | 0,19 | (0,00-0,55) | 1,65 | (0,21-3,09) | 0,80 | (0,56-1,07) |
| TBC | 0,14 | (0,00-0,27) | 1,20 | (0,52-1,87) | 1,50 | (0,47-2,53) | 1,65 | (0,21-3,09) | 0,61 | (0,39-0,83) |
| Sifilide | 0,17 | (0,02-0,32) | 0,60 | (0,12-1,08) | 0,75 | (0,02-1,48) | 1,65 | (0,21-3,09) | 0,42 | (0,24-0,60) |
| Herpes simplex | 0,03 | (0,00-0,10) | 0,00 | - | 0,19 | (0,00-0,55) | 0,00 | - | 0,04 | (0,00-0,10) |
| Condiloma acuminato | 0,10 | (0,00-0,22) | 0,20 | (0,08-0,48) | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,11 | (0,01-0,20) |
| Tricomonas | 0,10 | (0,00-0,02) | 0,00 | - | 0,56 | (0,00-1,20) | 0,00 | - | 0,13 | (0,03-0,23) |
| Scabbia | 0,00 | - | 0,30 | (0,00-0,64) | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,06 | (0,00-0,13) |
| Micosi | 0,00 | - | 0,20 | (0,00-0,48) | 0,00 | - | 0,99 | (0,00-2,11) | 0,11 | (0,01-0,20) |
| Altro | 0,00 | - | 0,20 | (0,00-0,48) | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,04 | (0,00-0,10) |

Vediamo adesso quante persone che entrano per la prima volta in carcere sono affette da almeno una malattia infettiva (Tabella 2.12). Il numero totale di detenuti affetti da una malattia infettiva è, complessivamente, 371, di cui 54 alla prima detenzione.

Tabella 2.12

Distribuzione percentuale delle malattie infettive e parassitarie nella popolazione presente nelle strutture detentive della Toscana il 21/05/2012: confronto fra detenuti alla prima detenzione e detenuti con precedenti detenzioni

| Malattie infettive | Alla prima detenzione (N=54) | Con precedenti detenzioni (N=317) |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| | % | % |
| Epatite A | 0,0 | 1,3 |
| Epatite B | 13,0 | 10,4 |
| Epatite C | 40,7 | 65,0 |
| Epatite Delta | 0,0 | 0,6 |
| Altre epatiti | 1,9 | 1,9 |
| Condiloma acuminato | 7,4 | 0,3 |
| HIV | 11,1 | 10,4 |
| Infezioni da Herpes simplex | 1,9 | 0,3 |
| Infezioni da tricomonas | 3,7 | 1,3 |
| Micosi della cute e degli annessi cutanei | 3,7 | 0,9 |
| Scabbia | 3,7 | 0,3 |
| Sifilide | 13,0 | 3,8 |

A parte l'infezione da HCV e da virus A, i detenuti alla prima detenzione presentano valori nettamente superiori rispetto a chi ha un curriculum detentivo più lungo.

Questo dato sembra avvalorare la tesi che individua come "malate" le persone che accedono alle strutture, ma fa notare anche che patologie "curabili", come i condilomi, la sifilide e altre infezioni batteriche, risentendo del maggior controllo sanitario presente nel contesto detentivo, si manifestano in misura minore grazie alle cure adottate. Purtroppo, come per le malattie psichiatriche, i nostri risultati potrebbero non essere del tutto attendibili perchè mancanti della variabile "tempo trascorso in struttura".

Nonostante questo, provando a trarre delle conclusioni, non possiamo che rafforzare la necessità di attivare precocemente interventi di prevenzione e di riduzione del danno su una popolazione fortemente a rischio di contrarre e diffondere una malattia infettiva.

2.5 Le altre malattie di tipo internistico

Oltre ai due grandi gruppi di patologie (psichiche e infettive), la popolazione detenuta è affetta da altre importanti malattie di tipo internistico. In questa sezione, pur non entrando nel dettaglio, verranno trattate:

- le malattie dell'apparato digerente;
- le malattie del sistema circolatorio;
- le malattie dell'apparato respiratorio;
- le malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie.

• Le malattie dell'apparato digerente

Fra i grandi gruppi di patologie, i disturbi dell'apparato digerente assumono un ruolo importante rappresentando il secondo gruppo diagnostico con ben 478 persone a cui ne è stata rilevata almeno una.

Come abbiamo detto all'inizio del capitolo, l'indagine 2012 vede una netta diminuzione di questi disturbi che dal 25,4% osservato nel 2009 sono passati al 14,4%. Fra i motivi di questo cambiamento, la minor segnalazione da parte del personale sanitario dei disturbi del cavo orale come patologie da inserire rappresenta sicuramente la causa principale. Questi, infatti, pur mantenendo il loro primato fra i disturbi dell'apparato digerente (51,2%), sono fortemente diminuiti (N=420 nel 2009 vs. N=269 nel 2012) in assenza di cambiamenti nella conformazione del campione e negli stili di vita (permane l'elevato consumo di tabacco e di sostanze psicotrope che risultano addirittura aumentati).

Oltre alle patologie del cavo orale, anche altri disturbi gastrici (esofagiti, gastriti, ulcere duodenali ed epatopatie) sembrano ridursi ma, purtroppo, i dati in nostro possesso non ci permettono di fornire spiegazioni cliniche in grado di sostenere tali modifiche (Tabella 2.13).

Tabella 2.13

Distribuzione percentuale della diffusione di malattie dell'apparato digerente nella popolazione detenuta in Toscana il 21/05/2012: confronto 2012-2009

| Malattie dell'apparato digerente | N | % | % sul totale dei detenuti 2012 (N=3.329) | % sul totale dei detenuti 2009 (N=2.985) |
|--|------------|--------------|--|--|
| Calcolosi della colecisti | 21 | 4,0 | 0,6 | 0,4 |
| Ernia addominale | 32 | 6,1 | 1,0 | 1,8 |
| Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali | 113 | 21,5 | 3,4 | 5,6 |
| Malattia epatica cronica e cirrosi | 45 | 8,6 | 1,4 | 2,2 |
| Malattie del pancreas | 4 | 0,8 | 0,1 | 0,0 |
| Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore | 38 | 7,2 | 1,1 | 1,3 |
| Patologie dei denti e del cavo orale | 269 | 51,2 | 8,1 | 14,1 |
| Altro | 3 | 0,6 | 0,1 | - |
| Totale | 525 | 100,0 | - | - |

- **Le malattie del sistema circolatorio**

Le malattie del sistema circolatorio costituiscono ormai da molti anni la prima causa di morte nei paesi ad alto reddito, a causa sia dell'invecchiamento della popolazione che dell'aumento della prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolari. Molti di questi fattori sono legati agli stili di vita: abitudine al fumo di tabacco, dieta non equilibrata, scarsa attività fisica, sovrappeso e obesità.³⁵ L'ambiente carcerario è tipicamente caratterizzato da un'elevata prevalenza di questi fattori, a causa sia delle condizioni ambientali sfavorevoli che dello stato di deprivazione in cui i detenuti frequentemente versano.

Attualmente, la prevalenza delle malattie cardiovascolari è inferiore nella popolazione carceraria (7,9%) rispetto alla popolazione generale della Toscana (17,2%), come già mostrato nella tabella 2.2, differenza dovuta soprattutto alla diversa distribuzione per età delle due popolazioni, con quella dei detenuti nettamente più giovane rispetto a quella generale. Se si considera però la maggior prevalenza tra i detenuti dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, tra cui il fumo di sigaretta, è ragionevole aspettarsi che in futuro tali patologie avranno una diffusione molto elevata in questa popolazione.

Confrontando i dati dell'ultima rilevazione con quelli del 2009 si può notare una riduzione della diffusione di patologie cardiovascolari dall'11,4% del 2009 al 7,9% del 2012 (Tabella 2.14), mentre osservando le percentuali delle singole diagnosi non si notano grandi differenze nelle prevalenze, se non per la cardiopatia ipertensiva (in aumento nel 2012) e le malattie delle vene e dei vasi linfatici (diminuite rispetto al 2009).

Tabella 2.14

Distribuzione percentuale della diffusione di malattie del sistema circolatorio nella popolazione detenuta in Toscana il 21/05/2012: confronto 2012-2009

| Malattie del sistema circolatorio | N | % | % sul totale dei detenuti 2012 (N=3.329) | % sul totale dei detenuti 2009 (N=2.985) |
|-------------------------------------|-----|------|--|--|
| Aneurisma dell'aorta | 2 | 0,7 | 0,1 | 0,1 |
| Aritmie | 15 | 5,0 | 0,5 | 0,9 |
| Cardiopatia ipertensiva | 43 | 14,4 | 1,3 | 0,4 |
| Cardiopatia ischemica | 42 | 14,1 | 1,3 | 1,8 |
| Ipertensione | 114 | 38,3 | 3,4 | 3,9 |
| Malattie delle vene e dei linfatici | 52 | 17,4 | 1,6 | 3,1 |
| Patologie cerebrovascolari | 8 | 2,7 | 0,2 | 0,3 |
| Patologie valvolari cardiache | 8 | 2,7 | 0,2 | 0,3 |
| Varici esofagee | 1 | 0,3 | 0,0 | 0,3 |
| Altro | 13 | 4,4 | 0,4 | 0,4 |
| Totale | 298 | 100 | - | - |

³⁵ WHO (2011) Global status report on noncommunicable diseases 2010.

- **Le malattie del sistema respiratorio**

Negli ultimi decenni la mortalità attribuibile alle patologie respiratorie è aumentata a livello mondiale³⁶. Come noto, i principali fattori di rischio connessi con l'insorgenza di queste malattie sono il fumo di tabacco, assai diffuso nell'ambiente carcerario, e l'esposizione professionale e ambientale a sostanze nocive o ad inquinanti atmosferici.

La patologia respiratoria maggiormente diffusa nella popolazione carceraria in Toscana è l'asma, con una frequenza dell'1,6%, circa un quarto di quella rilevata nella popolazione generale italiana (6,4%)³⁷. La seconda patologia in ordine di frequenza è la bronchite cronica, riscontrata nell'1,4% dei detenuti toscani; tale dato appare diminuito rispetto al 2009, quando il 2% dei detenuti ne risultava affetto (Tabella 2.15). Come per le patologie del sistema circolatorio, anche le malattie respiratorie risultano percentualmente meno frequenti fra i detenuti (il 5% dei toscani soffre di una patologia respiratoria cronica) e, ancora una volta, sapendo che queste patologie si manifestano prevalentemente in età più avanzate, possiamo attribuire questo fenomeno alla diversa distribuzione demografica delle due popolazioni. È comunque da tener presente che i detenuti, fortemente esposti a fumo di tabacco e ad ambienti solitamente insalubri, si predispongono ad essere in futuro una popolazione altamente soggetta allo sviluppo di questo tipo di affezioni e alla loro cronicizzazione anche dopo la fine del periodo detentivo. Per queste ragioni si rendono opportuni interventi di prevenzione al fine di evitare l'instaurarsi di patologie croniche in età più avanzate.

Tabella 2.15

Distribuzione percentuale della diffusione di malattie dell'apparato respiratorio nella popolazione detenuta in Toscana il 21/05/2012: confronto 2012-2009

| Malattie dell'apparato respiratorio | N | % | % sul totale dei detenuti 2012 (N=3.329) | % sul totale dei detenuti 2009 (N=2.985) |
|--|-----|------|--|--|
| Asma | 54 | 29,8 | 1,6 | 1,6 |
| Bronchite cronica | 45 | 24,9 | 1,4 | 2,0 |
| Deviazione del setto nasale | 26 | 14,4 | 0,8 | 0,5 |
| Malattie acute delle vie respiratorie superiori | 12 | 6,6 | 0,4 | 0,1 |
| Malattie croniche delle vie respiratorie superiori | 16 | 8,8 | 0,5 | 0,6 |
| Pneumotorace | 3 | 1,7 | 0,1 | 0,1 |
| Polmonite | 1 | 0,6 | 0,0 | - |
| Rinite allergica | 21 | 11,6 | 0,6 | 0,6 |
| Altro | 3 | 1,7 | 0,1 | - |
| Totale | 181 | 100 | - | - |

³⁶ Fonte dati: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>. Ultima consultazione 28 maggio 2013.

³⁷ Accordini et al. (2011) Int Arch Allergy Immunol.

- **Le malattie endocrine, del metabolismo e immunitarie**

Fra le principali patologie che compongono questo gruppo troviamo le dislipidemie, il diabete e l'obesità. Queste affezioni rivestono particolare importanza anche nella popolazione generale dove, secondo lo studio Passi 2009, il 24% della popolazione italiana risulta affetto da dislipidemia³⁸.

Tra i detenuti toscani la prevalenza di questa condizione è del 4,5%, peraltro in aumento rispetto ai dati della rilevazione del 2009, differenza in parte spiegabile con la giovane età media della popolazione detenuta in esame. Per quanto riguarda il diabete, nel 2012, la prevalenza osservata in Italia è del 5,5%³⁹ e del 6% in Toscana, dove il valore raggiunge il 15% negli ultra65enni⁴⁰. Tra i detenuti la prevalenza di diabete è inferiore (3,3%) rispetto a quanto osservato nella popolazione generale e stabile dal 2009, ma comunque nettamente più elevata di quella che ci potremmo aspettare in una popolazione con la stessa composizione per età ma in condizione di libertà. Numerosi studi internazionali dimostrano, infatti, come il diabete colpisca maggiormente i gruppi socialmente sfavoriti e meno istruiti, come ad esempio i detenuti, che presentano un rischio aumentato di più del 50% di essere affetti da questa malattia, rispetto a chi possiede un'istruzione più elevata⁴¹.

Un'altra importante condizione riferibile a questo gruppo di patologie è l'obesità, che ha una prevalenza complessiva in Italia del 9,9% e dell'8,5% in Toscana⁴², mentre tra i detenuti toscani risulta essere dell'1,5%. Questo dato, oltre ad essere inferiore al dato medio nazionale, risulta più basso anche del dato relativo alle fasce d'età maggiormente rappresentate tra i detenuti (30-49 anni), nelle quali la prevalenza va dal 4,8 all'11,8%⁴³.

La dislipidemia e l'obesità, così come il diabete, risentono anch'esse di uno stile di vita sedentario e di abitudini alimentari scorrette, rappresentando importanti fattori di rischio per l'insorgenza di patologie cardiovascolari.

³⁸ <http://www.epicentro.iss.it/passi/cardiovascolare09.asp#Ipercolesterolemia>

³⁹ <http://www.epicentro.iss.it/igea/PrimoPiano/prevalenza.asp>

⁴⁰ <https://www.ars.toscana.it/marsupio/macro/>

⁴¹ <http://www.epicentro.iss.it/igea/diabete/dise.asp>

⁴² <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

⁴³ ISTAT, La vita quotidiana nel 2009.

Tabella 2.16

Distribuzione percentuale della diffusione di malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie nella popolazione detenuta in Toscana il 21/05/2012: confronto 2012-2009

| Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie | N | % | % sul totale dei detenuti 2012 (N=3.329) | % sul totale dei detenuti 2009 (N=2.985) |
|--|-----|-------|--|--|
| Diabete di tipo I e II | 110 | 30,0 | 3,3 | 3,3 |
| Dislipidemie | 151 | 41,1 | 4,5 | 3,5 |
| Gotta | 14 | 3,8 | 0,4 | 0,4 |
| Malattie della tiroide | 35 | 9,5 | 1,1 | 0,7 |
| Obesità | 51 | 13,9 | 1,5 | 1,3 |
| Altro | 6 | 1,6 | 0,2 | 0,1 |
| Totale | 367 | 100,0 | | |

Conclusioni

Le conclusioni che possiamo trarre dalla nostra ricerca sono abbastanza preoccupanti.

Ci troviamo di fronte ad una popolazione che, adottando stili di vita fortemente a rischio, non solo ha contratto patologie invalidanti ma, potenzialmente, è portatrice di future malattie croniche.

Tutto ciò, purtroppo, non è una novità. Studi nazionali e internazionali, occupandosi della salute dei detenuti, hanno pubblicato risultati simili ponendo l'accento sulle condizioni di vita in cui queste persone vivono, sottolineando la necessità di mettere in pratica azioni preventive in grado di rendere l'ambiente penitenziario soltanto un luogo in cui scontare una pena giudiziaria.

La nostra Regione, a seguito della riforma emanata nel 2008, ha posto particolare attenzione alla salute di questi cittadini avviando un processo di collaborazione e di dialogo fra le istituzioni che compongono l'intero apparato penitenziario. Certo, il processo è lungo e richiede la modifica di norme giuridiche e la messa in sicurezza degli ambienti ma, indubbiamente, l'attivazione/adozione di protocolli di cura idonei, favorirà un miglioramento dell'intero processo assistenziale riducendo il verificarsi di eventi a volte anche drammatici.

Capitolo 3

Il trattamento farmacologico

Caterina Silvestri

Stefano Bravi

Vega Ceccherini

Ersilia Sinisgalli

Tommaso Tanini

Guglielmo Bonaccorsi

3. Il trattamento farmacologico

Se l'obiettivo del sistema sanitario è quello di promuovere una vita più sana e trattare in modo adeguato le patologie presenti in carcere, la farmacoterapia svolge sicuramente un ruolo importante.

Molte di queste persone sono abituate ad utilizzare droghe illecite allo scopo di curare la propria sintomatologia percepita senza sottoporsi a trattamenti clinici mirati. Per questo motivo, il tempo trascorso in custodia può essere utilizzato anche per incoraggiare i prigionieri a non servirsi di terapie non farmacologiche a scopo curativo.

Se da un lato il farmaco rappresenta un valido aiuto al processo di cura, l'abuso costituisce sicuramente un problema importante, soprattutto in un ambiente confinato come il carcere.

È noto che i detenuti chiedono terapie ansiolitiche o sedative, simulando o accentuando disturbi della sfera psichica, senza pertanto indicazione clinica appropriata, utilizzandoli, in molti casi, ricorrendo a sotterfugi per ritardare o simulare l'assunzione effettiva, facilitati anche dalle modalità indirette attuate in carcere (giro reparto e somministrazione attraverso le sbarre della cella) anche come merce di scambio, fenomeno, questo, in grado di favorire l'insorgere di danni da interazione o da overdose. Alla vendita di farmaci si associa anche l'estorsione attraverso minacce o aggressioni che, oltre a mettere in pericolo la salute della persona a cui erano realmente prescritti, sostiene l'insorgere di atteggiamenti aggressivi.

Vista la pericolosità nell'utilizzo di alcuni principi attivi durante la detenzione, le recenti linee guida inglesi¹, hanno suddiviso i farmaci in tre categorie:

- farmaci non appropriati (*Red Medicines*) in carcere a causa del loro potenziale rischio per la salute se assunti in modo improprio (somministrati soltanto qualora non siano disponibili alternative);
- 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 (vedi benzodiazepine), il danno per l'individuo è inferiore a quanto riscontrato nei farmaci "rossi";
- farmaci di prima scelta (*Green Medications*) in cui il danno legato al sovradosaggio è minimo.

Per fare un esempio, nel caso di un paziente affetto da depressione, le linee guida indicano come principi attivi di prima scelta (*Green*) l'Escitalopram e la Sertralina, in caso di mancato risultato i farmaci di seconda scelta (*Amber*) sono il Trazodone, la Mirtazapina e la Venlafaxina e, solo in casi sporadici o quando non esistono alternative (*Red*), l'Amitriptilina e la Dosulepina.

¹ Royal College of General Practitioners (2011), Safer Prescribing in Prisons. Guidance for clinicians.

Queste informazioni, pur coprendo soltanto alcune grandi categorie diagnostiche e sintomatologiche, offrono un valido spunto di riflessione e ci permettono di fare un confronto con la nostra realtà.

Passiamo, quindi, a illustrare i risultati ottenuti attraverso la nostra rilevazione.

Su 3.329 detenuti coinvolti, 1.704 non assumono alcun farmaco (51,2%) mentre 1.625 ne assumono almeno 1 (48,8%). Se consideriamo che sono 961 i detenuti a cui non è stata attribuita alcuna diagnosi, si evince che 743 persone, pur con una patologia, non assumono nessun trattamento farmacologico.

Non potendo sviluppare singolarmente ogni categoria farmacologica, abbiamo inizialmente suddiviso le terapie in due grandi gruppi, psicotropi e non psicotropi, in modo da fornire un primo quadro generale dei trattamenti intrapresi. In seguito, data l'importanza che ricoprono i disturbi psichici sulla salute dei detenuti, ci soffermeremo soprattutto sul loro trattamento.

Per effettuare questa prima suddivisione, ci siamo avvalsi dell'*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ACT - Sistema di Classificazione Anatomico Terapeutico e Chimico)² che consiste in un sistema di classificazione di tipo alfa-numerico, controllato dall'Organizzazione mondiale della sanità, che suddivide i farmaci in base ad uno schema costituito da 5 livelli gerarchici:

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

La nostra prima suddivisione ha selezionato i farmaci in base al gruppo anatomico principale prendendo i neurologici (N) a confronto con gli altri.

Su 1.625 detenuti ai quali sono stati prescritti farmaci, la maggior parte ne assume più di uno. Dall'analisi per genere si osserva che le femmine utilizzano maggiormente farmaci psicotropi rispetto ai maschi, andamento che s'inverte quando parliamo degli altri principi attivi.

² Consultabile su: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/

Per quanto riguarda l'età, i dati mostrano una distribuzione abbastanza uniforme per la categoria dei farmaci psicotropi (a parte una lieve flessione nella fascia di età 50-69 anni) mentre, come ci aspettavamo, l'uso di farmaci legati a patologie che interessano altri organi (come il sistema circolatorio o respiratorio), cresce all'aumentare dell'età (Tabella 3.1).

Tabella 3.1

Associazione fra prescrizione di farmaci e fattori demografici: analisi per genere ed età

| Genere | Farmaci psicotropi | | Farmaci NON psicotropi | | Totale | |
|------------------|--------------------|-------|------------------------|------|--------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Maschi (N=1.549) | 1800 | 116,2 | 1131 | 73,0 | 3114 | 201,0 |
| Femmine (N=76) | 141 | 185,5 | 42 | 55,3 | 183 | 240,8 |
| Totale (N=1.625) | 1941 | 119,4 | 1173 | 72,2 | 3114 | 191,6 |

| Età | Farmaci psicotropi | | Altri farmaci | | Totale | |
|------------|--------------------|-------|---------------|-------|--------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 18-24 | 163 | 149,5 | 43 | 39,4 | 206 | 189,0 |
| 25-29 | 223 | 132,0 | 66 | 39,1 | 289 | 171,0 |
| 30-39 | 746 | 144,0 | 260 | 50,2 | 1006 | 194,2 |
| 40-49 | 562 | 126,0 | 362 | 81,2 | 924 | 207,2 |
| 50-59 | 169 | 80,5 | 287 | 136,7 | 456 | 217,1 |
| 60-69 | 59 | 72,8 | 126 | 155,6 | 185 | 228,4 |
| 70 e oltre | 19 | 118,8 | 29 | 181,3 | 48 | 300,0 |
| Totale | 1.941 | 125,3 | 1.173 | 75,7 | 3.114 | 201,0 |

Che il consumo di farmaci psicotropi sia più alto rispetto agli altri, è sicuramente spiegato dall'alta prevalenza di malattie psichiche fra i detenuti (41%). È da notare, però, che la categoria ATC Sistema nervoso – (N) è composta anche da farmaci che, pur agendo sul sistema nervoso, non possono essere considerati farmaci associabili ad un disturbo psichiatrico. Per questo motivo, utilizzando i sottolivelli dell'ACT, abbiamo selezionato tre gruppi di farmaci sui quali concentrare le nostre analisi.

I gruppi sono:

- gli antipsicotici (N05A);
- gli ansiolitici (N05B);
- gli antidepressivi (N06A).

Gli antipsicotici (o neurolettici)

Sono utilizzati per il trattamento dei sintomi causati da disturbi mentali di tipo psicotico, schizofrenico, maniaco e da dipendenza di sostanze. Si dividono in due gruppi: gli "antipsicotici tipici" o di prima generazione, che hanno buona efficacia su sintomi positivi e negativi ma con effetti collaterali anche gravi come la sindrome extrapiramidale e l'iperprolattinemia; e gli "antipsicotici atipici" (o di seconda

generazione), che pur avendo pari efficacia sui sintomi negativi e maggiore su quelli positivi, presentano effetti collaterali di tipo prevalentemente metabolico ma con un miglior profilo farmacocinetico.

Nella nostra analisi sui farmaci, sono stati inclusi in questa categoria anche gli “stabilizzatori dell’umore”, che vengono utilizzati per il trattamento del disturbo bipolare. Nella popolazione in studio si utilizza il litio, un farmaco di provata efficacia nel controllo dei disturbi maniaco-depressivi, che ha però vari effetti collaterali e necessita del controllo dei livelli plasmatici.

I detenuti che assumono almeno un antipsicotico sono 309 con 445 farmaci (in media 1,4 farmaci). 228 (51%) sono antipsicotici tipici o di prima generazione, 211 (48%) sono antipsicotici atipici, mentre il litio carbonato (uno stabilizzatore dell’umore) è prescritto in 6 casi (1%) (Tabella 3.2).

Tabella 3.2

Farmaci antipsicotici: analisi per principio attivo e numero di prescrizioni

| Antipsicotici tipici | | Antipsicotici atipici | | Stabilizzatori dell’umore | |
|----------------------|------------------|-----------------------|------------------|---------------------------|----------------|
| Principio attivo | N.Prescrizioni | Principio attivo | N.Prescrizioni | Principio attivo | N.Prescrizioni |
| Promazina | 79 | Quetiapina | 88 | Litio carbonato | 6 |
| Aloperidolo | 51 | Olanzapina | 66 | | |
| Clorpromazina | 50 | Risperidone | 20 | | |
| Levomepromazina | 42 | Aripripazolo | 13 | | |
| Flufenazina | 5 | Clotiapina | 12 | | |
| Levosulpride | 1 | Clozapina | 6 | | |
| | | Amisulpride | 4 | | |
| | | Paliperidone | 2 | | |
| Totale | 228 (51%) | | 221 (48%) | | 6 (1%) |

Le linee guida nazionali e internazionali non indicano una sostanziale differenza di efficacia tra gli antipsicotici tipici e atipici, rimandando al clinico l’opportunità dell’uno rispetto all’altro nel singolo paziente. Ciò su cui pongono attenzione, invece, è il passaggio da una categoria all’altra, che tranne in casi d’intollerabilità viene considerato da evitare, e la polifarmacoterapia, ammessa solo in casi eccezionali (es. passaggio da una categoria all’altra e per breve periodo)³. È comunque da notare che l’utilizzo di due antipsicotici, secondo alcune linee guida, non è esplicitamente controindicato e che di fronte a

³ Sistema Nazionale per le Linee Guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia. Documento 14, ottobre 2007.

patologie gravi, che si esprimono con serie e continuate turbe del comportamento, sono frequenti trattamenti combinati anche nei Servizi territoriali esterni⁴.

Gli ansiolitici

Fra questi, la classe principale è costituita dalle Benzodiazepine, che hanno effetto ansiolitico, ipnotico-sedativo, miorelaxante e antiepilettico. Esistono molte molecole con diversa durata d'azione che ne determina la specificità d'uso. 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.

Ai 515 detenuti che assumono ansiolitici, sono stati prescritti 715 farmaci (con una media di 1,4 farmaci pro capite). Il farmaco principale è la benzodiazepina con 704 prescrizioni (98%), seguito da antistaminici di prima generazione a effetto ansiolitico con 11 prescrizioni (Tabella 3.3).

Tabella 3.3

Farmaci ansiolitici: analisi per principio attivo e numero di prescrizioni

| Benzodiazepine | | Antistaminici 1 ^a generazione | |
|------------------|----------------|--|----------------|
| Principio attivo | N.Prescrizioni | Principio attivo | N.Prescrizioni |
| Lorazepam | 288 | Idrossizina | 11 |
| Diazepam | 266 | | |
| Alprazolam | 73 | | |
| Delorazepam | 67 | | |
| Bromazepam | 5 | | |
| Clordiazepossido | 5 | | |
| Totale | 704 (98%) | | 11 (2%) |

Nonostante siano noti gli effetti di questa classe di farmaci sugli stati d'ansia, sull'agitazione e sulla tensione, è altrettanto nota la dipendenza psicofisica che le benzodiazepine causano, con sintomi di astinenza che possono presentarsi anche dopo brevi periodi (4-6 settimane di uso continuativo). Tali disturbi sono più frequentemente causati dalle benzodiazepine a emivita breve (Lorazepam) e meno frequentemente da quelle a emivita lunga (Diazepam). Per i motivi sopra citati, la somministrazione a soggetti con disturbo di personalità e a persone con storia di abuso di sostanze richiede un'attenta valutazione da parte del clinico⁵.

⁴ Barnes TR, Paton C (2011), Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: benefits and risks, CNS Drugs; 25(5:383-99).
Palcic S, Broussard P, Pettinelli A, et al. (2011), Studio retrospettivo sull'utilizzo di farmaci antipsicotici nel territorio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 «Triestina», Giornale italiano di Farmacia clinica; 25:4.

⁵ Prontuario farmaceutico nazionale - 2005.

Gli antidepressivi

Un'adeguata terapia farmacologica degli stati depressivi è fondamentale, dal momento che una depressione non trattata 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. I *Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors* (SSRI - Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) sono considerati lo standard corrente per il trattamento della depressione, anche perché determinano pochi effetti collaterali di lieve entità. Ugualmente privi di effetti collaterali importanti sono i *Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants* (NaSSA - Antidepressivi noradrenergici e serotoninergici specifici) e gli *Serotonin-Norepinephrine Re-uptake Inhibitors* (SNRI - Inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina). Gli "antidepressivi triciclici" sono utilizzati per il trattamento dei disturbi dell'umore come depressione maggiore, distimia e disturbi bipolari, soprattutto nelle varianti resistenti al trattamento; in molti casi non sono più i farmaci di prima scelta, anche a causa della vasta gamma di effetti collaterali che inducono (sedazione, ipotensione ortostatica, secchezza delle fauci ecc.) ma, in particolare, possono causare aritmie ventricolari, delirio e convulsioni se assunti in overdose. Tra gli "antidepressivi di seconda generazione" è particolarmente utilizzato il Trazodone, in grado di fornire effetti farmacologici già dalla prima settimana di assunzione. Gli effetti collaterali principali del Trazodone sono: sedazione, ipotensione ortostatica, disfunzioni sessuali e, raramente, priapismo.

In questo caso, i pazienti che assumono almeno 1 antidepressivo sono 205 con 247 prescrizioni (in media 1,2 farmaci a testa). Fra i farmaci principalmente prescritti troviamo gli antidepressivi triciclici che rappresentano il 30% dell'intera categoria (N=73) e gli SSRI (N=69; 28%). A questi seguono i NaSSA (N=56; 23%), gli antidepressivi di seconda generazione (N=45, 18%) e, nell'1% (N=4) gli SNRI (Tabella 3.4).

Secondo le linee guida dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA)⁶, gli SSRI presentano un'efficacia paragonabile a quella degli antidepressivi triciclici, anche se la frequenza e gravità di effetti collaterali (letalità virtualmente inesistente in caso di overdose) è minore e con migliore tollerabilità (numero significativamente inferiore di *drop-out*). L'impiego degli SSRI, quindi, può migliorare la disponibilità e la corretta adesione del paziente al trattamento farmacologico, anche se dobbiamo tener presente che esistono alcune indicazioni secondo le quali i triciclici sono di maggiore efficacia nelle forme depressive gravi con caratteristiche melanconiche.

⁶ Linee-guida per la scelta dei farmaci antidepressivi. BIF Mag-Giu 2001 N.3 - AIFA

Tabella 3.4

Farmaci antidepressivi: analisi per principio attivo e numero di prescrizioni

| Antidepressivi triciclici | | SSRI | | NaSSA | |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Principio attivo | N.Prescrizioni | Principio attivo | N.Prescrizioni | Principio attivo | N.Prescrizioni |
| Trimipramina | 39 | Citalopram | 30 | Mirtazapina | 56 |
| Amitriptilina | 30 | Sertralina | 23 | | |
| Clorimipramina | 3 | Paroxetina | 11 | | |
| Imipramina | 1 | Fluoxetina | 3 | | |
| | | Escitalopram | 2 | | |
| Totale | 73 (30%) | | 69 (28%) | | 56 (23%) |
| Antidepressivi 2 ^a generazione | | SNRI | | | |
| Principio attivo | N.Prescrizioni | Principio attivo | N.Prescrizioni | | |
| Trazodone | 45 | Venlafaxina | 3 | | |
| | | Duloxetina | 1 | | |
| Totale | 45 (18%) | | 4 (1%) | | |

Per quanto riguarda il Trazodone, invece, le indicazioni non sono univoche. Alcuni studi, infatti, riportano un'efficacia paragonabile a quella dei triciclici, mentre altri indicano un effetto terapeutico inferiore a quello degli altri antidepressivi, in particolare nelle forme gravi o con rallentamento psicomotorio importante.

Sia i NaSSA che gli SNRI presentano invece un'efficacia paragonabile a quella dei triciclici e degli SSRI.

Se confrontiamo i nostri risultati con quanto descritto nelle recenti linee guida inglesi, si osserva, anche nel nostro caso, una netta prevalenza nell'uso di principi attivi "Green" e "Amber"; mentre, per quanto riguarda la prescrizione di principi attivi "Red" rimandiamo ai clinici la possibile interpretazione del dato.

Prima passare a commentare i dati raccolti, diamo un ultimo sguardo all'associazione fra categoria farmacologica prescritta e disturbo psichiatrico (Tabella 3.5).

Come vediamo, gli ansiolitici vengono somministrati nella maggior parte delle patologie psichiatriche con una netta prevalenza nel disturbo da dipendenza da sostanze e nei disturbi nevrotici e da adattamento. È da rilevare, inoltre, l'elevata prescrizione di antipsicotici e antidepressivi nella categoria dei disturbi da dipendenza che rimanda, probabilmente, all'elevata presenza di detenuti affetti da "doppia diagnosi" (dipendenza da sostanze più altra patologia psichiatrica, con specifico riguardo ai gravi disturbi di personalità con una modalità di espressione della sintomatologia sul versante del disturbo del comportamento. In tal senso, anche il rilievo del 12% di utilizzo degli antipsicotici nei disturbi di personalità gravi conferma questa indicazione terapeutica).

Tabella 3.5

Prescrizione dei farmaci psicotropi nei pazienti affetti da un disturbo psichico: analisi per singola patologia

| Disturbi psichici | Ansiolitici | | Antipsicotici | | Antidepressivi | |
|---------------------------------------|-------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Affettivi psicotici | 60 | 11,7 | 54 | 17,5 | 31 | 15,1 |
| Spettro schizofrenico | 38 | 7,4 | 54 | 17,5 | 9 | 4,4 |
| Comportamento alimentare | 1 | 0,2 | 1 | 0,3 | 2 | 1,0 |
| Personalità e del comportamento | 31 | 6,0 | 37 | 12,0 | 11 | 5,4 |
| Depressivi non psicotici | 13 | 2,5 | 8 | 2,6 | 9 | 4,4 |
| Alcol-correlati | 26 | 5,0 | 10 | 3,2 | 10 | 4,9 |
| Dipendenza da sostanze | 181 | 35,1 | 108 | 35,0 | 72 | 35,1 |
| Organici (senili, presenili ed altri) | 4 | 0,8 | 1 | 0,3 | 5 | 2,4 |
| Nevrotici e reazioni di adattamento | 155 | 30,1 | 33 | 10,7 | 55 | 26,8 |
| Oligofrenie e ritardo mentale | 2 | 0,4 | 3 | 1,0 | 0 | 0,0 |
| Altro | 4 | 0,8 | 0 | 0,0 | 1 | 0,5 |
| Totale | 515 | 100,0 | 309 | 100,0 | 205 | 100,0 |

Abbiamo, infine, analizzato quanti detenuti affetti da una patologia non psichica assumono farmaci psicotropi. Complessivamente sono 99 le persone sottoposte ad un trattamento in assenza di una diagnosi psichica specifica e, nell'80% dei casi, si tratta di un farmaco appartenente alla categoria ansiolitici. Fra i "sani", soltanto 10 persone hanno assunto un farmaco psicotropo e, anche in questo caso, nel 50% si tratta di un ansiolitico.

Conclusioni

Per quanto riguarda la prescrizione di antipsicotici, abbiamo visto che, rispetto alla loro efficacia, le linee guida nazionali e internazionali non indicano particolari differenze fra tipici e atipici; ciò che determina la scelta è legato, in molti casi, alla minor gravità degli effetti collaterali. Nelle strutture detentive, i due gruppi coprono rispettivamente circa il 50% mostrando la mancanza di una vera propensione verso uno di questi. È da tener presente che la scelta del farmaco, nel particolare contesto detentivo, risente anche della modalità di somministrazione prediligendo la forma in soluzione (gocce) oppure oro-disperdibile (come la Olanzapina), al fine di ridurre il più possibile l'accumulo con conseguente rischio di overdose o di spaccio.

Come ulteriore informazione riteniamo opportuno porre l'attenzione sul tema della polifarmacoterapia che, secondo il parere di esperti⁷, dovrebbe restare l'ultima risorsa come opzione di trattamento, dopo il fallimento di monoterapia, switching e combinazioni non-antipsicotiche.

⁷ Associazione italiana psichiatri.

Fra i detenuti che prendono antipsicotici, ogni soggetto ne assume in media 1,4. Per una corretta lettura del dato, è da tener presente l'alta percentuale di pazienti tossicodipendenti che, proprio a causa del loro disturbo, presentano una diversa risposta al trattamento richiedendo, in alcuni casi, l'uso di più farmaci.

Per quanto riguarda la prescrizione di ansiolitici, come abbiamo visto, questi occupano un ruolo importante nella classe dei farmaci psicotropi, nonostante presentino numerose controindicazioni legate all'assuefazione. Abbiamo visto, infatti, che l'uso di ansiolitici è sconsigliato in pazienti tossicodipendenti, dato, questo, che non risulta critico nella nostra rilevazione (Tabella 3.5). Nonostante questo, dobbiamo ricordare che molti pazienti, essendo in trattamento presso il Servizio per le tossicodipendenze (SERT), sono sottoposti a disintossicazione manifestando numerosi sintomi psichici, come l'insonnia, che possono richiedere un trattamento farmacologico con ansiolitici. Per quanto riguarda la scelta del principio attivo, come per gli antipsicotici, probabilmente i clinici propendono per il Diazepam e il Lorazepam perché somministrabili in gocce e quindi maggiormente controllabili.

È utile sottolineare che i pazienti tossicodipendenti che hanno sviluppato una dipendenza da ansiolitici a seguito di prolungati trattamenti devono essere assunti in cura dal SERT e ricevere un programma di progressivo scalaggio di tali farmaci, salvo ci sia una specifica indicazione per una patologia psichica.

La prescrizione di antidepressivi, infine, non mostra una netta propensione, da parte dei medici, nella prescrizione di SSRI piuttosto che di triciclici, aspetto, questo, che risulta più marcato nella popolazione generale.

Essendo, il nostro, uno studio epidemiologico, non ha certo l'obiettivo di valutare il trattamento farmacologico prescritto ai detenuti; ciò che però 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.

Capitolo 4

I minori detenuti

Caterina Silvestri

Stefano Bravi

4. I minori detenuti

4.1 Caratteristiche generali

Sul territorio nazionale sono presenti 17 strutture per minori, con una presenza media giornaliera di 531 ragazzi (ingressi stabili al 30 giugno 2012, N=667)¹. Prendendo come riferimento lo stesso periodo, la popolazione risulta prevalentemente maschile (590 maschi vs. 77 femmine) e per il 47,5% 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 fra le femmine (83,1%; N=64) rispetto ai maschi (37,9%; N=253).

In Toscana sono 2 le strutture detentive per minori:

- l'Istituto penale per minorenni di Firenze (maschile)
- l'Istituto penale per minorenni di Pontremoli (femminile).

Il primo, dotato di un Centro di prima accoglienza, ospita anche minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento fino all'udienza di convalida che deve aver luogo entro le prime 96 ore dall'arresto; mentre il secondo, inaugurato nel 2011, pur ricadendo sotto la competenza territoriale del Centro per la giustizia minorile (CGM) di Torino, accoglie le detenute minorenni del Centro- e Norditalia alleggerendo il cronico sovraffollamento di alcune strutture femminili e favorendo il reinserimento sociale delle minorenni.

L'esiguità numerica dei detenuti minorenni ci ha spinto a modificare il protocollo di ricerca che, contrariamente a quanto previsto per la popolazione adulta, vede l'arruolamento di tutti i ragazzi che accedono alle strutture nel periodo indice (dal 21/05/2012 al 21/09/2012).

Complessivamente, quindi, la nostra popolazione è composta da 78 ragazzi (51 maschi e 27 femmine) con un'età media di 16,5 anni (Tabella 4.1). Nonostante l'età media si mantenga stabile, si osserva una netta diminuzione nella presenza di ragazzi con età superiore ai 18 anni, che erano 7 nel 2009 mentre, attualmente, sono soltanto 2.

¹ Fonte: Dipartimento amministrazione penitenziaria http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?facetNode_1=3_1_7&facetNode_3=2_4&facetNode_2=1_5_29&previousPage=mg_1_14&contentId=SST802213 (ultimo accesso, 29 maggio 2013).

Tabella 4.1

Distribuzione per età e genere della popolazione minorile detenuta

| Età certificata o dichiarata | Maschio | | Femmina | | Totale | |
|------------------------------|---------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 13 | 0 | 0,0 | 1 | 3,7 | 1 | 1,3 |
| 14 | 1 | 2,0 | 3 | 11,1 | 4 | 5,1 |
| 15 | 1 | 2,0 | 4 | 14,8 | 5 | 6,4 |
| 16 | 9 | 17,6 | 9 | 33,3 | 18 | 23,1 |
| 17 | 31 | 60,8 | 7 | 25,9 | 38 | 48,7 |
| 18 | 8 | 15,7 | 2 | 7,4 | 10 | 12,8 |
| 19 | 0 | 0,0 | 1 | 3,7 | 1 | 1,3 |
| 20 | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,3 |
| Totale | 51 | 100,0 | 27 | 100,0 | 78 | 100,0 |
| Età media | 16,9 | | 16,0 | | 16,5 | |

La caratterizzazione per paese di origine vede il prevalere degli esturopei (37,7%) che, fra le femmine, rappresentano addirittura il 92,3% (purtroppo non sempre gli operatori hanno inserito questa informazione, pertanto il dato può non essere del tutto attendibile). Fra i maschi, visto il minor numero di dati mancanti, la distribuzione appare più uniforme con un numero lievemente superiore di nordafricani rispetto agli gruppi etnici (Tabella 4.2).

Tabella 4.2

Distribuzione dei paesi di provenienza per genere

| Nazionalità | Maschio | | Femmina | | Totale | |
|-----------------|---------|------|---------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Italia | 17 | 35,4 | 1 | 7,7 | 18 | 29,5 |
| Africa del Nord | 19 | 39,6 | 0 | 0,0 | 19 | 31,1 |
| Europa dell'Est | 11 | 22,9 | 12 | 92,3 | 23 | 37,7 |
| Altro | 1 | 2,1 | 0 | 0,0 | 1 | 1,6 |
| Totale | 48 | 100 | 13 | 100 | 61 | 100 |
| Sconosciuta | 3 | | 14 | | 17 | |

Il livello scolastico è molto basso, con ben il 50% che non ha conseguito alcun titolo di studio, nonostante non ci siano ragazzi di età inferiore ai 13 anni (Tabella 4.3). Rispetto ai coetanei liberi, dove nella stessa fascia di età non sono presenti ragazzi senza alcun titolo di studio, questi minori sembrano sfuggire al controllo sociale vivendo, spesso, in un grave stato di abbandono non solo familiare ma anche istituzionale.

Tabella 4.3

Distribuzione del titolo di studio per genere: confronto fra popolazione detenuta e popolazione toscana libera della stessa fascia di età

| Titolo di studio | Maschio | | Femmina | | Totale | | Popolazione toscana 13-18aa* | |
|--------------------|---------|-------|---------|-------|--------|-------|------------------------------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Nessun titolo | 21 | 44,7 | 8 | 72,7 | 29 | 50,0 | 0 | 0 |
| Licenza elementare | 9 | 19,1 | 2 | 18,2 | 11 | 19,0 | 38.184 | 23,4 |
| Licenza media | 17 | 36,2 | 1 | 9,1 | 18 | 31,0 | 125.213 | 76,6 |
| Totale | 47 | 100,0 | 11 | 100,0 | 58 | 100,0 | 163.397 | 100,0 |
| Sconosciuta | 4 | | 16 | | 20 | | | |

* Fonte: ISTAT Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2011.

4.2 La salute dei minori

Passiamo ad illustrare le principali patologie da cui risultano affetti, trattando queste informazioni soprattutto dal punto di vista delle conseguenze che da queste scaturiscono.

Su 78 ragazzi, 30 presentano almeno un disturbo (38,5%). Come mostra la Tabella 4.4 le patologie principali fanno parte del grande gruppo delle malattie mentali con una netta prevalenza dei disturbi da dipendenza da sostanze, che sull'intera popolazione detenuta coinvolgono ben il 23,1% dei ragazzi.

Nonostante vi siano validi studi sul tema dell'uso di sostanze 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. Pertanto, pur consapevoli che la realtà italiana si discosta da quella di altri paesi, abbiamo provato a confrontare i nostri risultati con quanto presente in letteratura. Secondo un recente studio svolto dal National Center for Mental Health and Juvenile Justice², il 46,2% dei ragazzi detenuti è affetto da un disturbo da dipendenza da sostanze, valore che sale all'85% se prendiamo in considerazione soltanto l'utilizzo³. Nonostante il dato toscano risulti inferiore ad altre realtà, l'immagine che ne ricaviamo 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 devianti⁴, che vanno a sommarsi ai rischi infettivi, o di altra natura, connessi all'assunzione di droghe.

² Shufelt JL, Cocozza JJ (2006), Youth with mental health disorders in the juvenile justice system: results from the multi-state prevalence study, Research and Program Brief. Consultabile su: www.ncmhjj.com/pdfs/publications/PrevalenceRPB.pdf. Ultimo accesso: 30 maggio 2013.

³ Sedlak AJ, McPherson KS (2010), Youth's needs and services, OJJDP Juvenile Justice Bulletin:10 –11. Consultabile su: www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/227728.pdf. Ultimo accesso: 30 maggio 2013.

⁴ Health Care for Youth in the Juvenile Justice System (2011), Pediatrics; 128:1219-1234.

Come ci aspettavamo, se si esclude il disagio psichico, questi ragazzi presentano soprattutto patologie legate ad un cattivo igiene personale, anche se è importante sottolineare che uno di loro è affetto da sifilide.

Tabella 4.4

Distribuzione percentuale delle patologie presenti nella popolazione detenuta presso le strutture minorili: analisi per genere

| Diagnosi | Maschio | | Femmina | | Totale malati (N=30) | | Totale detenuti (N=78) |
|---|---------|-------|---------|-------|----------------------|-------|------------------------|
| | N | % | N | % | N | % | % |
| Disturbi affettivi psicotici | 1 | 4,3 | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1,3 |
| Disturbi mentali alcol-correlati | 1 | 4,3 | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1,3 |
| Disturbi mentali da dipendenza da sostanze | 18 | 78,3 | 0 | 0,0 | 18 | 60,0 | 23,1 |
| Psicosi affettive | 2 | 8,7 | 0 | 0,0 | 2 | 6,7 | 2,6 |
| Reazione di adattamento | 0 | 0,0 | 1 | 14,3 | 1 | 3,3 | 1,3 |
| Diabete mellito | 0 | 0,0 | 1 | 14,3 | 1 | 3,3 | 1,3 |
| Pediculosi e ftiriasi | 0 | 0,0 | 2 | 28,6 | 2 | 6,7 | 2,6 |
| Scabbia | 0 | 0,0 | 2 | 28,6 | 2 | 6,7 | 2,6 |
| Sifilide | 1 | 4,3 | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1,3 |
| Complicanze della gravidanza, parto e puerperio | 0 | 0,0 | 1 | 14,3 | 1 | 3,3 | 1,3 |
| Totale | 23 | 100,0 | 7 | 100,0 | 30 | 100,0 | - |

Come per gli adulti, anche per la popolazione minorile lo studio prevedeva la rilevazione dei gesti di autolesione o autosoppressivi. Purtroppo, in questo caso, l'elevato numero di dati mancanti non ci permette di svolgere un'analisi accurata. Ciò che possiamo riportare, indipendentemente dal valore epidemiologico dell'informazione, sono i gesti compiuti e le modalità utilizzate.

Tra le femmine, sia provenienti dal Centro di prima accoglienza di Firenze che presenti presso la struttura di Pontremoli, tre ragazze hanno messo in atto gesti autolesivi utilizzando oggetti taglienti o ingerendo corpi estranei, mentre una detenuta ha tentato il suicidio due volte attraverso l'avvelenamento e il soffocamento.

Per l'istituto maschile non abbiamo i dati a disposizione.

Conclusioni

Ancor più che nella popolazione adulta, l'analisi svolta sui detenuti minorenni presenti nelle strutture toscane mette in risalto la necessità di intervenire con azioni volte a favorire il recupero sociale di questi ragazzi. 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 da sostanze, 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. La cura di questi ragazzi rappresenta la vera sfida del sistema sanitario.

I precedenti numeri della collana dei Documenti ARS

- 70) *Il reprocessing in endoscopia digestiva: criticità e strumenti per la sicurezza del percorso* (febbraio 2013)
- 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)
- 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 SApErE - 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 SAPER - 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 RI-PO-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 SApErE - 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)
Ossevatorio di Epidemiologia
- 3) *La Neurochirurgia in Toscana* (aprile 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 2) *La Cardiochirurgia in Toscana - I* (dicembre 2002)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 1) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana* (settembre 2002)
Ossevatorio di Epidemiologia