

**ME.D.I.C.S. - Mentally Disturbed Inmates Care and Support -
JUST/2013/JPEN/AG/4521**

Il disagio psichico in carcere
***Crossing data analysis* di variabili socio-anagrafiche, cliniche e
giuridiche**

A cura del Prof. Emilio Santoro e del Dott. Giuseppe Caputo
Università degli studi di Firenze

1. Stato dell'arte e letteratura

Il *Bureau of Justice Statistics* degli Stati Uniti in uno *Special Report* del 2006 pubblicava uno studio che rilevava che 4 detenuti su 10 delle prigioni locali e 3 su 10 in quelle statali e federali avevano sintomi di un disordine mentale. Il tasso di detenuti affetti da disagio psichico o malattia mentale rilevato nelle prigioni statunitensi era 3 volte superiore a quello della popolazione libera. Molti dei detenuti vivevano una condizione di disagio psichico come manifestazione adattiva all'ambiente carcerario, mentre altri erano affetti da una patologia prima dell'ingresso in carcere. Lo studio consentiva all'amministrazione penitenziaria di individuare i fattori patogeni del contesto penitenziario e di pianificare strategie volte al loro contenimento con interventi strutturali sugli ambienti ed i regimi carcerari. Uno studio prodotto dal *Prison reform trust* relativo agli istituti penitenziari inglesi ha confermato che molti detenuti avevano manifestato disturbi o malattia mentale prima dell'ingresso in carcere. (K. Edgar, D. Rickford 2009). Altri hanno invece sottolineato il ruolo svolto dall'ambiente e dai regimi detentivi nel manifestare sintomi di disturbi preesistenti (Hochstetler, A.L., Murphy, D.S. & Simons, R.L. 2004). Altri ancora hanno sottolineato il ruolo del penitenziario come fattore patogeno primario per talune patologie che sono considerate tipiche della detenzione (Cohen, S. & Taylor 1972; I. Donnell, I, K. Edgar 1998; K. Edgar, 2005; J. L. Ireland, 2000). Haney ha, invece, sottolineato l'importanza della continuità terapeutica per ridurre l'impatto della carcerazione per i detenuti con e senza pregressa storia di disagio psichico (C. Haney, 2001).

In Italia uno dei primi sistematici tentativi di colmare il gap in materia conoscenza dello stato di salute della popolazione detenuta, è stato effettuato dallo studio condotto da Vincenzo de Donatis e Orlando Sagulo per conto dell'amministrazione penitenziaria (V. De Donatis, O. Sagulo 2007). Sulla base di schede di rilevazione dello stato di salute di 63.339 detenuti raccolte tra aprile 2004 e 2005, gli stati patologici più frequenti sono: 21,5%

tossicodipendenza, 15,3% deficit della masticazione, 13% malattie osteo-articolari, 10,9% malattie epato-biliari, 10% depressione, 9,8% malattie gastrointestinali, 7,7% malattie infettive (escluso HIV), 7,1% malattie mentali (esclusa depressione), 6,4% malattie respiratorie, ecc. Lo studio tentava colmare il *gap* di conoscenza delle reali condizioni di salute dei detenuti e i risultati erano allarmanti. In particolare per quanto riguarda la malattia mentale: dallo studio risulta che circa 1 detenuto su 20 soffre di disturbi mentali (esclusa la depressione).

Di recente la Regione Toscana ha pubblicato uno studio relativo allo stato di salute dei detenuti in toscana (2012), che include dati anche relativi alla stato di salute psichica dei detenuti, ma senza che questa venga messa in relazione con i dati relativi alla posizione giuridica ed alla condizione socio-anagrafica. Nel 2014 uno studio multicentrico condotto dal Ministero della salute in sei regioni italiane (2015) ha rappresentato il primo tentativo di colmare il gap di conoscenza in materia, ma anche in tale caso viene fornita una analisi dei dati giuridici del campione analizzato

Esiste, invece, una abbondante letteratura internazionale (citata in appendice), in particolare medico-infettivologica, che ha avuto ad oggetto la prevalenza e la cura della malattie infettive sulla popolazione detenuta.

2. Obiettivi del progetto di ricerca

La ricerca ha ad oggetto la prevalenza del disagio psichico e delle patologie psichiche nei detenuti della Casa circondariale Dozza di Bologna, nel carcere le Vallette di Torino e Pagliarelli di Palermo. La detenzione in carcere può assumere significati molteplici rispetto al fenomeno del disagio psichico e della malattia mentale. Essa può, infatti, fungere da amplificatore di disturbi psichici preesistenti oppure fattore scatenante di essi a causa dei molteplici traumi che inevitabilmente colpiscono chi fa ingresso in carcere. Alla luce di tale considerazione la presente ricerca si è posta un obiettivo duplice:

- 1) verificare lo stato di salute psichica dei detenuti reclusi negli istituti di Bologna, Torino e Palermo, mediante la raccolta di dati relativi alle diagnosi ed alle prese in carico effettuate dal servizio sanitario all'interno degli istituti;
- 2) mettere in relazione la condizione di salute mentale con alcune variabili essenziali della condizione socio-anagrafica e della posizione giuridica, al fine di misurare la frequenza e la distribuzione delle patologie tipiche dell'ambiente penitenziario nella popolazione detenuta;

Si è così realizzato una fotografia dello stato di salute psichica dei detenuti e verificata la prevalenza nelle patologie tipiche dell'ambiente detentivo di variabili relative alle caratteristiche socio-anagrafiche ed alla posizione giuridica. In relazione alle caratteristiche socio-anagrafiche si è verificato l'incidenza di variabili quali età, sesso, nazionalità e condizione socio-familiare. In relazione alla posizione giuridica la frequenza del disagio o della malattia a seconda di variabili quali la durata della detenzione, la condizione giuridica attuale e la storia detentiva pregressa.

Tale approccio al fenomeno del disagio psichico in carcere consente una diversificazione delle strategie di intervento da parte dell'amministrazione penitenziaria. Esso consente, infatti, l'individuazione della prevalenza dei fattori patogeni tipici del contesto penitenziario ed il loro contenimento da realizzarsi con interventi strutturali sugli ambienti ed i regimi carcerari. Inoltre, la conoscenza dello stato di salute dei reclusi consente di individuare le migliori modalità volte all'intensificazione dei rapporti tra servizi sanitari dentro e fuori dal carcere. Non è un caso, infatti, che la continuità terapeutica sia all'ingresso che all'uscita dal carcere venga considerata dalle Regole penitenziarie europee del 2006 lo strumento principale d'intervento per la corretta presa in carico del disagio psichico e della malattia mentale.

Il progetto ha realizzato uno studio osservazionale trasversale retrospettivo sulla prevalenza nei detenuti di disagio e/o patologie psichiche. L'obiettivo era quello di verificare quale fosse lo stato di salute dei detenuti e analizzare la

frequenza e la distribuzione delle patologie tipiche dell'ambiente detentivo, mediante un *crossing data analysis* di variabili socio-anagrafiche, cliniche e giuridiche.

- 1) L'indagine si poneva come primo obiettivo quello di conoscere il numero detenuti noti come portatori di forme di disagio psichico o malattia mentale. Si prevedeva di rilevare, per l'intera popolazione detenuta nei tre istituti ad un dato giorno, le diagnosi e gli eventuali programmi di presa in carico prodotti dai servizi all'interno degli istituti penitenziari. Per ciascuno dei detenuti che sono risultati avere una diagnosi rientrante nell'area 10 (disturbi comportamentali e psichici) il Servizio sanitario ha estratto dal database Sisp dati relativi alla diagnosi ed alla presa in carico effettuata dai servizi in carcere.
- 2) *condizione socio-anagrafica e giuridica*. Per verificare la frequenza delle forme di disagio o malattia a seconda della condizione socio-anagrafica e giuridica, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, per ciascuno dei detenuti per i quali è risultata una diagnosi, ha estratto dal database Afis i dati in suo possesso relativi alla posizione giuridica e socio anagrafica.

In una prima fase del progetto era previsto, dunque, per i detenuti presenti nei tre istituti ad una determinata data del 2015, l'estrazione dal database del Servizio sanitario Sisp dei dati relativi allo stato di salute dei detenuti per i quali risultava una diagnosi rientrante nell'Area 10. In un secondo momento, per i detenuti per i quali fosse risultata una diagnosi di estrarre dal database dell'Amministrazione penitenziaria Afis i dati relativi alla condizione socio-anagrafica e giuridica. L'incrocio dei dati provenienti dai due database è stato effettuato in forma del tutto anonima dall'unità di ricerca dell'Università di Firenze.

3. Metodologia ricerca e dati raccolti

1- Estrazione dati relativi allo stato di salute

Il servizio Sanitario regionale, per ciascun detenuto per il quale risulterà una diagnosi rientrante nell'area 10 (disturbi comportamentali e psichici) ha fornito i seguenti dati:

- 1) Anagrafica: età, sesso, nazionalità, città di residenza
- 2) noto o meno al servizio
- 3) diagnosi: patologia
- 4) diagnosi: data inizio diagnosi
- 5) diagnosi: data guarigione
- 6) dipendenza: patologia
- 7) dipendenza: data inizio diagnosi
- 8) dipendenza: data guarigione
- 9) Dichiarazioni di abuso di sostanze: data dichiarazione abuso di sostanze, tipo di abuso (Alcol, Droghe, Farmaci, Tabacco, Altro)
- 10) Esami infettivologici: Esito prestazione (qualità), Esito prestazione (quantità), Data Prescrizione (qualità), Data Prescrizione (quantità)
- 11) Eventi critici: tipo di evento critico, Data Inizio Evento, Data Fine Evento
- 12) PAI (Piano Assistenziale Individuale): Data PAI, Esito proposta, Visita Periodica, Programmazione verifiche
- 13) Prima visita: Data inizio prima visita, Data fine prima visita, Esito prima visita
- 14) Scioperi (fame, sete, terapia): Data inizio sciopero, Data fine sciopero, Tipologia sciopero, Motivazione
- 15) Terapie farmacologiche: Data fine somministrazione, Principio attivo, Farmaco, Data prescrizione
- 16) Visite specialistiche: Prestazione, Tipo esito, Priorità, Data prescrizione
- 17) Visite personalizzate: Prestazione, Tipo prestazione, Branca, Tipo esito, Priorità, Data prescrizione

Con riferimento alle diagnosi, l'indagine riguarda l'Area 10 (disturbi comportamentali e psichici):

(F00-F09) Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici

(F10-F19) Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:

F11 - Uso di oppioidi

F14 - Uso di cocaina

F10 - Uso di alcol

F12 - Uso di cannabinoidi

F19 - Uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive

F13 - Uso di sedativi o ipnotici

F17 - Uso di tabacco

F15 - Uso di altri stimolanti

F16 - Uso di allucinogeni

(F20-F29) Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti

(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)

(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi

(F50-F59) Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici

(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto

(F70-F79) Ritardo mentale

(F90-F98) Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

(F99) Disturbo mentale non specificato

2. Estrazione dati relativi alla condizione socio-anagrafica e giuridica

Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, ha estratto per ciascuno dei detenuti, dal database Afis i seguenti dati:

- 1) Posizione giuridica (in attesa di giudizio, condanna in primo grado, appellante, ricorrente in cassazione, definitivo, posizione giuridica mista)
- 2) Tipo di reato
- 3) Inizio detenzione
- 4) Durata detenzione

- 5) Detenzioni pregresse: date ingresso e uscita, durata, tipologie reati
- 6) Contatti familiari all'interno del carcere: colloqui telefonici, colloqui visivi con familiari e/o terze persone.

3. Data crossing e anonimizzazione dei dati

L'incrocio dei dati provenienti dai due database è stato effettuato dall'unità di ricerca dell'Università di Firenze. La procedura per il *data crossing* non prevede alcuno scambio di dati sensibili tra le due amministrazioni interessate. La procedura si è articolata nei seguenti step:

- 1) Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) ha comunicato alla ASL l'elenco nominativo dei detenuti reclusi ad una determinata data. Ogni nominativo era accompagnato da un codice alfanumerico per la successiva anonimizzazione. La comunicazione dell'elenco aveva il solo scopo di linkare il nominativo al codice alfanumerico, i nomi delle persone reclusi erano infatti già note alla ASL che li ha in carico ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.
- 2) Il Dap ha trasmesso in forma anonima al team incaricato della ricerca le schede di rilevazione relative alla posizione giuridica e socio-anagrafica.
- 3) Il Servizio sanitario regionale per ciascuno dei detenuti che sono risultati avere una diagnosi rientrante nell'area 10 (disturbi comportamentali e psichici) ha prodotto le schede di rilevazione dei dati alle quali erano associati i relativi codici alfanumerici e resi in forma completamente anonima all'unità di ricerca.
- 4) Il team di ricerca dopo aver ricevuto dalla Dap e dalla ASL le schede di rilevazione già anonimizzate ed accompagnate dal solo codice alfanumerico ha effettuato il *data crossing* dei dati.
- 5) Una volta effettuato il data crossing, lo sperimentatore ha estratto le sole schede dei detenuti che sono risultati noti al Servizio sanitario regionale come portatori di disturbi psichici. A tale campione è stato assegnato un nuovo codice alfanumerico per evitare che nella fase di analisi dei dati le schede potessero risultare identificabili.

4. Criticità per l'attuazione della di ricerca

La prima fase della ricerca è stata dedicata all'elaborazione di un protocollo per la raccolta e l'elaborazione dei dati che fosse condiviso anche dai Servizi sanitari regionali coinvolti nel progetto. Fino a pochissimi anni fa non esisteva una cartella clinica digitale per l'archiviazione dei dati clinici dei detenuti e, inoltre, la classificazione e l'inserimento degli stessi nei database esistenti poteva variare sensibilmente da regione a regione e talvolta anche da istituto a istituto. Per tale ragione, il protocollo di ricerca è stato elaborato insieme ai referenti dell'area carcere della Sanità dell'Emilia Romagna che è la regione più avanti nel processo di digitalizzazione e sistematizzazione delle cartelle cliniche dei detenuti, con l'intenzione di utilizzarlo nelle altre due regioni coinvolte nel progetto: Sicilia e Piemonte.

Dopo una serie di incontri con i referenti della regione Emilia Romagna, è emerso che il processo di digitalizzazione è ancora *in fieri* e siamo stati costretti a limitare alcuni degli obiettivi iniziali del progetto. Infatti, nella prima versione del protocollo di ricerca avevamo proposto al Servizio sanitario di raccogliere i dati relativi allo stato di salute psichica dei detenuti dalle cartelle cliniche digitali elaborate dai servizi sanitari in carcere e, per lo stesso campione, anche da quelle eventualmente redatte prima dell'ingresso in carcere dai Dipartimenti di salute mentale (Dsm) e dai servizi per le tossicodipendenze (Sert). L'obiettivo era di verificare se il disagio psichico fosse un precipitato di una condizione preesistente alla detenzione o se fosse, piuttosto, una reazione adattiva all'ambiente carcerario. Questo tipo di indagine avrebbe richiesto l'accesso ad una pluralità di database che non sono stati unificati e che sono sostanzialmente gestiti in autonomia dalle diverse aziende sanitarie locali. Sarebbe stato necessario, dunque, un coinvolgimento nel protocollo di tutte le aziende sanitarie locali. Dopo alcuni tentativi, è emersa la consapevolezza che questo avrebbe dilatato i tempi della ricerca e non avrebbe consentito di raccogliere i dati richiesti entro la fine del progetto di ricerca. Per tale ragione gli obiettivi e la metodologia della ricerca sono stati

rielaborati nella forma descritta nel paragrafo dedicato alla metodologia di ricerca.

Una ulteriore criticità è stata rappresentata dalla necessità di elaborare un protocollo per la raccolta e l'elaborazione dei dati che rispettasse i principi e delle regole in materia di privacy. Il protocollo elaborato contiene, infatti, una serie di accortezze metodologiche per l'elaborazione dei dati in forma del tutto anonima e senza alcuna trasmissione di dati tra le due amministrazioni coinvolte (Asl e amministrazione penitenziaria). Il protocollo è stato sottoposto a valutazione del Comitato di bioetica di Imola-Bologna che lo ha valutato positivamente.

L'approvazione del protocollo da parte del Comitato di bioetica costituisce un precedente molto importante per la realizzazione di future ricerche nel settore. Si tratta in effetti della prima ricerca che unisce l'analisi di dati giuridici e di dati sanitari mai condotta in Italia.

La ricerca prevedeva che lo stesso tipo di indagine venisse condotta negli Istituti principali delle tre regioni oggetto di indagine, Emilia Romagna, Sicilia e Piemonte. A causa della mancata collaborazione dei servizi sanitari di Sicilia e Piemonte, però, è stata limitata alla sola Emilia Romagna. Abbiamo avuto due incontri con il Dott. Faillace della Regione Sicilia, purtroppo la disponibilità a collaborare alla ricerca non si è però concretizzata, nonostante i numerosi solleciti e colloqui telefonici. Per quanto riguarda la Regione Piemonte, l'iniziale disponibilità del Servizio sanitario dimostrata nel corso del primo incontro di presentazione del progetto, si è trasformata in un diniego formale a collaborare, dopo che i dirigenti del servizio sono stati sostituiti a circa metà del percorso di ricerca. A nulla è valso ogni tentativo di dialogo e mediazione tentato anche da dirigenti dell'amministrazione penitenziaria della regione Piemonte.

5. Il campione selezionato

Il campione selezionato è composto dai detenuti presenti al 31/12/2015 che hanno avuto una diagnosi di disagio psichico legata o meno al consumo di stupefacenti. Alla data indicata è risultato che su un totale di 735 detenuti, ben 257 avevano avuto una diagnosi del genere (grafico 1). Nella gran parte dei casi si tratta, però, di disagio psichico legato al consumo di alcool o sostanze stupefacenti (grafico 2): 193 su 257 ricadono in questa diagnosi, mentre solo 57 hanno una diagnosi di solo disagio psichico e 7 una doppia diagnosi. Passando ad analizzare la distribuzione della tipologia di disturbo all'interno del campione si rileva che il 75% dei casi si tratta di diagnosi legate al consumo di sostanze e/o alcool, il 22% diagnosi di disturbo psichico e solo il 3% si ha una doppia diagnosi.

Grafico 1

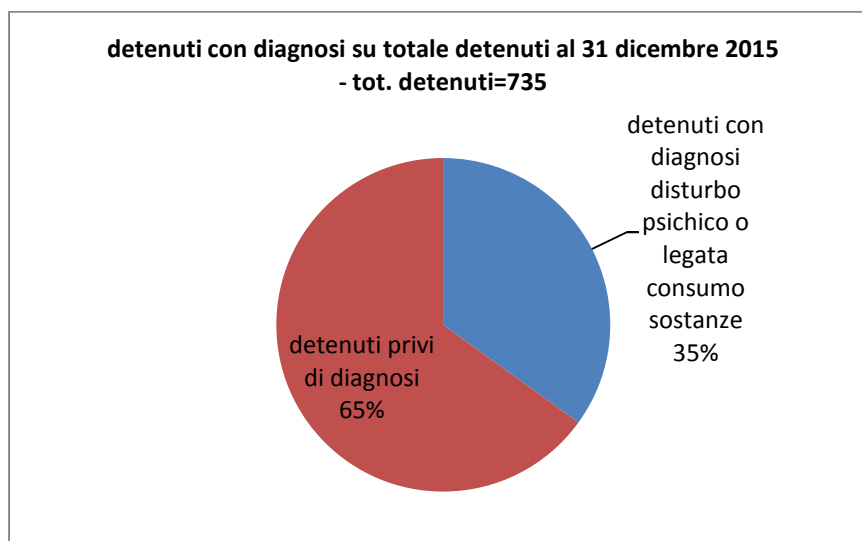


Grafico 2

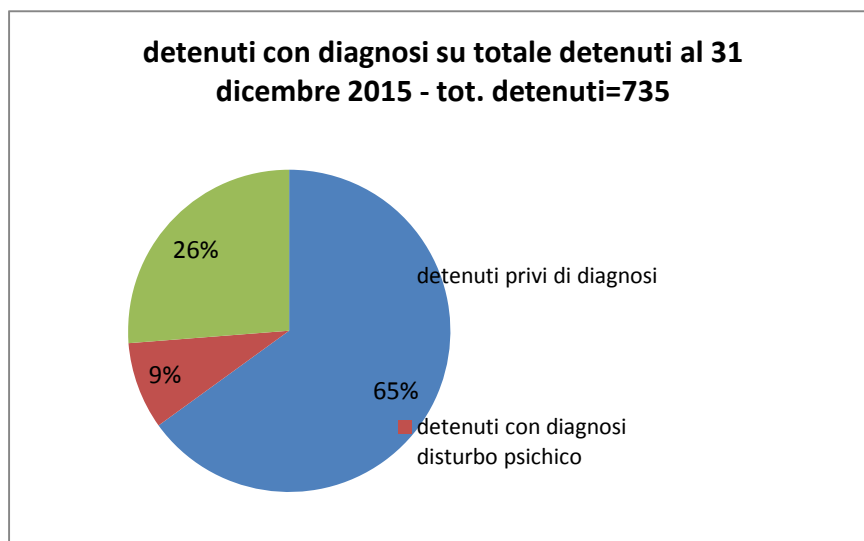
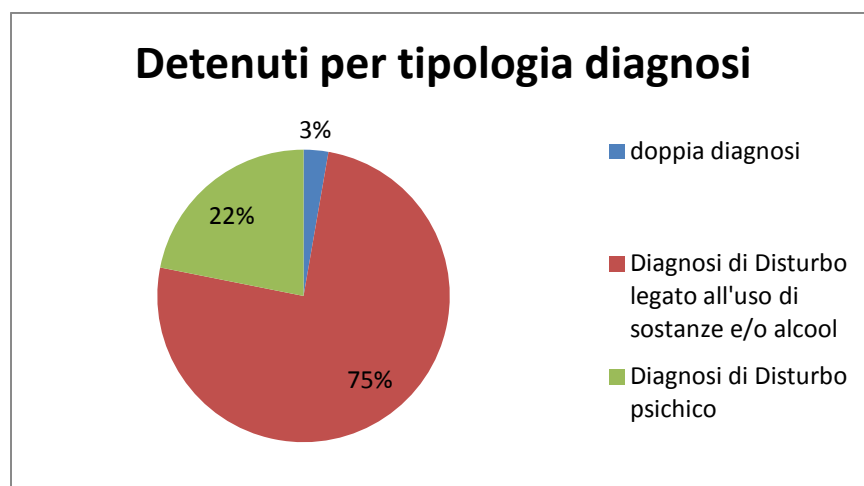


Grafico 3



6. Diagnosi di disturbi psichici

Nella tabella 1 (in Appendice) e nel grafico 4 sono indicati in maniera analitica tutte le diagnosi effettuate sul campione nella carcerazione attuale. Nella tabella 2 si può vedere la classificazione dei disturbi che abbiamo effettuato seguendo i criteri indicati dal Ministero della salute¹. Dalla classificazione emerge in maniera evidente che la gran parte dei casi di disagio psichico sono disturbi nevrotici legati a stress e somatoformi (40,5%), poi disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (35,7%), disturbi dell'umore affettivi (17,9%), sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici (2,4%), schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (2,4%) e disturbo mentale non specificato (1,2%). Nella gran parte dei casi i detenuti hanno una sola diagnosi di disturbo psichico (48 casi), 9 hanno invece due diagnosi e 6 ne hanno oltre due (grafico 5).

Si può ipotizzare che molti di questi casi siano a tutti gli effetti legati allo stress prodotto dalla condizione di detenzione, in particolare quelli di disturbi da stress che costituiscono quelli più ricorrenti. A tal fine ulteriori indagini di tipo qualitativo sulle cartelle cliniche dei pazienti potrebbero confermare tale tipo di lettura. Come si evince dalla tabella 1 (appendice), inoltre, numerosi disturbi dell'umore sono di tipo depressivo, anch'essi presumibilmente riconducibili alla detenzione in carcere.

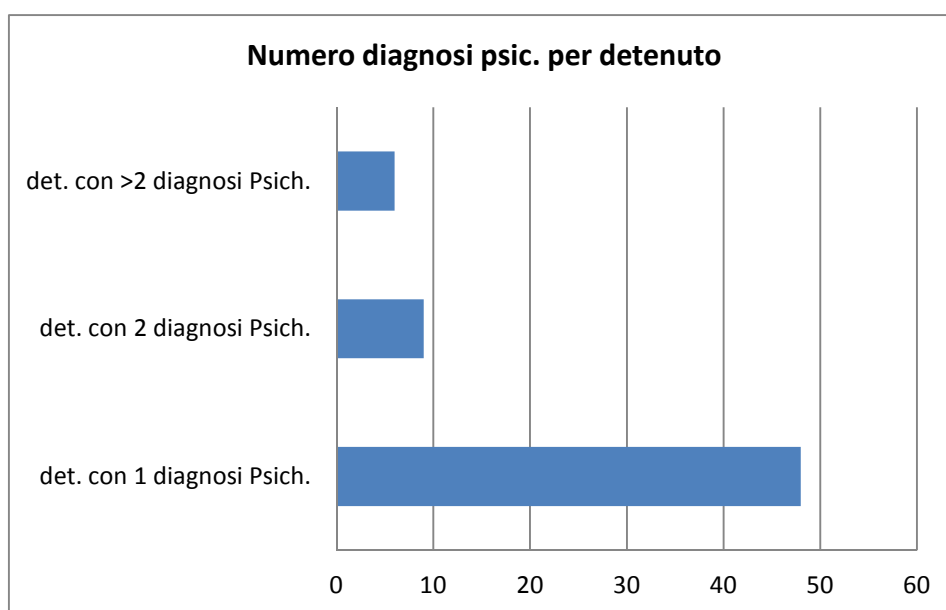
Tabella 2

Diagnosi disturbo psichico per classi	%	numeri
(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	40,5 %	34
(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	35,7 %	30

¹ Ministero della salute, *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*, www.salute.gov.it

(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)	17,9 %	15
(F50-F59) Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici	2,4%	2
(F20-F29) Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	2,4%	2
(F99) Disturbo mentale non specificato	1,2%	1
	Tot.	84

Grafico 5



A parziale conferma dell'ipotesi che tali tipologie di disturbi (F40-F48 e in parte F30-F39) possano essere catalogate come reazioni adattive all'ambiente carcerario viene la tempistica con la quale le diagnosi sono effettuate (Tabelle 4-5-6), come si può vedere dal grafico 6.

Generalmente, nel 60% circa dei casi, le diagnosi vengono effettuate al momento dell'ingresso e si possono dunque presumere come un portato della vita predetentiva. Se analizziamo, però il dato relativo alle sole diagnosi di

disturbo psichico (grafico 7), escludendo quello relativo ai disturbi legati al consumo di sostanza, il rapporto cambia in maniera radicale.

Grafico 6

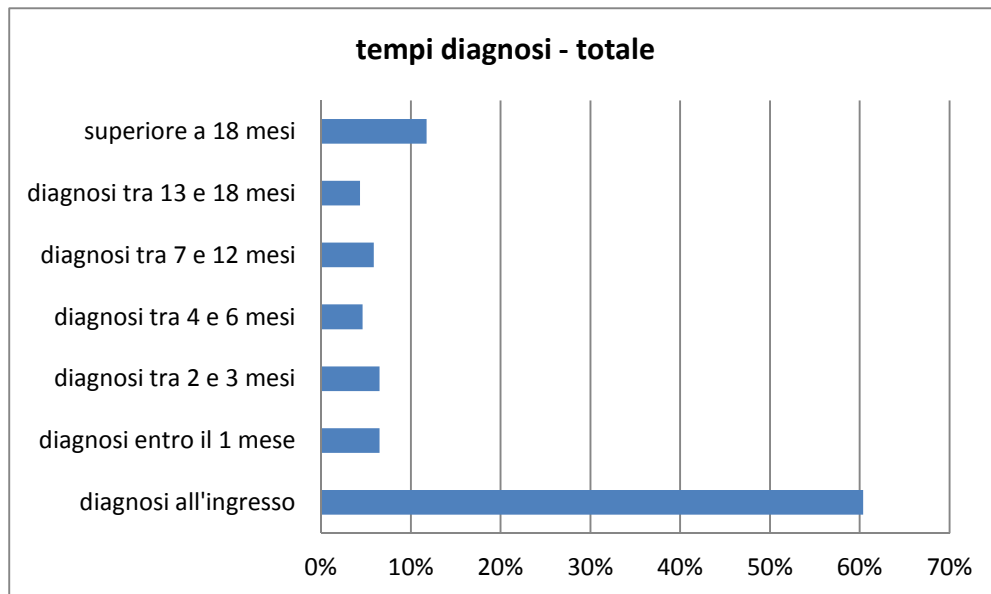
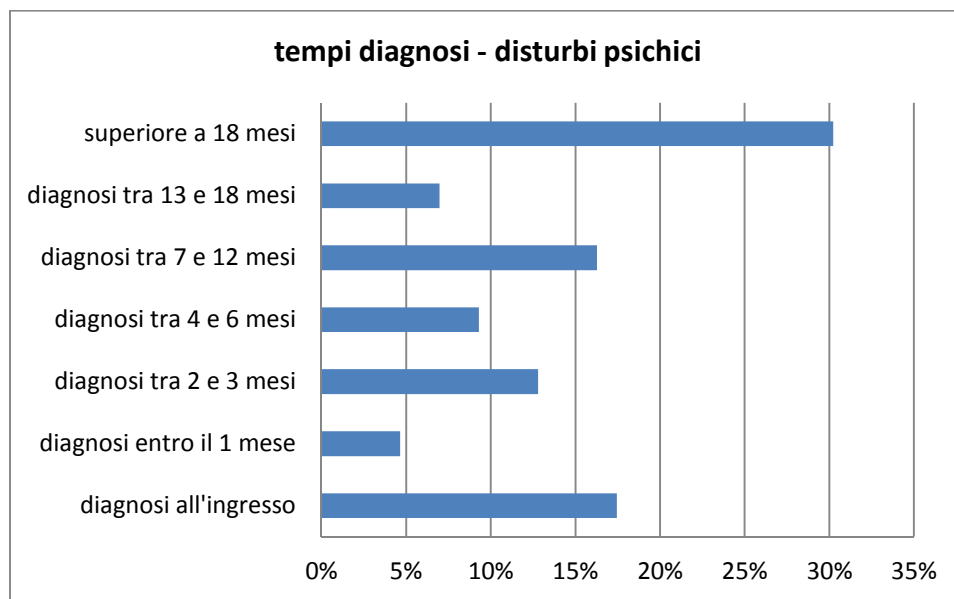


Grafico 7



Solo nel 17% dei casi la diagnosi viene fatta all'ingresso, mentre diagnosi viene fatta nel 30% dei casi dopo 18 mesi, nel 16% dei casi tra i 7 ed i 12 mesi, nel 13% dei casi tra i 2 e i 3 mesi, nel 9% dei casi tra i 4 ed i 5 mesi, nel 7% dei casi tra i 13 ed i 18 mesi, nel 5% dei casi entro 1 mese (Tabella 4). Tali tempistiche farebbero propendere per una interpretazione volta a ritenere la

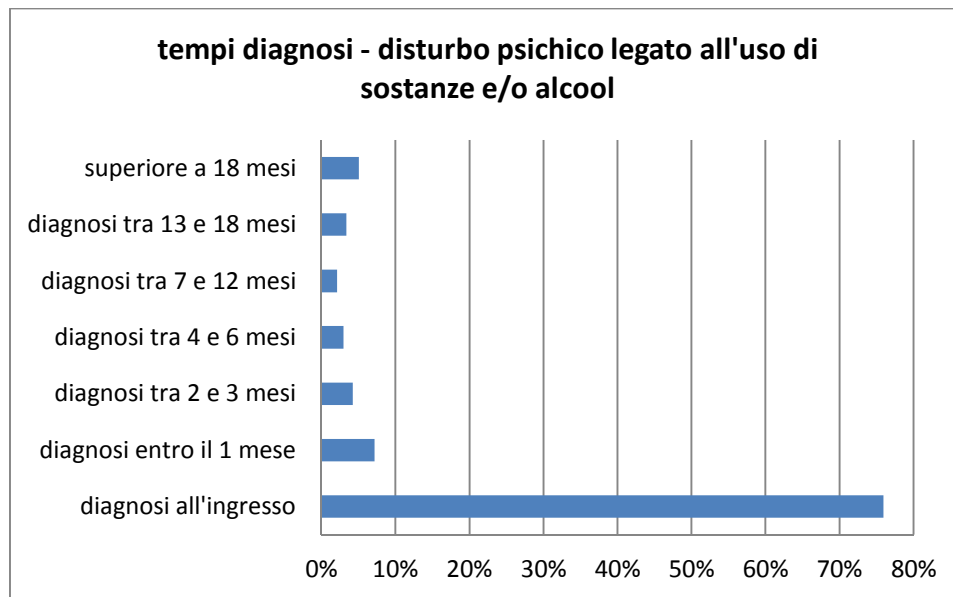
gran parte dei disturbi psichici come prodotti della detenzione in carcere. In effetti, se andiamo ad analizzare i tempi con cui le varie classi di disturbo vengono per la prima volta diagnosticate in carcere (tabella 6) si nota che le tre principali classi vengono diagnosticate oltre il quindicesimo mese di detenzione. I disturbi nevrotici legati a stress sono quelli ad avere la percentuale più alta di rilevamenti all'ingresso (il 29% dei casi), mentre i disturbi di personalità solo il 10% e i disturbi dell'umore affettivi legati 7% dei casi (in genere poi quelli legati a episodi depressivi tendono ad essere diagnosticati dopo i 24 mesi). Ma l'ipotesi interpretativa dovrebbe essere confermata da ulteriori indagini qualitative sulle cartelle cliniche dei pazienti, volta specificamente a comprendere la ragione di queste tempistiche. Di seguito le ipotesi da verificare:

- 1) Se i disturbi sono ritenuti dallo staff medico reazioni adattive all'ambiente carcerario e perciò vengono diagnosticate molto dopo l'ingresso in carcere;
- 2) Se l'elevata percentuale di disturbi da stress rilevata all'ingresso è legata al trauma o allo shock prodotto dall'ambiente carcerario;
- 3) Se le modalità di svolgimento del colloquio di primo ingresso agevolano una pre-diagnosi dei disturbi psichici;
- 4) Se manca un collegamento con i dipartimenti di salute mentale che hanno eventualmente avuto in cura i pazienti prima dell'incarcerazione.

7. Diagnosi di disturbi psichici legati al consumo di alcool e/o di sostanze

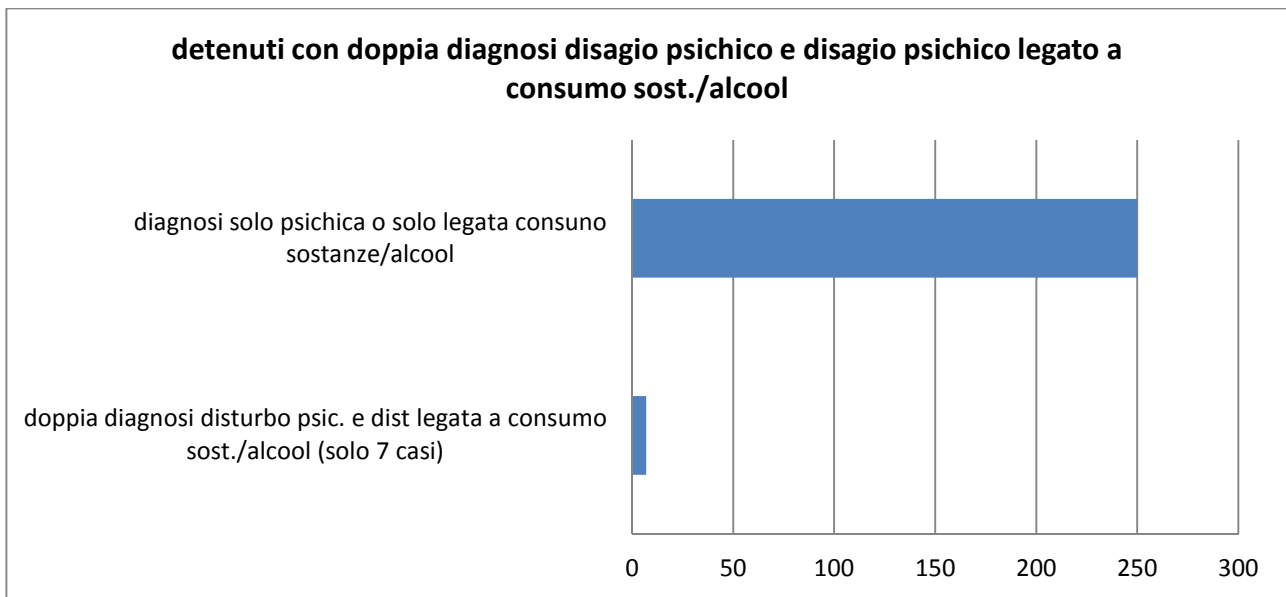
La gran parte delle diagnosi di disturbo psichico sono legate all'uso di sostanze e/o di alcool. Come si può evincere dalle tabelle 7 e 8 la gran parte di esse sono legate al consumo di oppiacei, il 44% dei casi. Segue poi l'uso di cocaina (24%), alcool (9%), cannabis (8%) ed altre sostanze.

Grafico 8



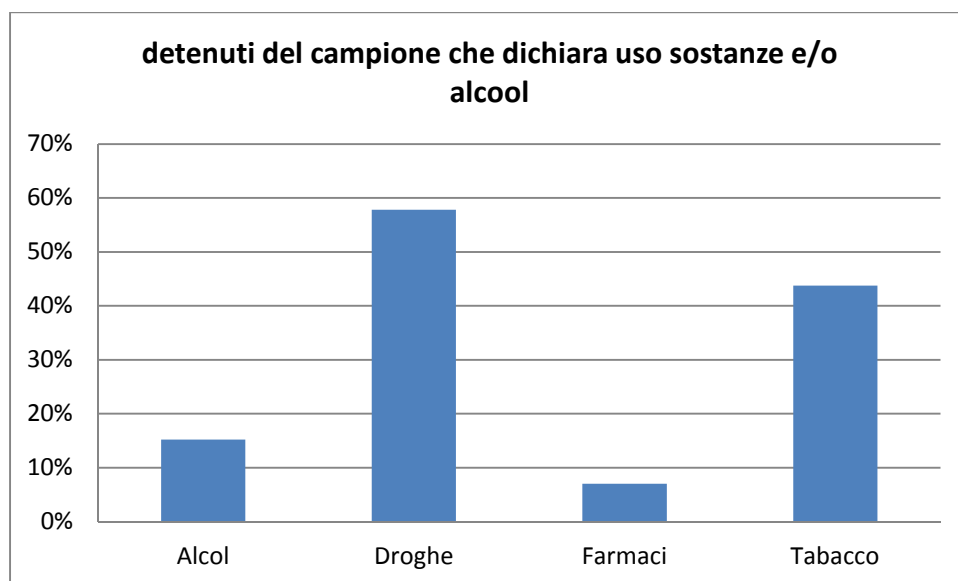
Come si può evincere dal grafico 8 le tempistiche con cui avviene la prima diagnosi sono radicalmente diverse rispetto a quelle delle diagnosi dei disturbi psichici. Abbiamo visto che in genere questi ultimi vengono diagnosticati molti mesi dopo l'ingresso, nella maggior parte dei casi addirittura dopo 24 mesi. Nel caso dei disturbi legati all'uso di sostanze invece nel 76% dei casi la diagnosi è effettuata all'ingresso (tabella 5). Questa differenza si spiega in primo luogo con la diversa metodologia con quale viene effettuata la diagnosi di tali tipi di disturbi. Essa si basa in primo luogo su una dichiarazione spontanea del detenuto relativa all'uso di sostanze. Ammissione di solito facilitata anche dalla convinzione che la certificazione di tossicodipendenza possa portare alcuni vantaggi, come un più facile accesso ai trattamenti farmacologici in carcere e all'ammissione alle misure alternative speciali per tossicodipendenti. In secondo luogo essa è normalmente certificata a seguito dell'analisi dei campioni biologici prelevati all'ingresso. Queste modalità rendono, ovviamente, molto più semplice la diagnosi, rispetto a quella per i disturbi psichici che difficilmente può essere rilevata dopo un solo colloquio con il detenuto, ma che richiederebbe ulteriori indagini ed approfondimenti.

Grafico 9



Sono solo 7 i casi di detenuti con doppia diagnosi di disturbo psichico e disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool. Come si evince dalla Tabella 8, in verità in 5 di questi casi il consumo di sostanze di accompagna a disturbi da ansia o stress, mentre solo in due casi si può parlare di patologie psichiatriche rilevanti (2 casi di tipo borderline).

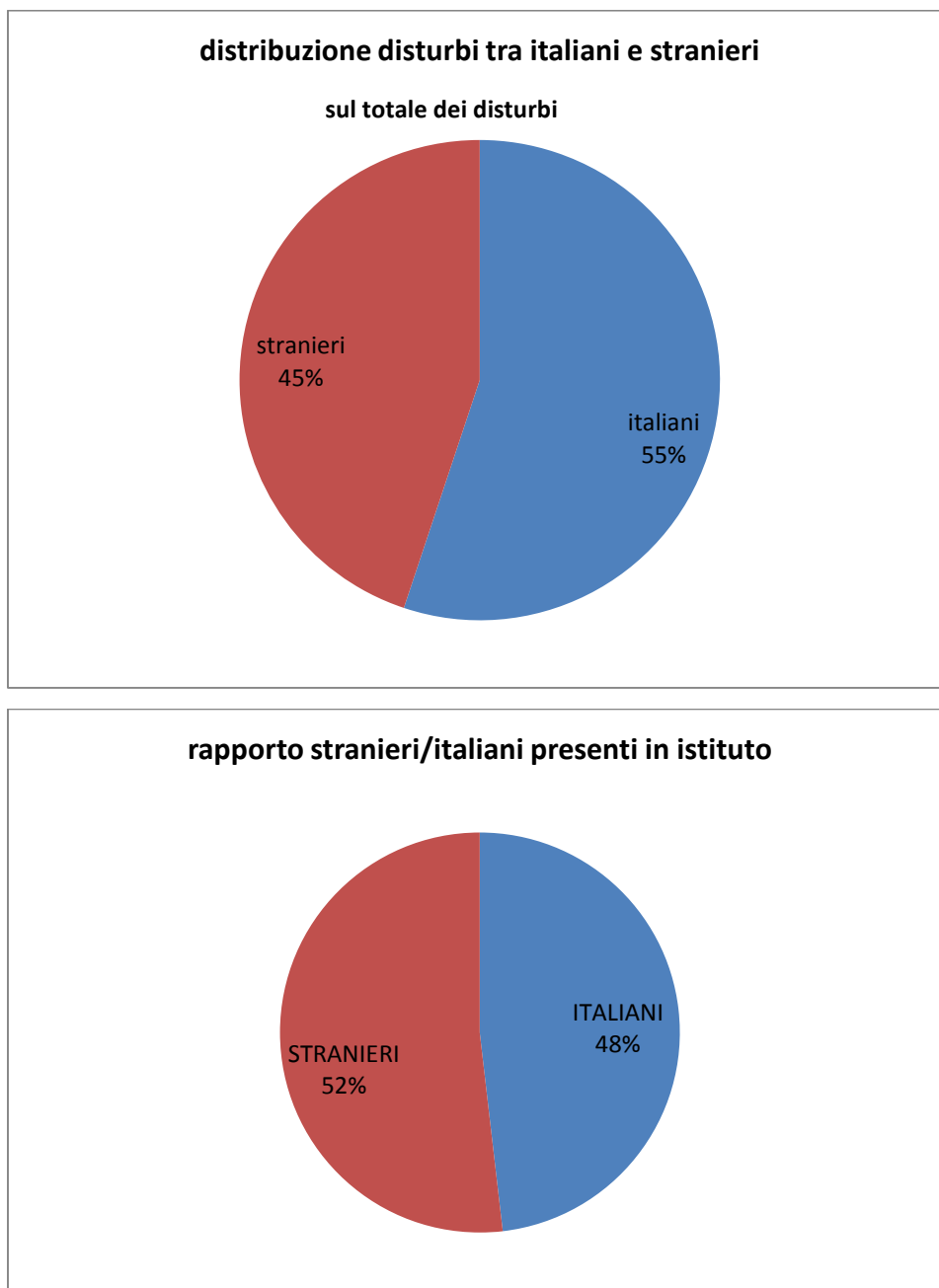
Nel complesso il 79% di detenuti con un a diagnosi di disagio psichico dichiarano all'ingresso in carcere di fare uso di alcool, di droghe, di farmaci o di tabacco.



8. Distribuzione disturbi per età cittadinanza e sesso

Come si può evincere dal grafico 10, la distribuzione dei disturbi tra italiani e stranieri ribalta in parte la composizione della popolazione detenuta nell'istituto. Il 55% dei pazienti è italiano, il 45% straniero, mentre i detenuti nel complesso sono nel 52% dei casi stranieri e nel 48% italiani.

Grafico 10



La leggera iper-rappresentazione degli italiani tra il campione dei detenuti con disturbo psichico si spiega se passiamo ad analizzare la distribuzione delle due classi di disturbo per nazionalità (grafici 11 e 12). Si nota, infatti, che l'83% dei detenuti con disturbo psichico *stricto sensu* sono italiani, il resto stranieri; mentre il 55% dei detenuti con disturbo legato al consumo di alcool e stupefacenti è composto da stranieri, il resto italiani. Il disagio psichico *stricto sensu* sembrerebbe, dunque, un fenomeno riguardante prevalentemente i detenuti italiani. Mentre quello dell'uso di sostanze ha un rapporto tra detenuti stranieri ed italiani che sostanzialmente riproduce quello presente nella composizione generale dell'istituto. Come si evince dalle tabelle 13 e 14 i detenuti di nazionalità marocchina e tunisina, in particolare, non hanno alcuna diagnosi di disturbi psichici, ma rappresentano rispettivamente il 15% ed il 23% del totale delle diagnosi legate al consumo di sostanze. Tale tipo di diagnosi, dunque, oltre ad avere ad oggetto prevalentemente detenuti stranieri, riguarda in particolare quelli di queste due nazionalità.

Grafico 11



Grafico 12

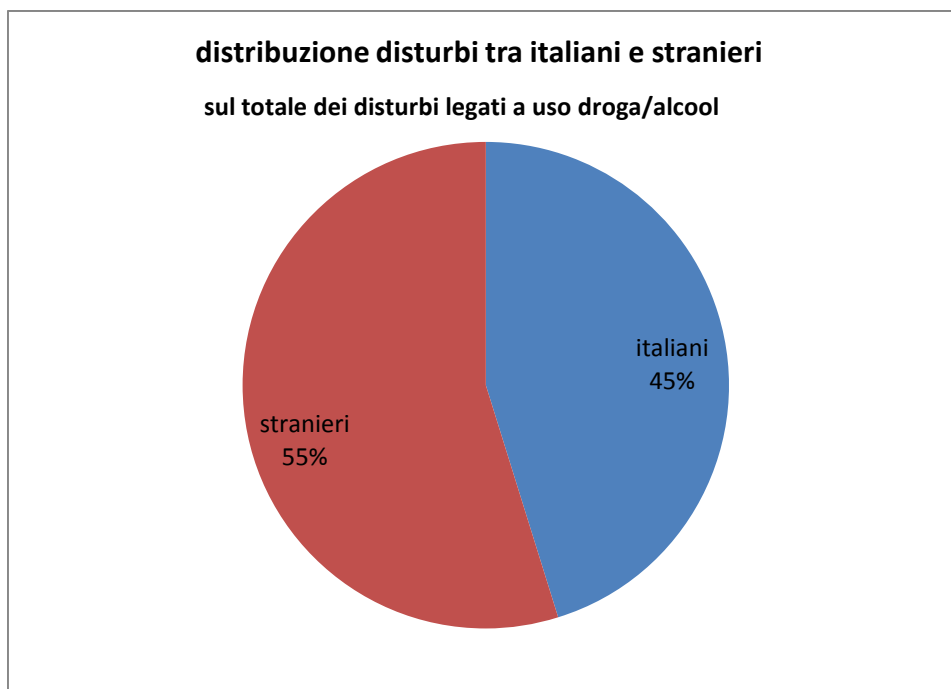


Grafico 13

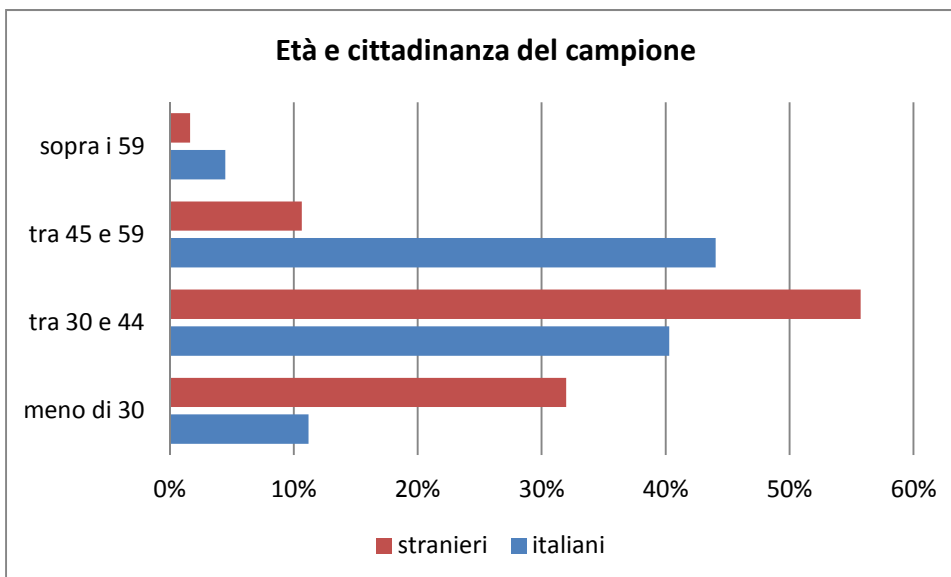
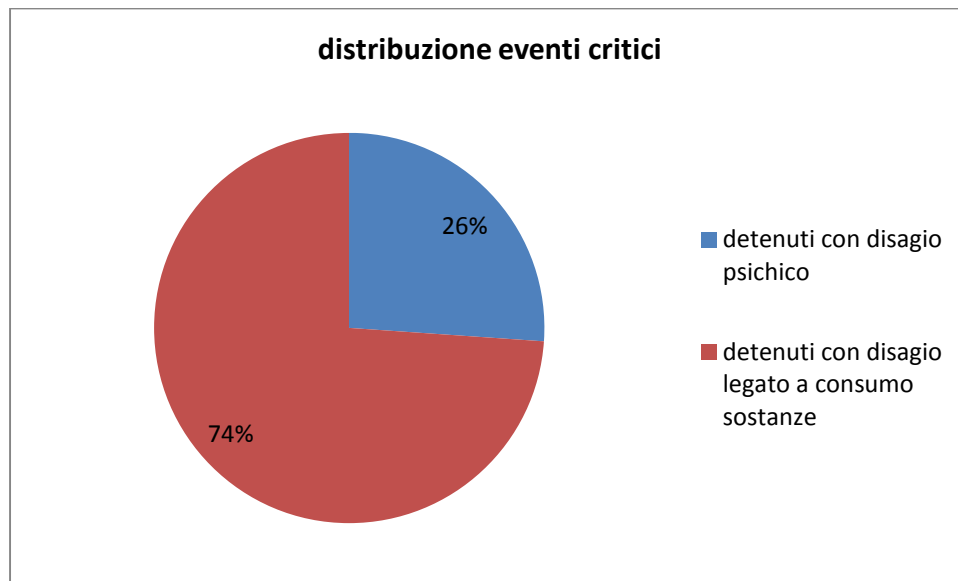


Grafico 14



Sono diverse le ipotesi che si possono fare per spiegare questo fenomeno. In primo luogo va detto che i detenuti italiani del campione sono mediamente molto più anziani dei detenuti stranieri, come si può evincere dal grafico 13. L'età più avanzata e il più lungo vissuto carcerario (che analizzeremo avanti) costituiscono senza dubbio un elevato fattore di rischio nel prodursi di disturbi psichici che, abbiamo visto, tendono ad essere diagnosticati mesi dopo l'ingresso in carcere. In secondo luogo si può ipotizzare un maggiore difficoltà da parte dei detenuti stranieri rispetto ai detenuti italiani a relazionarsi con i servizi sanitari. Se la relazione con il Sert è facilitata dalle modalità di diagnosi che abbiamo visto, nel caso dei servizi psichiatrici si possono frapporre difficoltà di tipo linguistico e culturale. Le manifestazioni di disagio psichico, infatti, nel caso dei detenuti stranieri si traducono molto più facilmente in eventi critici quali atti di autolesionismo o di tentato suicidio, rispetto ai detenuti italiani (Tabella 9 e 10). Come si evince dal grafico 14 poi gli la distribuzione degli atti di autolesionismo tende a riprodurre quella delle due grandi classi di disturbo. Le probabilità che un detenuto affetto da disagio psichico commetta atti di autolesionismo sono, dunque, pari a quelle di un detenuto tossico o alcool dipendente. Tale probabilità, però, tende considerevolmente ad aumentare quando si tratta di detenuti stranieri, in particolarità di nazionalità marocchina o tunisina.

I dati relativi all'autolesionismo raccolti, sottostimano l'entità del fenomeno. La nuova modalità di raccolta dei dati è ancora in fase di assestamento e, a parere del personale sanitario, ancora non è pianamente usata per registrare adeguatamente gli eventi critici.

Grafico 15

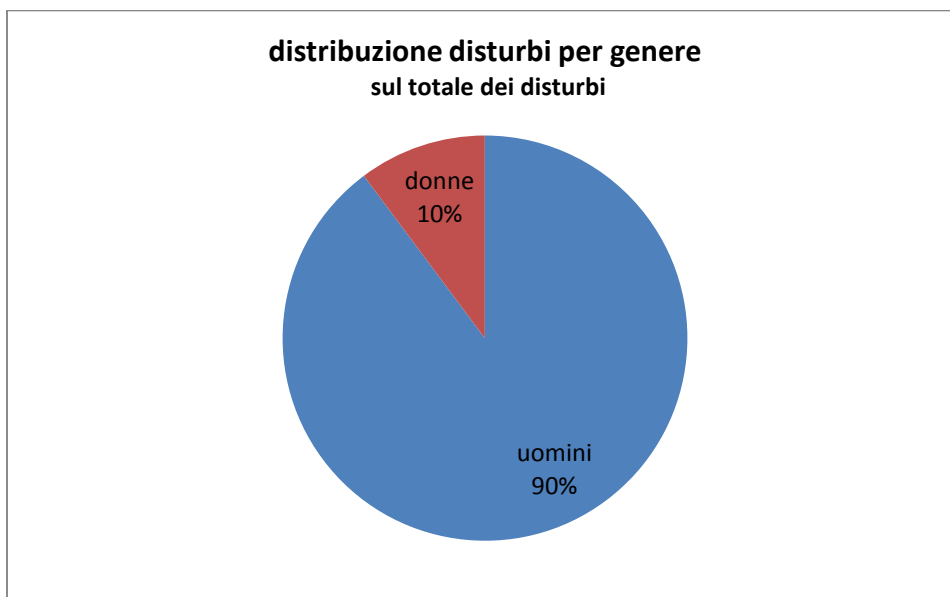


Grafico 16

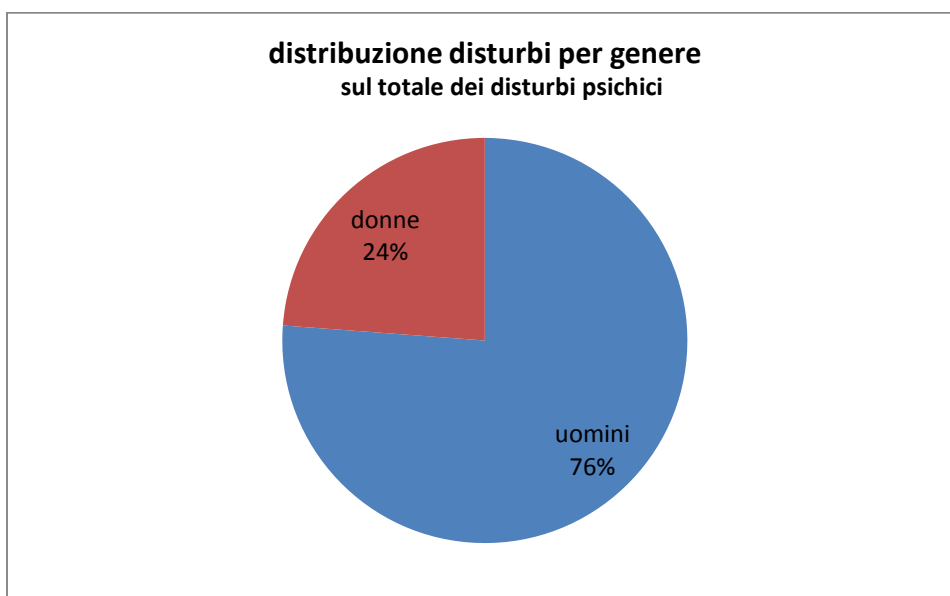


Grafico 17

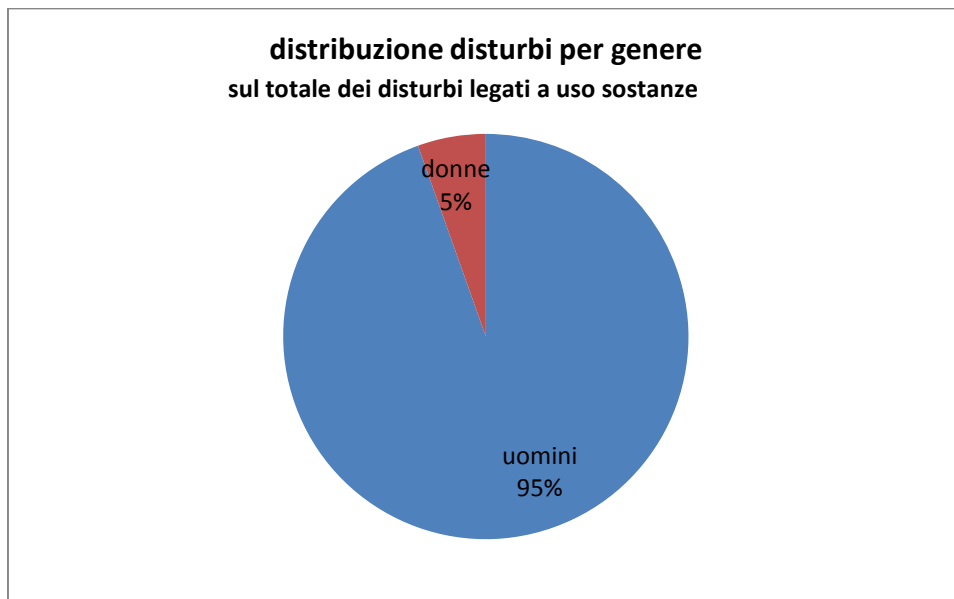
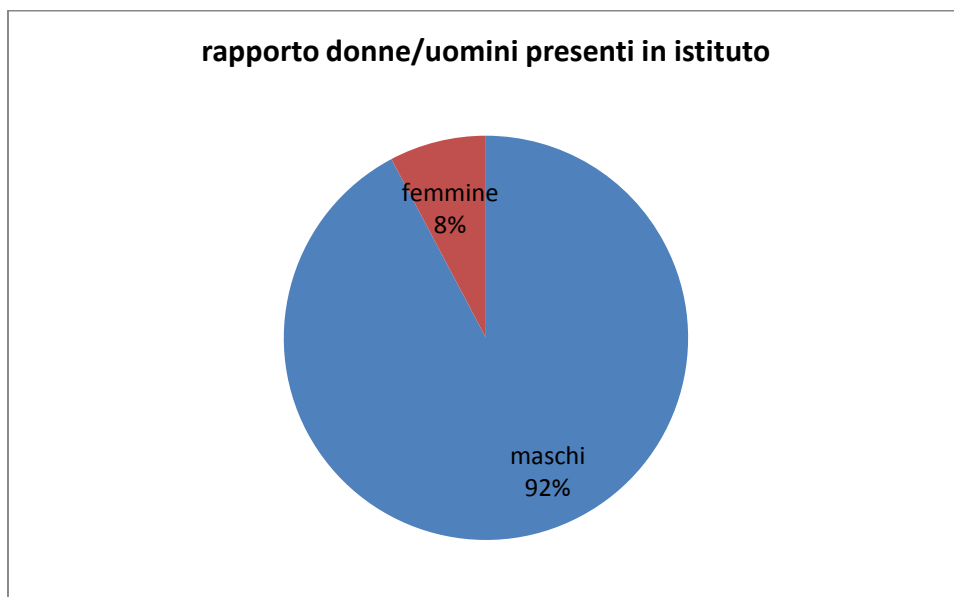


Grafico 18



Passando all'analisi della distribuzione dei disturbi per genere il primo dato ad emergere è che le donne tendono ad esser leggermente iper-rappresentate nel campione oggetto di analisi. Alla data del rilevamento le donne presenti in istituto erano l'8% del totale, ma quelle rappresentate nel campione sono il 10% (grafico 15). Tale leggera differenza diventa, però, estremamente significativa se si passa ad analizzare la distribuzione per genere all'interno del campione di detenuti con solo disagio psichico, dove le donne diventano il 24% del campione (grafico 16). 15 donne su 57 totali presenti in istituto hanno una

diagnosi di disagio psichico. Al contrario nel campione dei detenuti con disagio psichico legato al consumo di sostanza tale percentuale scende al 5% (grafico 17).

In sintesi, il campione di detenuti soggetti a disturbi psichici è composto prevalentemente da detenuti italiani (83%), di età mediamente alta (in gran parte nella fascia di età compresa tra di 45 e i 59 anni), con una elevata presenza di donne (24%). La grandissima parte delle donne ricomprese entro questo campione sono italiane (l'85%). Mentre il campione di detenuti soggetti a disturbi psichici legati al consumo di sostanze è composto in maggioranza da detenuti stranieri (55%), uomini nella maggioranza dei casi (solo il 5% di donne), mediamente nella fascia di età compresa tra i 30 ed i 44 anni.

9. Posizione giuridica del campione

Grafico 19

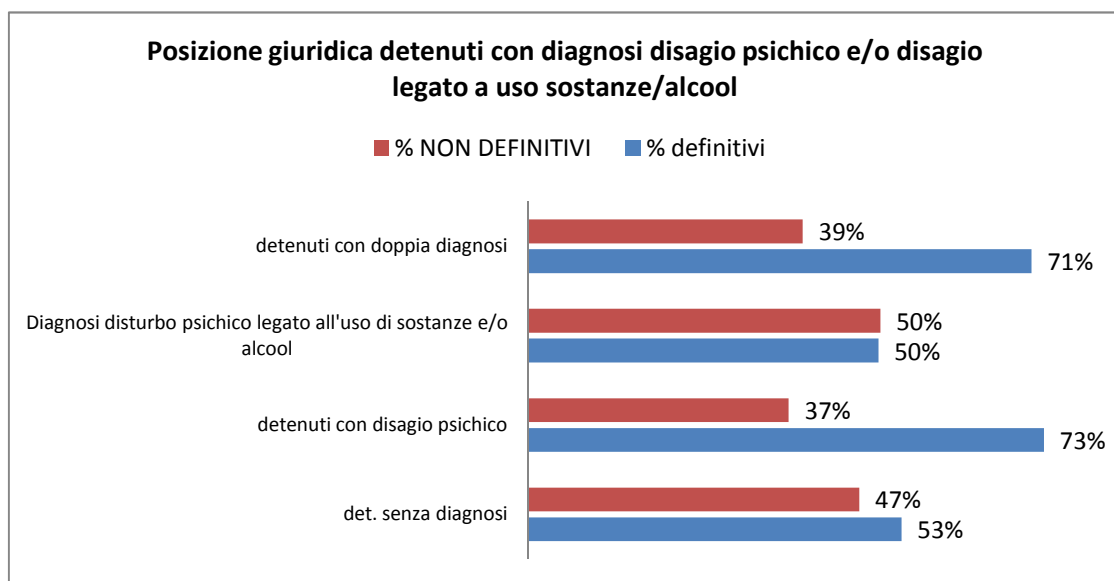


Grafico 20

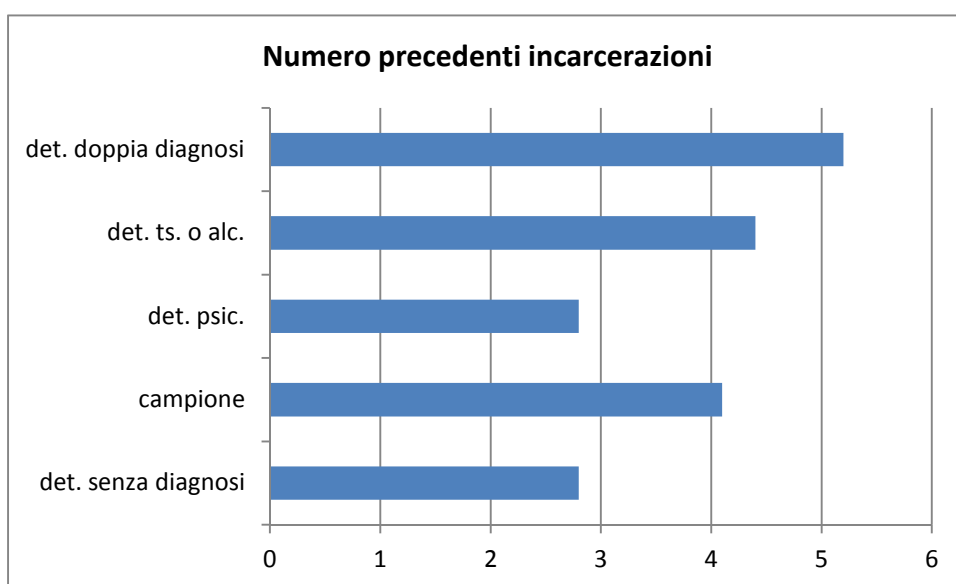


Grafico 21

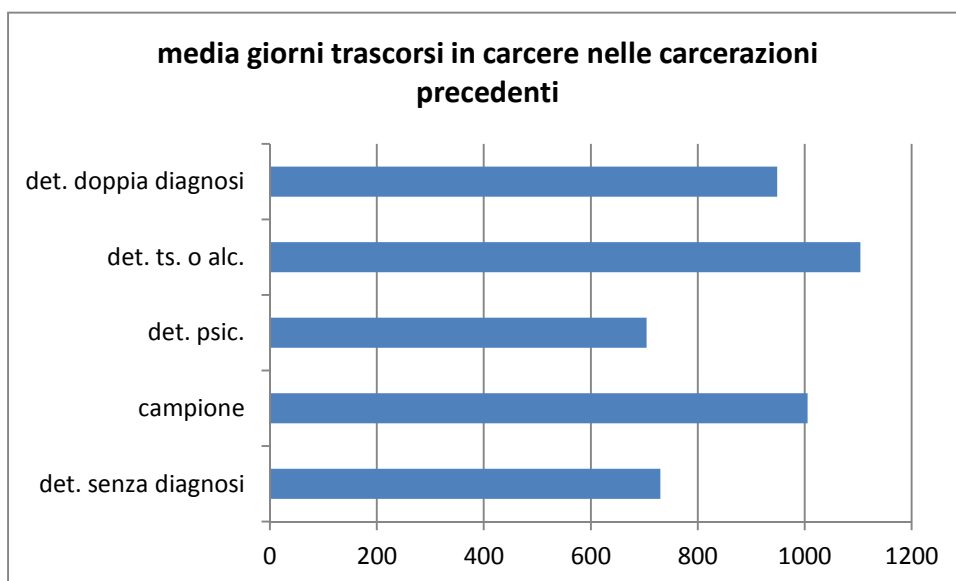
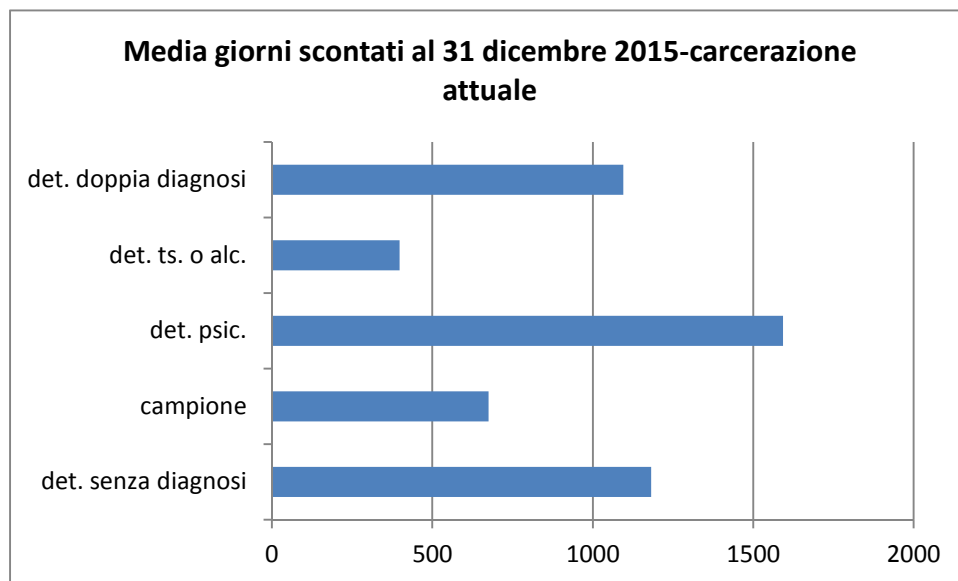


Grafico 22



Come si evince facilmente dal grafico 19 i campioni di detenuti con diagnosi di solo disturbo psichico e di quelli con diagnosi legata all'uso di sostanze, si differenziano notevolmente anche per la posizione giuridica, oltre che per le caratteristiche socio-anagrafiche che abbiamo visto nei paragrafi precedenti.

I detenuti privi di diagnosi nel 53% dei casi sono definitivi, nel restante 47% in attesa di condanna definitiva. Tale distribuzione è sostanzialmente confermata anche nei detenuti con diagnosi di dipendenza, mentre varia notevolmente se si guarda ai detenuti con disagio psichico che, invece, nel 73% dei casi sono definitivi. Anche nel caso dei detenuti con doppia diagnosi si arriva a percentuali del 71%. Questo primo dato ci suggerisce che le diagnosi sono più semplici quando il detenuto è più stabilmente presente in carcere, in quanto definitivo. Mentre sono più difficili quando è in attesa di condanna. Questa interpretazione è confermata anche dal fatto che i detenuti con solo disagio psichico normalmente sono in carcere da molto più tempo di quelli tossicodipendenti (grafico 22 e tabella 16): in media 1.593 giorni, contro una media di 1.182 dei detenuti non psichici. Al contrario dei detenuti tossicodipendenti che hanno una media di giorni trascorsi in carcere di soli 398 giorni.

La maggiore stabilità del campione dei detenuti con solo disagio psichico è poi confermata dal fatto che in media hanno avuto circa 2,8 carcerazioni in

passato (esclusa quella attuale), uguale alla media dei detenuti non psichici (2,8) . E per tali precedenti hanno speso circa 704 giorni in carcere, in linea con la media dei detenuti non psichici (730 gg.): una media di 251 giorni a carcerazione. Al contrario, invece, i detenuti tossicodipendenti hanno avuto circa 4,4 precedenti carcerazioni (1,6 in più dei non psichici) e di durata complessiva di 1.104: una media di 250 giorni. L'unico elemento che hanno in comune entrambi i campioni, dunque, è la durata delle singole carcerazioni precedenti che è di circa 250 giorni; quello che invece li rende estremamente diversi è il numero dei precedenti, decisamente più alto nei tossicodipendenti. Il campione dei detenuti solo psichici, dunque, è composto da una popolazione detenuta italiana stabile, poco soggetta a turn over, con un numero di precedenti carcerazioni nella media, ma con una pena attuale più lunga. Mentre quello dei detenuti tossicodipendenti è prevalentemente composto da stranieri, più soggetti a turn-over, con un numero di precedenti carcerazioni significativamente più alto della media e con una pena attuale molto più bassa della media.

Il disagio psichico *stricto sensu*, dunque, tende a presentarsi in casi in cui la detenzione è molto più lunga della media. Viene infatti diagnosticato su detenuti che hanno trascorso molto tempo in carcere e, normalmente, dopo molti mesi dall'inizio della detenzione. Si tratta di detenuti fortemente carcerizzati che, pur avendo avuto un numero di carcerazioni nella media dei detenuti non psichici, ha scontato sulla pena attuale molti più giorni della media. Tale dato ci fa supporre che la durata della carcerazione possa essere un fattore scatenante del disagio psichico. Al contempo va detto che sicuramente la maggiore durata della pena porta ad una intensificazione dei rapporti con i servizi che più facilmente riescono ad intercettare il disagio. Quello legato, invece, alla tossicodipendenza viene diagnosticato subito e sembra essere totalmente indipendente dalla durata della carcerazione attuale, essendo piuttosto un portato della vita predetentiva. Viene quasi sempre diagnosticato all'ingresso in carcere e riguarda detenuti con un alto numero di precedenti carcerazioni di durata media.

Per quanto riguarda, invece, il campione dei detenuti con doppia diagnosi, premesso che si tratta di un campione poco significativo, va in primo luogo sottolineato che si tratta di soggetti che hanno subito un alto numero di carcerazioni precedenti (5,2 contro la media di 2,8). In media le precedenti carcerazioni hanno avuto durata più breve del campione: 180 giorni circa, rispetto alla media di 250.

10. Trattamento del disagio e terapie farmacologiche

Nella stragrande maggioranza dei casi i detenuti con disagio psichico sono assistiti prevalentemente mediante una terapia di tipo farmacologico, mentre i percorsi di tipo psicologico sono del tutto residuali. Stando ai dati forniti dalla Asl (riportati nella tabella 20) per nessuno dei 56 detenuti con solo disagio psichico la terapia è stata accompagnata anche da un colloquio psicologico, mentre in 44 casi su 56 vi è stata una o più visite psichiatriche (grafico 23). Mentre in ben 12 casi su 56 non vi è stata alcuna visita, nonostante vi sia una diagnosi di disagio psichico. Nel caso dei 193 tossicodipendenti o alcool dipendenti, 10 detenuti sono stati sottoposti a colloqui con lo psicologo, 65 a visite psichiatriche e 153 a consulenze del Sert (grafico 24). In 28 casi di detenuti con diagnosi psichica legata all'uso di sostanze non vi è stata alcuna di queste visite. Dei 7 detenuti con doppia diagnosi in due casi vi è stato un colloquio psicologico, in 5 una visita psichiatrica (grafico 25). In uno di questi sette casi, pur essendovi una diagnosi, non vi è stata alcuna visita.

Grafico 23

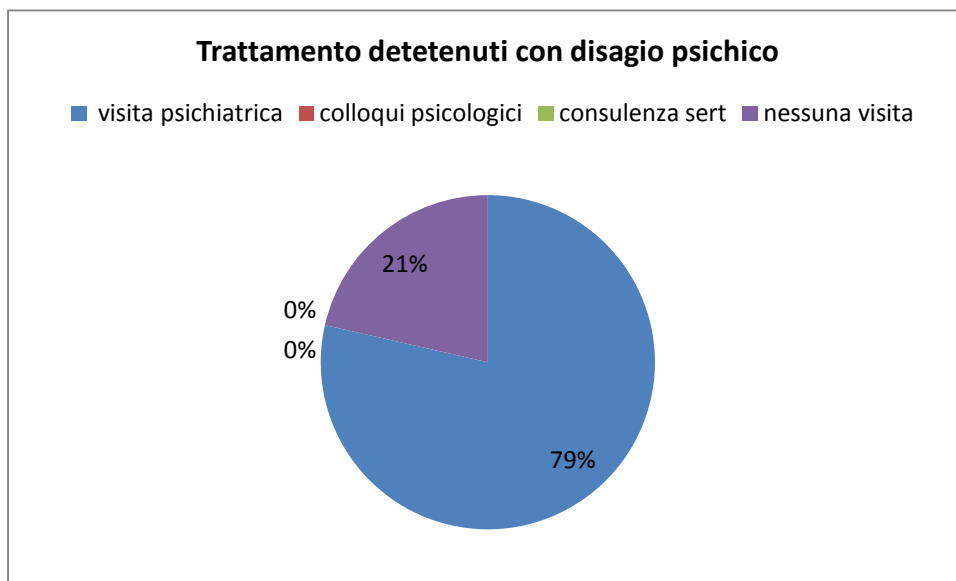


Grafico 24

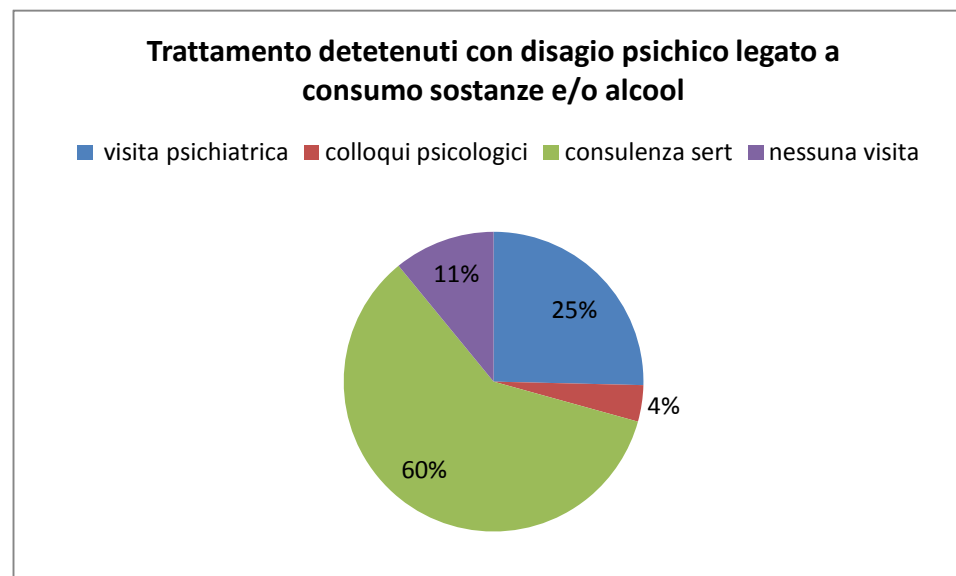
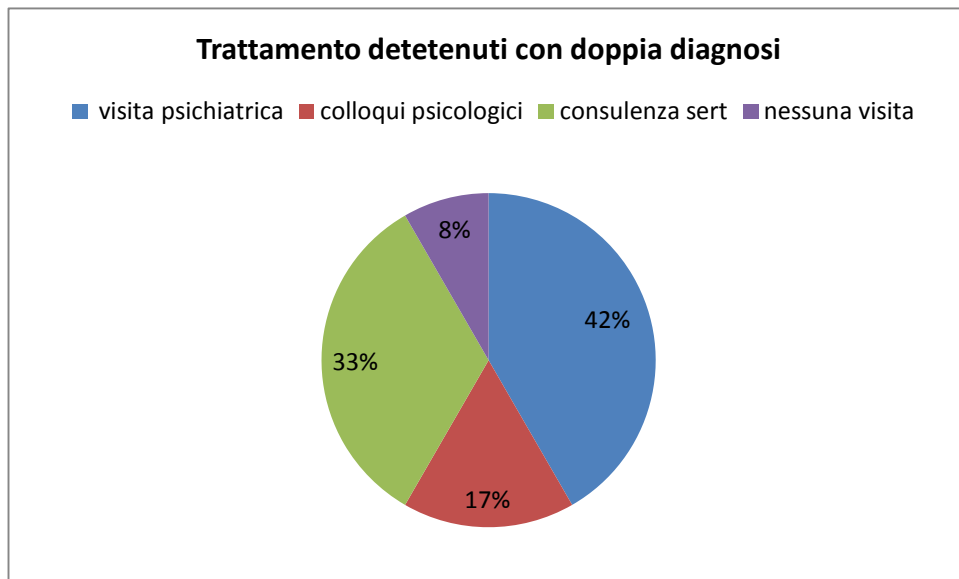


Grafico 25



Il ricorso a terapie farmacologiche è estremamente frequente nel campione selezionato. In media i detenuti con disagio psichico hanno ricevuto circa 3,4 prescrizioni farmacologiche nel corso della carcerazione. Tale numero si raddoppia quasi nel caso dei detenuti affetti da solo disagio psichico arrivando a 6,4, mentre è di 4,7 per i detenuti con doppia diagnosi e solo di 2,5 per quelli tossicodipendenti. Nella tabella 17 sono riportate il numero complessivo di prescrizioni, per tipologia. Nella tabella 18 sono riportate le prescrizioni relative ai detenuti con solo disturbo psichico, infine nella 19 quelle dei detenuti con disagio psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool.

Oltre al ricorso a terapia farmacologica, i detenuti ricompresi nel campione presentano un elevato tasso di medicalizzazione del trattamento. In media ciascun detenuto del campione fruisce di circa 24 visite di tipo specialistico. Su tutto il campione sono solo 2 i detenuti che non hanno ricevuto visite specialistiche. Come si può evincere dalla tabella 21 nella gran parte dei casi si tratta di visite per patologie molto comuni nella popolazione detenuta e che corrispondono a quelle riportate anche nello studio multicentrico effettuato dal

Ministero della salute nel 2014². Oltre ad analisi di emocromo e transaminasi, nella stragrande maggioranza dei casi si tratta, infatti, di visite finalizzate alla diagnosi o alla cura di malattie infettive o di visite odontoiatriche.

11. Interazione con il mondo esterno

Uno degli effetti più comuni della carcerazione che possono incidere negativamente sullo stato di benessere psichico è la rottura delle relazioni sociali e familiari. Abbiamo provato a quantificare il livello di interazione del campione selezionato valutando tre differenti indici. Il primo è rappresentato dai colloqui visivi che costituiscono un primo e sicuro indice dell'esistenza o meno di relazioni sociali e familiari. Il secondo dai colloqui telefonici e, infine, dal ricevimento di pacchi dall'esterno. Con quest'ultimo indice abbiamo tentato di quantificare una pratica molto diffusa nel contesto penitenziario soprattutto per compensare i casi in cui non vi sono colloqui visivi. Abbiamo valutato il livello di interazione attribuendo un punteggio da 0 a 3, variabile in funzione dell'esistenza o meno di tali indici.

Tabella 22 - relazioni con mondo esterno* - per nazionalità

		italiani e stranieri	italiani	stranieri
media del campione		1,9	2,3	1,5
det. psic.		2,6	2,8	2
det. ts.		1,7	2,1	1,4
det doppia diagnosi		2,4	2,4	n/a
*livello di interazione con punteggio da 0 a 3, calcolato su tre indici: colloqui visivi, colloqui telefonici e ricevimento pacchi				

² Ministero della salute, *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico* (2015), Collana documenti Ars n. 183, <https://www.ars.toscana.it/>

Tabella 23 - relazioni con mondo esterno* - per genere

		M+F	M	F
media del campione		1,9	1,9	2,6
det. psic.		2,6	2,6	2,6
det. ts.		1,7	1,7	2,5
det doppia diagnosi		2,4	2,3	3
*livello di interazione con punteggio da 0 a 3, calcolato su tre indici: colloqui visivi, colloqui telefonici e ricevimento pacchi				

Come si può evincere dalle tabelle sopra in media il campione ha un livello di interazione con il mondo esterno di circa 1,9 su 3. Tale livello è più alto nel caso dei detenuti con solo disagio psichico rispetto a quelli tossicodipendenti o alcolodipendenti. La ragione di questa differenza si spiega con la prevalenza nel secondo campione di detenuti stranieri che come si può vedere hanno un livello di interazione molto più basso degli italiani. I detenuti stranieri, dunque, vivono una condizione di maggior disagio dovuta alla maggiore difficoltà a coltivare legami sociali o familiari con l'esterno. Le donne, poi, che abbiamo visto essere iper-rappresentate nel campione dei detenuti con solo disagio psichico, hanno un livello di interazione molto più alto di 2,6 su 3.

12. Conclusioni

Il fenomeno del disagio psichico in carcere riguarda una quota consistente della popolazione detenuta, circa 1 detenuto su 3. Tale fenomeno nasconde però una pluralità di differenti condizioni. In primo luogo il disagio psichico, non legato al consumo di sostanze, riguarda 1 detenuto su 10. Buona parte di questi soffre di forme di disagio psichico legati a stress (40,5%) o di patologie di tipo ansioso o depressivo presumibilmente legate alla condizione di detenzione. A questa conclusione ci induce la tempistica con la quale viene effettuata la diagnosi: solo nel 17% dei casi avviene all'ingresso, mentre nei restanti casi avviene successivamente e sino a 18 mesi dopo. Tale conclusione presuppone, però, l'esistenza di un sistema di screening all'ingresso

perfettamente funzionante; di relazioni strutturate tra i servizi sanitari interni e i dipartimenti di salute mentale e quelli per tossicodipendenti. Se così fosse, i tempi con cui vengono prodotte le diagnosi potrebbero certamente indurci a ritenere che si tratta di disturbi prodotti dalla carcerazione.

Ma è possibile formulare altre ipotesi integrative, che andranno approfondite con ulteriori analisi di tipo qualitativo che dovranno avere ad oggetto il funzionamento dei servizi di screening del disagio psichico, le relazioni tra i servizi sanitari interni ed esterni e, possibilmente, le cartelle cliniche dei detenuti/pazienti. Tali indagini dovranno in primo luogo essere finalizzate a valutare se i disturbi da stress rilevati all'ingresso sono effettivamente un portato della vita predetentiva o sono prodotti dal trauma o dallo shock prodotto dall'ambiente carcerario. Se le modalità di svolgimento del colloquio di primo ingresso consentono di arrivare ad una diagnosi dei disturbi psichici. Se il ritardo con cui vengono fatte le diagnosi non dipenda da un inadeguato sistema di screening o dall'assenza di un collegamento effettivo con i servizi territoriali (Dsm e Sert).

Il campione dei detenuti con solo disagio psichico è prevalentemente composta da italiani con una percentuale estremamente alta di donne. Si tratta di detenuti e detenute definitivi (lo sono 3 su 4 a fronte di una media di 1 su 2) con pene lunghe, che in media hanno trascorso in carcere molti più mesi della media dei detenuti: circa il 35% in più. La durata della carcerazione attuale sembra incidere in maniera significativa sull'insorgere di diagnosi di disturbi psichici. La spiegazione alternativa potrebbe essere che la più duratura presenza in carcere consente ai servizi di intercettare il disagio psichico. Tale interpretazione è plausibile, ma va detto che la media di presenza in carcere dell'intera popolazione detenuta al 31 dicembre era di ben 1181 giorni, un tempo più che sufficiente per arrivare ad una eventuale diagnosi di disturbo psichico anche in altri eventuali casi. Mentre non sembra avere rilevanza particolare il periodo trascorso precedentemente in carcere e le incarcerazioni pregresse che, nel caso dei detenuti con disturbo psichico, sono nella media.

Questo dovrebbe indurre i servizi e lo staff del carcere a prestare una maggiore attenzione ai detenuti definitivi con pene lunghe, favorendo percorsi di decarcerizzazione e deistituzionalizzazione finalizzati ad attenuare gli effetti deteriori della detenzione nel lungo periodo. Particolare attenzione dovrebbe essere mostrata nei confronti delle donne detenute con pene lunghe. Queste infatti sembrano mostrare una maggiore fragilità ed esposizione a disturbi di natura psichica, in misura molto maggiore rispetto agli uomini: 1 donna su 4 ne soffre, solo 1 uomo su 11.

La risposta attuale, invece, sembra molto più indirizzata verso la medicalizzazione del trattamento. Come abbiamo visto nel paragrafo relativo al "trattamento del disagio e terapie farmacologiche", in nessun caso i detenuti in questione sono stati sottoposti ad un colloquio di tipo psicologico: 4 su 5 hanno avuto una visita psichiatrica specialistica, mentre 1 su 5 nessun genere visita specialistica. La mancata prescrizione da parte dello staff medico di una visita psichiatrica non deve necessariamente essere interpretata come una mancanza, ben potrebbe essere giustificata da una diagnosi che non la richiedeva. Quel che però risulta allarmante è il ricorso frequente a terapie di tipo farmacologico non accompagnate da altri tipi di percorsi. Abbiamo visto che in media i detenuti con solo disagio psichico hanno ricevuto circa 6,4 prescrizioni farmacologiche nel corso della carcerazione, rispetto ad una media di 3,4.

La scarsa presenza dei detenuti stranieri in questo campione può essere spiegata con il fatto che questi sono in genere soggetti a pene significativamente più basse della media (-67% della media), sono molto più frequentemente non definitivi (in 1 caso su 2). In generale hanno avuto più carcerazioni precedenti dei detenuti italiani anche se di durata individuale sostanzialmente simile. Si tratta di una quota di popolazione che ha maggiori difficoltà di interazione con i servizi del carcere, dovute a barriere di tipo linguistico e/o culturale. Questo fatto, unito anche al più breve periodo trascorso mediamente in carcere (398 giorni contro una media di 1182), fanno presumere una difficoltà dei servizi ad intercettare eventuali fenomeni di

disagio psichico che, quando si manifestano, sono legati più frequentemente all'uso di sostanze e trattati essenzialmente per via farmacologica. Anche se va detto un periodo medio di oltre un anno di permanenza in carcere dovrebbe pur rappresentare un periodo adeguato per intercettare ulteriori fenomeni di disagio psichico, non strettamente legati all'uso di sostanze, e per prevedere percorsi di assistenza psicologica e socio-sanitaria.

Il campione di detenuti che soffrono di disagio psichico legato al consumo di alcool o stupefacenti è numericamente molto più significativo di quelli dei detenuti con solo disagio psichico. Si tratta infatti del 24% del totale dei detenuti presenti al 31 dicembre 2015. Ha una composizione molto diversa rispetto all'altro campione, si tratta nel 55% dei casi di detenuti stranieri, in gran parte uomini: le donne straniere sono solo il 5%. Normalmente si tratta di detenuti con un elevato numero di precedenti carcerazioni e con un tempo medio trascorso in carcere attualmente molto più basso della media. Il 40% del campione soffre di disturbi legati al consumo di oppioidi, solo nel 15% dei casi vi è una diagnosi multipla di dipendenza. Si tratta di soggetti che hanno un livello di interazione con il mondo esterno molto basso. La diagnosi generalmente viene fatta al momento dell'ingresso con le modalità che abbiamo già chiarito. Inoltre, abbiamo visto che la stragrande maggioranza del campione dichiara già al momento dell'ingresso dipendenza da alcool, droghe, farmaci o tabacco. In questo caso possiamo affermare che se non il disagio psichico, quantomeno lo stile di vita vizioso possa essere considerato un portato della vita pre-detentiva.

Anche nel caso dei detenuti con diagnosi di disagio psichico legato all'uso di sostanze il trattamento sembra orientato nella direzione della gestione farmacologica del fenomeno. Su un totale di 193 detenuti tossicodipendenti o alcolodipendenti solo 10 hanno avuto colloqui con lo psicologo, 65 visite psichiatriche e 153 consulenze del Sert su un totale di 193 casi (grafico 24). I colloqui psicologici, poi, di solito rappresentano un unicum nel percorso trattamentale e non vengono ripetuti. Sono di solito usati per gestire situazioni

di emergenza e non sono utilizzati in maniera continuativa. In 28 casi poi non vi è stata alcuna di queste visite.

In generale va sottolineato che le prestazioni di tipo psicologico o psichiatrico rivestono un ruolo marginale nella gestione del disagio psichico della popolazione oggetto di analisi. Lo stesso campione, però, è soggetto ad un numero molto elevato di altri generi di prestazioni tra le quali spiccano quelle per l'accertamento e la cura delle malattie infettive, quelle odontoiatriche ed altre patologie frequenti nei detenuti (come quelle a carico del fegato). L'assistenza medica, dunque, appare fortemente sbilanciata verso il contenimento delle patologie di carattere più strettamente fisico, in particolare verso quelle infettive. Si tratta di un trend oramai diffuso a livello mondiale che ha preso piede in Italia a partire dagli anni '90, con il panico creatosi per i rischi legati alla proliferazione del virus HIV. Tale fenomeno ha modificato sostanzialmente la natura dell'intervento medico in carcere che ha raggiunto nel settore della prevenzione delle malattie infettive anche livelli di eccellenza, a discapito degli altri settori lasciati spesso privi di risorse adeguate e di personale. Tale tipo di politica sanitaria non è conforme a quelle che sono le indicazioni date dall'organizzazione mondiale della sanità che, ricordiamo, considera la salute come uno stato di benessere non solo fisico, ma anche psichico. La salute non dovrebbe, infatti, corrispondere solo all'assenza di malattia e l'assistenza sanitaria dovrebbe essere inclusa in un complesso di attività socio-sanitarie con un orizzonte di intervento ben più ampio.

L'organizzazione mondiale della sanità (WHO 2014, p. 89), ha sottolineato la necessità che la presa in carico dei pazienti con disturbi psichici non consista solo in una presa in carico di tipo strettamente sanitario, ma sociale *lato sensu*. L'OMS ha sottolineato che la scarsità di risorse destinate alla gestione del fenomeno (confermata nel nostro caso dal basso numero di prestazioni psicologiche e psichiatriche) spinge alla sua gestione solo farmacologica. Al contrario, secondo l'OMS tutto lo staff del carcere, non solo quello sanitario, dovrebbe essere investito della responsabilità di farsi carico dei problemi di natura sociale e relazionale dei detenuti con disagio psichico, alleviando così il

fenomeno. Tale tipo di politica, aggiunge l'OMS, porta degli indubbi vantaggi anche sul piano della sicurezza e della custodia. Sono diversi i fattori sui quali tutto lo staff dovrebbe intervenire per dare una risposta al fenomeno, pur in un contesto di scarsità di risorse: sovraffollamento, violenza, solitudine, assenza di privacy, carenza di attività trattamentali (lavoro e istruzione), isolamento dal mondo esterno, insicurezza sulle prospettive future, difficoltà di comunicazione linguistico/culturale, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e sociali. In tale contesto è chiaro che l'assistenza di tipo medico e la terapia farmacologica dovrebbero rappresentare solo un tassello di una presa in carico sociale da parte dell'istituzione penitenziaria.

13. Bibliografia

Altice FL, Marinovich A, Khoshnood K, et al. *Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection*. J Urban Health 2005; 82(2): 312-326.

ARS Toscana, *La salute dei detenuti in toscana*, 2013, www.ars.toscana.it

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

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

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

Cohen, S. & Taylor, L., *Psychological Survival: The Experience of Long-Term Imprisonment*, Middlesex, UK, Pelican 1972;

Condon L, Gill H, Harris F. *A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence*. J Clin Nurs 2007; 16(7): 1201-1209.

Di Paola A, Lincoln T, Skiest DJ, et al., *Design and methods of a double blind randomized placebo-controlled trial of extended-release naltrexone for HIV-infected, opioid dependent prisoners and jail detainees who are transitioning to the community*. Contemp Clin Trials 2014; 39(2): 256-268.

Esposito M. (eds), *Malati in carcere*, Franco Angeli, Milano 2007

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

Gonin D., *La santé incarcérée*, l'Archipel, Paris 1991 (trad. it. D. Gonin, *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele, Torino 1994)

Hochstetler, A.L., Murphy, D.S. & Simons, R.L. *Damaged goods: exploring predictors of distress in prison inmates*, in *Crime & Delinquency*, 50(3), 436-457, 2004

I. Donnell, I, K. Edgar, *Routine victimization in prison*, in *Howard Journal of Criminal Justice*, 375, 1998, pp. 266-279;

- J. L. Ireland, *Bullying among prisoners: a review of research*, *Aggression and Violent Behavior*, 5(2), 2000, pp. 201-215
- K. Edgar, *Bullying, victimization and safer prisons*, in *Probation Journal*, 52(4), 2005, pp. 390-400;
- K. Edgar, D. Rickford, *Too little too late: an independent review of unmet mental health need in prison*, PRT, London 2009
- Loeb SJ, Abudagga A. *Health-related research on older inmates: an integrative review*. *Res Nurs Health* 2006; 29: 556-65.
- Meyer JP et al. *Partner Violence and Health among HIV-Infected Jail Detainees*. *Int J Prison Health* 2013; 9(3): 124-141.
- Meyer JP, Cepeda J, Wu J, et al. *Optimization of human immunodeficiency virus treatment during incarceration: viral suppression at the prison gate*. *JAMA Intern Med* 2014; 174(5): 721-9.
- Meyer JP, Chen NE, Springer SA. *HIV Treatment in the Criminal Justice System: Critical Knowledge and Intervention Gaps*. *AIDS Res Treat* 2011; 2011: 680617.
- Saber-Tehrani AS, Springer SA, Qiu J, et al. *Rationale, study design and sample characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners transitioning to the community – a potential conduit to improved HIV treatment outcomes*. *Contemp Clin Trials* 2012; 33(2): 436-44.
- Schnittker J, John A. *Enduring stigma: the long-term effects of incarceration on health*. *J Health Soc Behav* 2007; 48(2): 115-130.
- Springer SA, Azar MM, Altice FL. *HIV, alcohol dependence, and the criminal justice system: a review and call for evidence-based treatment for released prisoners*. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011; 37(1): 12-21.
- Springer SA, Bruce RD. *A pilot survey of attitudes and knowledge about opioid substitution therapy for HIVinfected prisoners*. *J Opioid Manag* 2008; 4(2): 81-86.
- Springer SA, Chen S, Altice FL. *Improved HIV and substance abuse treatment outcomes for released HIV-infected prisoners: the impact of buprenorphine treatment*. *J Urban Health* 2010; 87(4): 592-602.
- Springer SA, Friedland GH, Doros G, et al. *Antiretroviral treatment regimen outcomes among HIV-infected prisoners*. *HIV Clin Trials* 2007; 8(4): 205-212.

Springer SA, Pesanti E, Hodges J, et al. *Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community*. Clin Infect Dis 2004; 38(12): 1754-60.

Springer SA, Spaulding AC, Meyer JP, et al. *Public health implications for adequate transitional care for HIVinfected prisoners: five essential components*. Clin Infect Dis 2011; 53(5): 469-79.

Springer SA. *Improving healthcare for incarcerated women*. J Womens Health (Larchmt) 2010; 19(1): 13-15.

V. De Donatis, O. Sagulo, *Il divenire della medicina penitenziaria attraverso la conoscenza dello stato di salute della popolazione detenuta*, in M. Esposito, *Malati in carcere*, Franco Angeli, Milano 2007, pp. 124-159

Wilper AP et al. *The health and health care of US prisoners: results of a nationwide survey*. Am J Public Health 2009; 99: 666-672.

World Health Organization (WHO), Regional Office: Europe. *Prisons and Health*. WHO 2014:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1

14. Tabelle

Tabella 1 – disturbi psichici rilevati nel campione

Diagnosi disturbo psichico	%	numero	classe
F412 - Disturbo misto ansioso depressivo	8%	7	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F6031 - TIPO BORDERLINE	7%	6	(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F609 - Disturbo di personalita' non specificato	7%	6	(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F411 - Disturbo d'ansia generalizzata	6%	5	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F604 - Disturbo istrionico di personalita'	6%	5	(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F610 - DISTURBI DI PERSONALITA' MISTI	5%	4	(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F320 - Episodio depressivo lieve	4%	3	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F339 - Disturbo depressivo ricorrente non specificato	4%	3	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F41 - Altri disturbi d'ansia	4%	3	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F418 - Altri disturbi ansiosi specificati	4%	3	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F313 - Disturbo affettivo bipolare, episodio depressivo lieve o di media gravita' in atto	2%	2	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F33 - Disturbo depressivo ricorrente	2%	2	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F410 - Disturbo da attacchi di panico (ansia episodica parossistica)	2%	2	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F419 - Disturbo ansioso non specificato	2%	2	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F42 - Disturbo ossessivo-compulsivo	2%	2	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e

			somatoformi
F430 - Reazione acuta da stress	2%	2	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F4320 - REAZIONE DEPRESSIVA BREVE	2%	2	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F510 - Insonnia non organica	2%	2	(F50-F59) Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici
F60 - Disturbi di personalità specifici	2%	2	(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F600 - Disturbo di personalita' paranoide	2%	2	(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F602 - Sindrome antisociale di personalita'	2%	2	(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F230 - Disturbo psicotico acuto polimorfo senza sintomi schizofrenici	1%	1	(F20-F29) Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti
F259 - Disturbo schizoaffettivo non specificato	1%	1	(F20-F29) Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti
F316 - Disturbo affettivo bipolare, episodio misto in atto	1%	1	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F317 - Disturbo affettivo bipolare attualmente in remissione	1%	1	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F32 - Episodio depressivo	1%	1	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F322 - Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici	1%	1	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F332 - Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave senza sintomi psicotici in atto	1%	1	(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)
F409 - Disturbo ansioso fobico non specificato	1%	1	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F43 - Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento	1%	1	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F432 - Disturbi dell'adattamento	1%	1	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F4322 - REAZIONE MISTA ANSIOSO DEPRESSIVA	1%	1	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e

			somatoformi
F4323 - CON PREVALENTE DISTURBO DEGLI ASPETTI EMOZIONALI	1%	1	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F459 - Disturbo somatoforme non specificato	1%	1	(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi
F603 - Disturbo di personalita' emotivamente instabile	1%	1	(F60-F69) Disturbi della personalita' e del comportamento nell'adulto
F6030 - TIPO IMPULSIVO	1%	1	(F60-F69) Disturbi della personalita' e del comportamento nell'adulto
F69 - Disturbo non specificato della personalita' e del comportamento nell'adulto	1%	1	(F60-F69) Disturbi della personalita' e del comportamento nell'adulto
F99 - Disturbo mentale S.A.I.	1%	1	(F99) Disturbo mentale non specificato

Grafico 4

Diagnosi disturbo psichico

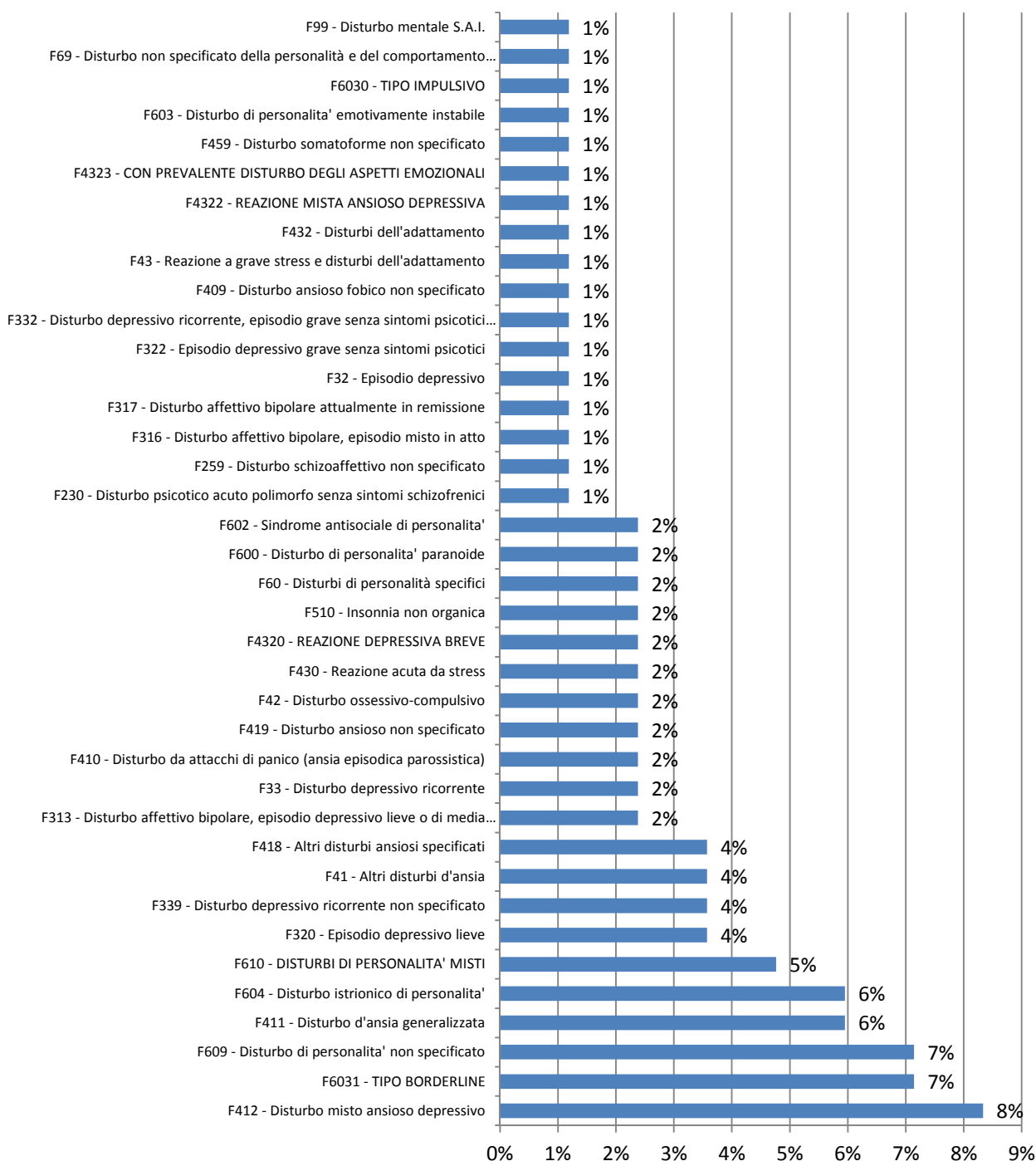


TABELLA 2 – classificazione disturbi psichici

Diagnosi disturbo psichico per classi	%	numeri
(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	40,5 %	34
(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	35,7 %	30
(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)	17,9 %	15
(F50-F59) Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici	2,4%	2
(F20-F29) Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	2,4%	2
(F99) Disturbo mentale non specificato	1,2%	1
		84

TABELLA 3. tempi diagnosi – totale delle diagnosi sia psichiche che legate a consumo alcool o sostanze

intervallo diagnosi	percentuale	mesi (formula)	mesi (valori)
diagnosi all'ingresso	60%	195	195
diagnosi entro il 1 mese	7%	21	21
diagnosi tra 2 e 3 mesi	7%	21	21
diagnosi tra 4 e 6 mesi	5%	15	15
diagnosi tra 7 e 12 mesi	6%	19	19
diagnosi tra 13 e 18 mesi	4%	14	14
superiore a 18 mesi	12%	38	38

Tabella 4 - tempi prima diagnosi - disturbi psichici

tempi diagnosi - disturbi psichici				
intervallo diagnosi	percentuale	mesi (formula)	mesi (valori)	
diagnosi all'ingresso	17%	15	15	
diagnosi entro il 1 mese	5%	4	4	
diagnosi tra 2 e 3 mesi	13%	11	11	
diagnosi tra 4 e 6 mesi	9%	8	8	
diagnosi tra 7 e 12 mesi	16%	14	14	
diagnosi tra 13 e 18 mesi	7%	6	6	
superiore a 18 mesi	30%	26	26	

TABELLA 5- tempi prima diagnosi - disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool

intervallo diagnosi	percentuale	mesi (formula)	mesi (valori)
diagnosi all'ingresso	76%	180	180
diagnosi entro il 1 mese	7%	17	17
diagnosi tra 2 e 3 mesi	4%	10	10
diagnosi tra 4 e 6 mesi	3%	7	7
diagnosi tra 7 e 12 mesi	2%	5	5
diagnosi tra 13 e 18 mesi	3%	8	8
superiore a 18 mesi	5%	12	12

Tabella 6 - tempi medi della prima diagnosi per classe di disturbo psichico

Classe disturbo	% casi	tempo in mesi	percentuale casi diagnosticati all'ingresso
(F40-F48) Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	40%	15	29%
(F60-F69) Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	36%	22,4	10%
(F30-F39) Disturbi dell'umore (affettivi)	18%	17	7%
(F50-F59) Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici	2%	32	0%
(F20-F29) Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	2%	5	50%
(F99) Disturbo mentale non specificato	1%	5	0%

Tabella 7 - Diagnosi disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool

	%	numero
F112 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi-Sindrome di dipendenza	20,9 %	50
F11 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	18,8 %	45
F102 - Sindrome di dipendenza	11,3 %	27
F142 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina-Sindrome di dipendenza	10,9 %	26
F14 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina	9,6%	23
F10 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	8,4%	20
F122 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi-Sindrome di dipendenza	5,4%	13
F12 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi	2,9%	7
F141 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina-Uso dannoso	2,5%	6
F111 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi-Uso dannoso	2,1%	5
F110 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'intossicazione da oppioidi	1,7%	4
F152 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina-Sindrome di dipendenza	0,8%	2

F192 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive-Sindrome di dipendenza	0,8%	2
F100 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'intossicazione acuta da alcol	0,4%	1
F101 - Uso dannoso	0,4%	1
F113 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi-Stato di astinenza	0,4%	1
F117 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi-Disturbo psicotico residuo o ad esordio tardivo	0,4%	1
F132 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici-Sindrome di dipendenza	0,4%	1
F140 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'intossicazione acuta da cocaina	0,4%	1
F148 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina-Altri disturbi psichici e comportamentali	0,4%	1
F105 - Disturbo psicotico	0,4%	1
F109 - Disturbi psichici e comportamentali non specificati	0,4%	1

Tabella 8 – Classificazione diagnosi disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool

uso oppioidi	44%	106
sindrome dipendenza	11%	27
uso cocaina	24%	57
uso alcool	9%	21
uso cannabinoidi	8%	20
altri stimolanti	1%	2
poliassuntori	1%	2
altro	1%	3
uso sedativi	0%	1

Tabella 8 – Casi con doppia diagnosi di disturbo psichico e disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool

Disturbo psichico	disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool 1	disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool 2	sex	cittadinanza
F320 - Episodio depressivo lieve	F141 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina-Usa dannoso		Maschile	ITALIA
F411 - Disturbo d'ansia generalizzata	F14 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina		Maschile	ITALIA
F412 - Disturbo misto ansioso depressivo	F112 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi-Sindrome di dipendenza		Maschile	ITALIA
F412 - Disturbo misto ansioso depressivo	F142 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina-Sindrome di dipendenza	F102 - Sindrome di dipendenza	Maschile	ITALIA
F4320 - REAZIONE DEPRESSIVA BREVE	F111 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi-Usa dannoso		Maschile	ITALIA
F6031 - TIPO BORDERLINE	F11 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	F142 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina-Sindrome di dipendenza	Femminile	ITALIA

F6031 - TIPO BORDERLINE	F117 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi- Disturbo psicotico residuo o ad esordio tardivo		Maschile	ITALIA
-------------------------	---	--	----------	--------

Tabella 9 – Eventi Critici

tipo evento critico		
	%	nr.
Autolesionismo	93%	38
Eterolesionismo	5%	2
Tentato suicidio	2%	1

Tabella 10 - nazionalità detenuti che compiono autolesionismo

MAROCCO	13%	3
ITALIA	39%	9
TUNISIA	39%	9
SOMALIA	4%	1
CROAZIA	4%	1

Tabella 11 - sesso detenuti che compiono autolesionismo

donne	17%	+7%
uomini	83%	-7%

Tabella 12 - Frequenza disturbi per nazionalità e sesso

	totale disturbi			disturbi psichici			disturbi legati a droga/alco ol			% su totale	
Cittadinanz a	Tot .	M	F	total e	M	F	Tot .	M	F	% disagi o psichi co	% - disagio legato a sostan ze
ITALIA	178	152	26	70	53	17	108	99	9	39%	61%
TUNISIA	56	56	0	1	1	0	55	55	0	2%	98%
MAROCCO	37	35	2	1	0	1	36	35	1	3%	97%
ALBANIA	10	10	0	2	2	0	8	8	0	20%	80%
ROMANIA	9	7	2	5	4	1	4	3	1	56%	44%
ALGERIA	5	5	0	0	0	0	5	5	0	0%	100%
SOMALIA	3	3	0	0	0	0	3	3	0	0%	100%
IRAN	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0%	100%
FILIPPINE	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0%	100%
PAKISTAN	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0%	100%
FRANCIA	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0%	100%
BOSNIA- ERZEGOVINA	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0%	100%
IRAQ	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0%	100%
UCRAINA	1	1	0	1	1	0	0	0	0	100%	0%
SVIZZERA	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0%	100%
GERMANIA	1	1	0	1	1	0	0	0	0	100%	0%
REPUBBLICA DOMINICAN A	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0%	100%
CROAZIA	1	0	1	1	0	1	0	0	0	100%	0%
KOSOVO	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0%	100%
SLOVACCHIA	1	1	0	1	1	0	0	0	0	100%	0%
SENEGAL	1	1	0	1	1	0	0	0	0	100%	0%
LIBIA	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0%	100%
SPAGNA	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0%	100%
POLONIA	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0%	100%
PERU'	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0%	100%
MOLDOVA	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0%	100%

Tabella 13 - Frequenza disturbi psichici per nazionalità

ITALIA	83%
ROMANIA	6%
ALBANIA	2%
TUNISIA	1%
MAROCCO	1%
UCRAINA	1%
GERMANIA	1%
CROAZIA	1%
SLOVACCHIA	1%
SENEGAL	1%

Tabella 14 - Frequenza disturbi legati a consumo sostanze per nazionalità

ITALIA	45%
TUNISIA	23%
MAROCCO	15%
ALBANIA	3%
ALGERIA	2%
ROMANIA	2%
SOMALIA	1%
IRAN	1%
FILIPPINE	1%
PAKISTAN	1%
FRANCIA	1%
BOSNIA-ERZEGOVINA	1%
IRAQ	1%

Tabella 15 - Posizione giuridica detenuti con diagnosi disagio psichico e/o disagio legato a uso sostanze/alcool

	% definitiv i	% NON DEFINITIV I	Nr TOTAL E	nr definitiv i
detenuti senza diagnosi	53%	47%	479	252
detenuti con diagnosi di disagio psichico	73%	37%	56	41
detenuti con diagnosi disturbo psichico legato all'uso di sostanze e/o alcool	50%	50%	193	96
detenuti con doppia diagnosi	71%	39%	7	5

Tabella 16 - Numero carcerazioni e tempo trascorso in carcere

	det. senza diagnosi	Campion e psic.	det. solo psic.	det. ts. o alc.	det. doppia diagnosi
Numero precedenti incarcerazioni	2,8	4,1	2,8	4,4	5,2
media giorni trascorsi in carcere nelle carcerazioni precedenti	730	1006	704	1104	949
Media giorni scontati al 31 dicembre 2015-carcerazione attuale	1182	675	159 3	398	1095

TABELLA 17 – Numero di prescrizioni per tipo di farmaco – tutto il campione

TIPO FARMACO	NUMERO PRESCRIZIONI
BRUFEN*30CPR RIV 600MG	38
TAVOR*20CPR 2,5MG	37
TACHIPIRINA*16CPR DIV 1000MG	28
DIAZEPAM ABC*OS GTT FL 20ML	26
RIBAVIRINA*FL 140CPS 200MG	20
TRITTICO*OS GTT 30ML 60MG/ML	19
VALIUM*OS GTT 20ML 5MG/ML	17
AULIN*OS GRAT 30BUST 100MG	16
AULIN*OS GRAT 30BUST 100MG	16
MIRTAZAPINA ACT*30CPR ORO 30MG	16
DICLOREUM*20CPS 150MG RP	13
ESKIM*20CPS MOLLI 1000MG	13
CARDIOASPIRIN*30CPR GAST 100MG	13
TACHIDOL*16CPR RIV 500MG+30MG	12
XANAX*OS GTT FL 20ML 0,75MG/ML	12
PANTORC*14CPR GASTR 40MG	11
XANAX*20CPR 0,50MG	11
BENADON*10CPR GASTRORES 300MG	10
PANTORC*28CPR GASTR 40MG	9
DEPAKIN*CHRONO 30CPR 300MG RP	9
AUGMENTIN*12CPR RIV 875MG+125M	8
BENERVA*20CPR 300MG	8
KLACID*14CPR RIV 500MG	8

DEPAKIN*CHRONO 30CPR 500MG RP	8
PARACETAMOLO*16CPR DIV 1000MG	7
METADONE CL.AFOM*OS 20ML 5MG/M	7
DICLOREUM*INIET 6F 75MG 3ML	7
BUSCOPAN*30CPR RIV 10MG	7
TRIAEC*14CPR DIV 5MG	7
DIAZEPAM*OS GTT 20ML	7
ENTUMIN*OS GTT 10ML 100MG/ML	7
RIVOTRIL*OS GTT 10ML 2,5MG/ML	6
NORVASC*28CPR 5MG	5
LAROXYL*OS GTT 20ML 4%	5
METADONE CL.AFOM*OS 1LT 1MG/1M	5
SEACOR*20CPS 1G	5
XANAX*20CPR 0,25MG	5
DELORAZEPAM ABC*OS GTT FL 20ML	5
FOSTER*INAL 120D 100/6MCG	5
GABAPENTIN ABC*50CPS 300MG	5
ZIMOX*12CPR 1G	4
TACHIDOL*AD 10BUST 500MG+30MG	4
PURSENNID*30CPR RIV 12MG	4
STILNOX*30CPR RIV 10MG	4
AKINETON*60CPR 2MG	4
TRUVADA*30CPR RIV 200MG/245MG	4
NORVIR*FL 30CPR RIV 100MG	4
TAVOR*20CPR 1MG	4
TAVOR*20CPR ORO 2,5MG	4
PANTORC*28CPR GASTR 20MG	4
ALCOVER*OS 12FL 10ML	4
METOPROLOLO ANG*30CPR 100MG	4
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO*SC 1FL 80MCG+1F	4
DIAZEPAM*OS GTT 20ML 5MG/ML	4
MOTILIUM*OS SOSP 200ML 1MG/ML	4
TACHIDOL*16CPR EFF 500MG+30MG	4
VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	3
CITALOPRAM ABC*28CPR RIV 20MG	3
KETOSELECT*30CPS 50MG	3
EUTIROX*50CPR 100MCG	3
DIBASE*OS GTT 10ML 10000UI/ML	3
DIAZEPAM M.G.*OS GTT FL 20ML	3
PANTOPAN*14CPR GASTR 20MG	3
ZOLOFT*15CPR RIV 50MG	3
NOZINAN*20CPR RIV 25MG	3
BETABIOPTAL*COLL SOSP 0,2+0,5%	3
SERTRALINA ACT*30CPR RIV 50MG	3
HALDOL*OS GTT 30ML 2MG/ML	3
TAUTUX*OS GTT 30ML 6%	3

ESKIM 1000	3
CERCHIO*20CPR DIV 10MG	3
SUBOXONE*28CPR SUBLING 2+0,5MG	3
FELISON*30CPS 30MG	3
METFORMINA AURO*30CPR RIV850MG	3
MAALOX*30CPR MAST 400MG+400MG	3
SELOKEN*50CPR 100MG	3
DELORAZEPAM ALTER*OS GTT 20ML	3
DEURSIL*20CPS 300MG	3
HUMALOG*KWIKPEN 5PEN 3ML BORDE	3
EFEXOR*10CPS 150MG RP	3
LEVOPRAID*20CPR 50MG	3
LORAZEPAM DOROM*OS GTT FL 10ML	3
NEOFURADANTIN*20CPS 50MG	3
OMATROPINA LUX*COLL 1FL 9ML 1%	3
TOBRADEX*COLL 5ML 0,3%+0,1%	3
TALOFEN*GTT FL 30ML 4G/100ML	3
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	3
TOLEP*50CPR DIV 300MG	3
REPAGLINIDE ACT*90CPR 1MG	3
METFORMINA AUR*60CPR RIV1000MG	3
PANTORC*14CPR GASTR 20MG	3
ANAFRANIL*20CPR DIV 75MG R.P.	3
METFORMINA ACT*40CPR RIV 850MG	3
BRONCOVALEAS SPRAY	2
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO*SC 1FL 100MCG+1F	2
TRITTICO*30CPR DIV 50MG	2
CLENIL*AER 20FL 1D 0,8MG/2ML	2
ASPIRINA*20CPR 500MG	2
AUGMENTIN*12CPR RIV 875+125MG	2
ATENOLOLO ABC*50CPR RIV 100MG	2
TEGRETOL*50CPR 200MG	2
ZYPREXA*28CPR RIV 5MG	2
PREZISTA*FL60CPR RIV 400MG	2
COAPROVEL*28CPR 300MG+12,5MG	2
ZOLOFT*15CPR RIV 100MG	2
ZYPREXA VELOTAB*28CPR ORO 10MG	2
SUBUTEX*7CPR SUBLING 2MG	2
TRITTICO*30CPR DIV 100MG	2
NOZINAN*20CPR RIV 100MG	2
EFFORTIL*OS GTT 15G 0,75%	2
DEPAKIN*CHRONO FL30CPR500MG RP	2
DILTIAZEM DOC*24CPR 120MG RP	2
CITALOPRAM ABC*OS GTT FL 15ML	2
GABAPENTIN ABC*50CPS 100MG	2
MICONAZOLO*GEL ORALE 80G 2%	2

RISPERIDONE ACT*60CPR 1MG AL/	2
OMNIC*20CPS 0,4MG RM	2
DAPAROX*28CPR RIV 20MG PVC/PE/	2
ZYPREXA VELOTAB*28CPR ORO 5MG	2
ORUDIS*30CPS 50MG	2
ISENTRESS*FL 60CPR RIV 400MG	2
TRIATEC*28CPR DIV 2,5MG	2
TRAZODONE CLORIDRATO*OS GTT 30ML 60MG/ML	2
FLUOXETINA ALTER*28CPS 20MG	2
RANIDIL*20CPR RIV 150MG	2
SINVACOR*28CPR RIV 20MG	2
CITOFOLIN*10CPR 15MG	2
TOPIRAMATO ACC*FL 60CPR 50MG	2
LEVOXACIN*5CPR RIV 500MG	2
LYRICA*14CPS 75MG	2
PAROXETINA ACT*28CPR RIV 20MG	2
ISOPTIN*30CPR 120MG RP	2
CARDICOR*28CPR RIV 2,5MG	2
REYATAZ*1BLIST 30CPS 300MG	2
seretide diskus 50/500 mcg (personale)	2
CONTRAMAL*20CPR 100MG RP	2
SEROQUEL*60CPR 200MG RP	2
PARACETAMOLO RAT*16CPR EFF 1G	2
MICOFENOLATO M CR*50CPR 500MG	2
PROGRAF*30CPS 5MG	2
PROGRAF*60CPS 1MG	2
ALIFLUS*DISKUS 50/500 INAL 60D	2
KEPPRA*60CPR RIV 500MG	2
TRITTICO*30CPR DIV 75MG R.P	2
PLAQUENIL*30CPR RIV 200MG	2
ATORVASTATINA AC*30CPR RIV10MG	2
EUCARBON*30CPR	2
TRITTICO*20CPR DIV 150MG R.P.	2
IFENEC*EMULS CUT 30G 1%	2
RAMIPRIL ACTAVIS*28CPR 2,5MG	2
RISPERIDONE AHCL ACC*60CPR 1MG	2
alifluss 50/500	2
MYLICON GAS*50CPR MAST 40MG	2
EPALFEN*OS 20BUST 6G	2
CERCHIO CP	1
SUBUTEX*7CPR SUBLING 8MG	1
DELTACORTENE*10CPR 25MG	1
GABAPENTIN ALTER*50CPS 300MG	1
ETINILESTR GEST MG*21CPR 20+75	1
PANTOPRAZOLO ACT*14CPR 20MG	1
MIRTAZAPINA BLUEF*30CPR ORO30M	1

CIPRALEX*28CPR RIV 20MG BLIS B	1
ZYPREXA*28CPR RIV 10MG	1
IMIGRAN*SC 2SIR 6MG 0,5ML+AUTO	1
DIAZEPAM SANDOZ*OS GTT FL 20ML	1
LAEVOLAC*SCIR 180ML 66,7G/100M	1
KIVEXA*FL 30CPR RIV 600MG+300M	1
DIAZEPAM RATIO*OS GTT FL 20ML	1
PARACETAMOLO*20CPR 500MG	1
XALATAN*GTT OFT 2,5ML 0,005%	1
LORAZEPAM ALTER*20CPR RIV2,5MG	1
DEPAKIN*40CPR GASTROR 500MG	1
MEDROL*20CPR DIV 16MG	1
ASPIRINA*FL 20CPR 500MG	1
RANIDIL SOLUB*10CPR EFF 300MG	1
MIRTAZAPINA MG*30CPR RIV 30MG	1
LEVOPRAID*20CPR 25MG	1
BENTELAN*10CPR EFF 0,5MG	1
METADONE CL.AFOM*OS500ML 5MG/M	1
DALMADORM*30CPS 30MG	1
ATORVASTATINA AC*30CPR RIV40MG	1
CYMBALTA*28CPS GASTROR 60MG	1
TRANEX*30CPS 250MG	1
EPOETINA ALFA*1SIR 4000UI 0,4ML	1
FILGRASTIM*1SIR 30MU 0,5ML	1
BRONCOVALEAS*INAL 200D 100MCG/	1
TRIATEC HCT*14CPR 5MG+25MG	1
ATORVASTATINA AL*30CPR RIV10MG	1
SEREUPIN*28CPR RIV 20MG	1
SICCAFLUID*GEL OFT 10G 2,5MG/G	1
TRIMETON*INIET 5F 1ML 10MG	1
FINASTERIDE AHCL*15CPR RIV 5MG	1
TORADOL*IM IV 3F 30MG 1ML	1
COAPROVEL*28CPR RIV 300MG+25MG	1
SALBUTAMOLO SANDOZ*200D 100MCG	1
cardioaspirin	1
lobivon 5 mg	1
neoxidina 250 cc 1 flacone alla settimana	1
DISSENTEN*15CPR 2MG	1
LANTUS*SOLOST 5PEN 100UI/ML3ML	1
VATRAN*25CPR DIV 5MG	1
GABAPENTIN ABC*30CPS 400MG	1
INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO SC PEN 0,5ML 180MCG	1
PARACETAMOLO 16CPR DIV 1000MG	1
KIVEXA*BL 30CPR RIV 600MG+300M	1
SEROQUEL*60CPR RIV 300MG	1
IMIGRAN*4CPR RIV 100MG	1

ZOLOFT*30CPR RIV 100MG	1
SERTRALINA ACT*30CPR RIV 100MG	1
FULCRO*20CPS 200MG	1
CRESTOR*28CPR RIV 5MG	1
TOPAMAX*60CPR RIV 50MG	1
DIAZEPAM ACTAVIS*OS GTT 20ML	1
TORVAST*30CPR RIV 20MG	1
CONGESCOR*28CPR RIV 2,5MG	1
NITRODERM TTS*15CER 5MG/DIE	1
COMBIVIR*60CPR RIV 150MG+300MG	1
TRITTICO 75MG CP	1
SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1
ventolin 100 mcg spray (personale)	1
GARDENALE*20CPR 100MG	1
SEROQUEL*60CPR 300MG RP	1
ATAZANAVIR SOLFATO*1FL 30CPS 300MG	1
EMTRICITABINA/TENOFOVIR	1
DISOPROXIL*30CPR RIV 200MG/245MG	
RITONAVIR*FL 30CPR RIV 100MG	1
MIRTAZAPINA MG*30CPR OROD 30MG	1
DELTACORTENE*10CPR 5MG	1
OLANZAPINA ACT*28CPR 10MG	1
CARDURA*20CPR DIV 4MG	1
EFEXOR*14CPS 75MG RP	1
KARVEZIDE*28CPR 300MG+12,5MG	1
EN*IM IV 3F 1ML 5MG	1
ROCEFIN*IM 1FL 1G+F 3,5ML	1
TAVOR*GTT FL 10ML 2MG/ML	1
BETADINE*SOLUZ VAG 5FL+5F+5CAN	1
NORVIR*4FL 84CPS 100MG	1
GINODEN*21CPR RIV 0,075+0,03MG	1
ASPIRINETTA*30CPR 100MG	1
HALDOL*OS GTT 30ML 10MG/ML	1
ALPRAZOLAM ABC*20CPR 1MG	1
ATORVASTATINA AL*30CPR RIV20MG	1
DIAZEPAM EG*OS GTT 20ML 5MG/ML	1
Felison 30 mg	1
ENAPREN*28CPR 5MG	1
ENBREL*SC 2FL 50MG+2SIR+2AGHI+	1
LEFLUNOMIDE SA*FL30CPR RIV20MG	1
CALCIUM SANDOZ*20CPR EFF 500MG	1
SIMVASTATINA ABC*28CPR RIV20MG	1
ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO*30CPR 500MG RP	1
VENLAFAXINA CLORIDRATO*14CPS 75MG RP	1
TRAZODONE CLORIDRATO*30CPR DIV 75MG R.P	1

QUETIAPINA FUMARATO*60CPR 300MG RP	1
ATRIPLA*30CPR RIV600+200+245MG	1
CIPRALEX*28CPR RIV 10MG BLIS B	1
RIZALIV*3CPR 10MG	1
MAALOX PLUS*12CPR MAST	1
AVODART*30CPS MOLLI 0,5MG	1
FOSFATO SODICO AC*CLISMA 120ML	1
GLICERINA S.PELL*AD 18SUPP2,25	1
ENTECAVIR*FL 30CPR RIV 0,5MG	1
DIFLUCAN*7CPS 200MG	1
SINVACOR*10CPR RIV 20MG	1
AMISULPRIDE MG*12CPR 50MG	1
REMERON*30CPR ORODISP 30MG	1
MIRTAZAPINA*30CPR ORODISP 30MG	1
OLANZAPINA*28CPR RIV 10MG	1
LORAZEPAM*20CPR RIV 2,5M	1
TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO*16CPR 160MG+800MG	1
EUTIROX*50CPR 25MCG	1
PANTOPRAZOLO ALMUS*14CPR 20MG	1
clobesol	1
daivonex cr	1
PEVARYL*CREMA 30G 1%	1
ELAZOR*7CPS 200MG	1
brufen	1
TAVOR 2,5 MG CPR	1
CITALOPRAM ACT*28CPR RIV 20MG	1
INEGY*30CPR 10MG/20MG PTFE/PVC	1
METOPROLOLO HEXAN*30CPR 100MG	1
monocinque 40 mg	1
ramipril 2,5 mg cpr	1
SEACOR 1000	1
CARDIOASPIRIN 100 mg 30 CPR AUSL	1
APROVEL*28CPR 150MG	1
AISOSKIN*30CPS MOLLI 20MG	1
CITALOPRAM ABC*14CPR RIV 40MG	1

**TABELLA 18 – Numero di prescrizioni per tipo di farmaco – detenuti
con diagnosi di disturbo psichico**

TIPO FARMACO	det psichici
DIAZEPAM ABC*OS GTT FL 20ML	22
TAVOR*20CPR 2,5MG	14
XANAX*OS GTT FL 20ML 0,75MG/ML	12
CARDIOASPIRIN*30CPR GAST 100MG	10
BRUFEN*30CPR RIV 600MG	7
TRITTICO*OS GTT 30ML 60MG/ML	7
ESKIM*20CPS MOLLI 1000MG	7
XANAX*20CPR 0,50MG	7
TRIA TEC*14CPR DIV 5MG	6
MIRTAZAPINA ACT*30CPR ORO 30MG	5
DEPAKIN*CHRONO 30CPR 300MG RP	5
RIVOTRIL*OS GTT 10ML 2,5MG/ML	5
DELORAZEPAM ABC*OS GTT FL 20ML	5
GABAPENTIN ABC*50CPS 300MG	5
TACHIPIRINA*16CPR DIV 1000MG	4
RIBAVIRINA*FL 140CPS 200MG	4
TACHIDOL*16CPR RIV 500MG+30MG	4
PANTORC*14CPR GASTR 40MG	4
PANTORC*28CPR GASTR 40MG	4
KLACID*14CPR RIV 500MG	4
DIAZEPAM*OS GTT 20ML	4
XANAX*20CPR 0,25MG	4
AULIN*OS GRAT 30BUST 100MG	3
AULIN*OS GRAT 30BUST 100MG	3
DICLOREUM*INIET 6F 75MG 3ML	3
ENTUMIN*OS GTT 10ML 100MG/ML	3
NORVASC*28CPR 5MG	3
SEACOR*20CPS 1G	3
TAVOR*20CPR ORO 2,5MG	3
BETABIOPTAL*COLL SOSP 0,2+0,5%	3
ESKIM 1000	3
METFORMINA AURO*30CPR RIV850MG	3
SELOKEN*50CPR 100MG	3
DELORAZEPAM ALTER*OS GTT 20ML	3
EFEXOR*10CPS 150MG RP	3
LEVOPRAID*20CPR 50MG	3
LORAZEPAM DOROM*OS GTT FL	3

10ML	
TOLEP*50CPR DIV 300MG	3
ANAFRANIL*20CPR DIV 75MG R.P.	3
METFORMINA ACT*40CPR RIV 850MG	3
VALIUM*OS GTT 20ML 5MG/ML	2
DEPAKIN*CHRONO 30CPR 500MG RP	2
LAROXYL*OS GTT 20ML 4%	2
FOSTER*INAL 120D 100/6MCG	2
ZIMOX*12CPR 1G	2
AKINETON*60CPR 2MG	2
TAVOR*20CPR 1MG	2
METOPROLOLO ANG*30CPR 100MG	2
MOTILIUM*OS SOSP 200ML 1MG/ML	2
TACHIDOL*16CPR EFF 500MG+30MG	2
KETOSELECT*30CPS 50MG	2
DIBASE*OS GTT 10ML 10000UI/ML	2
ZOLOFT*15CPR RIV 50MG	2
SERTRALINA ACT*30CPR RIV 50MG	2
TAUTUX*OS GTT 30ML 6%	2
FELISON*30CPS 30MG	2
DEURSIL*20CPS 300MG	2
TALOFEN*GTT FL 30ML 4G/100ML	2
PANTORC*14CPR GASTR 20MG	2
DEPAKIN*CHRONO FL30CPR500MG RP	2
DILTIAZEM DOC*24CPR 120MG RP	2
GABAPENTIN ABC*50CPS 100MG	2
MICONAZOLO*GEL ORALE 80G 2%	2
DAPAROX*28CPR RIV 20MG PVC/PE/	2
ZYPREXA VELOTAB*28CPR ORO 5MG	2
RANIDIL*20CPR RIV 150MG	2
SINVACOR*28CPR RIV 20MG	2
CITOFOLIN*10CPR 15MG	2
TOPIRAMATO ACC*FL 60CPR 50MG	2
PAROXETINA ACT*28CPR RIV 20MG	2
CARDICOR*28CPR RIV 2,5MG	2
ALIFLUS*DISKUS 50/500 INAL 60D	2
PLAQUENIL*30CPR RIV 200MG	2
EUCARBON*30CPR	2
TRITTICO*20CPR DIV 150MG R.P.	2
IFENEC*EMULS CUT 30G 1%	2
RAMIPRIL ACTAVIS*28CPR 2,5MG	2
RISPERIDONE AHCL ACC*60CPR 1MG	2

DICLOREUM*20CPS 150MG RP	1
PARACETAMOLO*16CPR DIV 1000MG	1
BUSCOPAN*30CPR RIV 10MG	1
TACHIDOL*AD 10BUST 500MG+30MG	1
PURSENNID*30CPR RIV 12MG	1
STILNOX*30CPR RIV 10MG	1
PANTORC*28CPR GASTR 20MG	1
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO*SC 1FL 80MCG+1F	1
DIAZEPAM*OS GTT 20ML 5MG/ML	1
VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	1
CITALOPRAM ABC*28CPR RIV 20MG	1
EUTIROX*50CPR 100MCG	1
NOZINAN*20CPR RIV 25MG	1
CERCHIO*20CPR DIV 10MG	1
MAALOX*30CPR MAST 400MG+400MG	1
ATENOLOLO ABC*50CPR RIV 100MG	1
COAPROVEL*28CPR 300MG+12,5MG	1
ZOLOFT*15CPR RIV 100MG	1
EFFORTIL*OS GTT 15G 0,75%	1
OMNIC*20CPS 0,4MG RM	1
TRIA TEC*28CPR DIV 2,5MG	1
TRAZODONE CLORIDRATO*OS GTT 30ML 60MG/ML	1
SEROQUEL*60CPR 200MG RP	1
PARACETAMOLO RAT*16CPR EFF 1G	1
ATORVASTATINA AC*30CPR RIV10MG	1
IMIGRAN*SC 2SIR 6MG 0,5ML+AUTO	1
LAEVOLAC*SCIR 180ML 66,7G/100M	1
PARACETAMOLO*20CPR 500MG	1
XALATAN*GTT OFT 2,5ML 0,005%	1
LEVOPRAID*20CPR 25MG	1
ATORVASTATINA AC*30CPR RIV40MG	1
CYMBALTA*28CPS GASTROR 60MG	1
TRANEX*30CPS 250MG	1
EPOETINA ALFA*1SIR 4000UI 0,4ML	1
FILGRASTIM*1SIR 30MU 0,5ML	1
BRONCOVALEAS*INAL 200D 100MCG/	1
ATORVASTATINA AL*30CPR	1

RIV10MG	
SEREUPIN*28CPR RIV 20MG	1
SICCAFLUID*GEL OFT 10G 2,5MG/G	1
TRIMETON*INIET 5F 1ML 10MG	1
FINASTERIDE AHCL*15CPR RIV 5MG	1
TORADOL*IM IV 3F 30MG 1ML	1
COAPROVEL*28CPR RIV 300MG+25MG	1
SALBUTAMOLO SANDOZ*200D 100MCG	1
cardioaspirin	1
lobivon 5 mg	1
neoxidina 250 cc 1 flacone alla settimana	1
DISSENTEN*15CPR 2MG	1
GABAPENTIN ABC*30CPS 400MG	1
ZOLOFT*30CPR RIV 100MG	1
SERTRALINA ACT*30CPR RIV 100MG	1
FULCRO*20CPS 200MG	1
CRESTOR*28CPR RIV 5MG	1
TOPAMAX*60CPR RIV 50MG	1
DIAZEPAM ACTAVIS*OS GTT 20ML	1
TORVAST*30CPR RIV 20MG	1
CONGESCOR*28CPR RIV 2,5MG	1
NITRODERM TTS*15CER 5MG/DIE	1
TRITTICO 75MG CP	1
MIRTAZAPINA MG*30CPR OROD 30MG	1
OLANZAPINA ACT*28CPR 10MG	1
ASPIRINETTA*30CPR 100MG	1
HALDOL*OS GTT 30ML 10MG/ML	1
ALPRAZOLAM ABC*20CPR 1MG	1
ATORVASTATINA AL*30CPR RIV20MG	1
DIAZEPAM EG*OS GTT 20ML 5MG/ML	1
Felison 30 mg	1
ENBREL*SC 2FL 50MG+2SIR+2AGHI+	1
LEFLUNOMIDE SA*FL30CPR RIV20MG	1
CALCIUM SANDOZ*20CPR EFF 500MG	1
SIMVASTATINA ABC*28CPR RIV20MG	1
AVODART*30CPS MOLLI 0,5MG	1
FOSFATO SODICO AC*CLISMA	1

120ML	
GLICERINA S.PELL*AD 18SUPP2,25	1
DIFLUCAN*7CPS 200MG	1
SINVACOR*10CPR RIV 20MG	1
AMISULPRIDE MG*12CPR 50MG	1
REMERON*30CPR ORODISP 30MG	1
MIRTAZAPINA*30CPR ORODISP 30MG	1
OLANZAPINA*28CPR RIV 10MG	1
LORAZEPAM*20CPR RIV 2,5M	1
EUTIROX*50CPR 25MCG	1
clobesol	1
daivonex cr	1
APROVEL*28CPR 150MG	1
CITALOPRAM ABC*14CPR RIV 40MG	1

Tabella 19 –Numero di prescrizioni per tipo di farmaco – detenuti con diagnosi di disagio psichico legato all’uso di stupefacenti e/o alcool

BRUFEN*30CPR RIV 600MG	30
TAVOR*20CPR 2,5MG	22
TACHIPIRINA*16CPR DIV 1000MG	22
RIBAVIRINA*FL 140CPS 200MG	16
AULIN*OS GRAT 30BUST 100MG	13
AULIN*OS GRAT 30BUST 100MG	13
TRITTICO*OS GTT 30ML 60MG/ML	12
DICLOREUM*20CPS 150MG RP	12
VALIUM*OS GTT 20ML 5MG/ML	11
MIRTAZAPINA ACT*30CPR ORO 30MG	11
BENADON*10CPR GASTRORES 300MG	10
TACHIDOL*16CPR RIV 500MG+30MG	8
AUGMENTIN*12CPR RIV 875MG+125M	8
BENERVA*20CPR 300MG	8
PANTORC*14CPR GASTR 40MG	7
ESKIM*20CPS MOLLI 1000MG	6
DEPAKIN*CHRONO 30CPR 500MG RP	6
PARACETAMOLO*16CPR DIV 1000MG	6
METADONE CL.AFOM*OS 20ML 5MG/M	6
DIAZEPAM ABC*OS GTT FL 20ML	4
XANAX*20CPR 0,50MG	4
KLACID*14CPR RIV 500MG	4
DICLOREUM*INIET 6F 75MG 3ML	4
BUSCOPAN*30CPR RIV 10MG	4
ENTUMIN*OS GTT 10ML 100MG/ML	4
METADONE CL.AFOM*OS 1LT 1MG/1M	4
TRUVADA*30CPR RIV 200MG/245MG	4

NORVIR*FL 30CPR RIV 100MG	4
ALCOVER*OS 12FL 10ML	4
CARDIOASPIRIN*30CPR GAST 100MG	3
PANTORC*28CPR GASTR 40MG	3
DIAZEPAM*OS GTT 20ML	3
LAROXYL*OS GTT 20ML 4%	3
FOSTER*INAL 120D 100/6MCG	3
TACHIDOL*AD 10BUST 500MG+30MG	3
PURSENNID*30CPR RIV 12MG	3
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO*SC 1FL 80MCG+1F	3
DIAZEPAM*OS GTT 20ML 5MG/ML	3
DIAZEPAM M.G.*OS GTT FL 20ML	3
PANTOPAN*14CPR GASTR 20MG	3
HALDOL*OS GTT 30ML 2MG/ML	3
SUBOXONE*28CPR SUBLING 2+0,5MG	3
HUMALOG*KWIKPEN 5PEN 3ML BORDE	3
NEOFURADANTIN*20CPS 50MG	3
OMATROPINA LUX*COLL 1FL 9ML 1%	3
TOBRADEX*COLL 5ML 0,3%+0,1%	3
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	3
REPAGLINIDE ACT*90CPR 1MG	3
METFORMINA AUR*60CPR RIV1000MG	3
DEPAKIN*CHRONO 30CPR 300MG RP	2
SEACOR*20CPS 1G	2
ZIMOX*12CPR 1G	2
STILNOX*30CPR RIV 10MG	2
AKINETON*60CPR 2MG	2
TAVOR*20CPR 1MG	2
PANTORC*28CPR GASTR 20MG	2
METOPROLOLO ANG*30CPR 100MG	2
MOTILIAM*OS SOSP 200ML 1MG/ML	2
TACHIDOL*16CPR EFF 500MG+30MG	2
VENTOLIN*SOSP INAL 200D 100MCG	2
EUTIROX*50CPR 100MCG	2
MAALOX*30CPR MAST 400MG+400MG	2
BRONCOVALEAS SPRAY	2
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO*SC 1FL 100MCG+1F	2
TRITTICO*30CPR DIV 50MG	2
CLENIL*AER 20FL 1D 0,8MG/2ML	2
ASPIRINA*20CPR 500MG	2
AUGMENTIN*12CPR RIV 875+125MG	2
TEGRETOL*50CPR 200MG	2
ZYPREXA*28CPR RIV 5MG	2
PREZISTA*FL60CPR RIV 400MG	2
ZYPREXA VELOTAB*28CPR ORO 10MG	2

SUBUTEX*7CPR SUBLING 2MG	2
TRITTICO*30CPR DIV 100MG	2
NOZINAN*20CPR RIV 100MG	2
CITALOPRAM ABC*OS GTT FL 15ML	2
RISPERIDONE ACT*60CPR 1MG AL/	2
ORUDIS*30CPS 50MG	2
ISENTRESS*FL 60CPR RIV 400MG	2
FLUOXETINA ALTER*28CPS 20MG	2
LEVOXACIN*5CPR RIV 500MG	2
LYRICA*14CPS 75MG	2
ISOPTIN*30CPR 120MG RP	2
REYATAZ*1BLIST 30CPS 300MG	2
seretide diskus 50/500 mcg (personale)	2
CONTRAMAL*20CPR 100MG RP	2
MICOFENOLATO M CR*50CPR 500MG	2
PROGRAF*30CPS 5MG	2
PROGRAF*60CPS 1MG	2
alifluss 50/500	2
MYLICONGAS*50CPR MAST 40MG	2
EPALFEN*OS 20BUST 6G	2
TRIATEC*14CPR DIV 5MG	1
RIVOTRIL*OS GTT 10ML 2,5MG/ML	1
NORVASC*28CPR 5MG	1
XANAX*20CPR 0,25MG	1
TAVOR*20CPR ORO 2,5MG	1
CITALOPRAM ABC*28CPR RIV 20MG	1
KETOSELECT*30CPS 50MG	1
DIBASE*OS GTT 10ML 10000UI/ML	1
NOZINAN*20CPR RIV 25MG	1
SERTRALINA ACT*30CPR RIV 50MG	1
TAUTUX*OS GTT 30ML 6%	1
CERCHIO*20CPR DIV 10MG	1
FELISON*30CPS 30MG	1
DEURSIL*20CPS 300MG	1
PANTORC*14CPR GASTR 20MG	1
ATENOLOLO ABC*50CPR RIV 100MG	1
COAPROVEL*28CPR 300MG+12,5MG	1
OMNIC*20CPS 0,4MG RM	1
TRIATEC*28CPR DIV 2,5MG	1
TRAZODONE CLORIDRATO*OS GTT 30ML 60MG/ML	1
SEROQUEL*60CPR 200MG RP	1
PARACETAMOLO RAT*16CPR EFF 1G	1
TRITTICO*30CPR DIV 75MG R.P	1
ATORVASTATINA AC*30CPR RIV10MG	1
CERCHIO CP	1
SUBUTEX*7CPR SUBLING 8MG	1

DELTACORTENE*10CPR 25MG	1
GABAPENTIN ALTER*50CPS 300MG	1
ETINILESTR GEST MG*21CPR 20+75	1
PANTOPRAZOLO ACT*14CPR 20MG	1
MIRTAZAPINA BLUEF*30CPR ORO30M	1
CIPRALEX*28CPR RIV 20MG BLIS B	1
ZYPREXA*28CPR RIV 10MG	1
DIAZEPAM SANDOZ*OS GTT FL 20ML	1
KIVEXA*FL 30CPR RIV 600MG+300M	1
DIAZEPAM RATIO*OS GTT FL 20ML	1
LORAZEPAM ALTER*20CPR RIV2,5MG	1
DEPAKIN*40CPR GASTROR 500MG	1
MEDROL*20CPR DIV 16MG	1
ASPIRINA*FL 20CPR 500MG	1
RANIDIL SOLUB*10CPR EFF 300MG	1
MIRTAZAPINA MG*30CPR RIV 30MG	1
BENTELAN*10CPR EFF 0,5MG	1
METADONE CL.AFOM*OS500ML 5MG/M	1
DALMADORM*30CPS 30MG	1
TRIATEC HCT*14CPR 5MG+25MG	1
LANTUS*SOLOST 5PEN 100UI/ML3ML	1
VATLAN*25CPR DIV 5MG	1
INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO SC PEN 0,5ML 180MCG	1
PARACETAMOLO 16CPR DIV 1000MG	1
KIVEXA*BL 30CPR RIV 600MG+300M	1
SEROQUEL*60CPR RIV 300MG	1
IMIGRAN*4CPR RIV 100MG	1
COMBIVIR*60CPR RIV 150MG+300MG	1
SPIRIVA RESPIMAT*SOL 1INAL 60D	1
ventolin 100 mcg spray (personale)	1
GARDENALE*20CPR 100MG	1
SEROQUEL*60CPR 300MG RP	1
ATAZANAVIR SOLFATO*1FL 30CPS 300MG	1
EMTRICITABINA/TENOFOVIR	1
DISOPROXIL*30CPR RIV 200MG/245MG	
RITONAVIR*FL 30CPR RIV 100MG	1
DELTACORTENE*10CPR 5MG	1
ROCEFIN*IM 1FL 1G+F 3,5ML	1
TAVOR*GTT FL 10ML 2MG/ML	1
BETADINE*SOLUZ VAG 5FL+5F+5CAN	1
NORVIR*4FL 84CPS 100MG	1
GINODEN*21CPR RIV 0,075+0,03MG	1
ENAPREN*28CPR 5MG	1
ACIDO VALPROICO/SODIO	1
VALPROATO*30CPR 500MG RP	
VENLAFAXINA CLORIDRATO*14CPS 75MG RP	1

TRAZODONE CLORIDRATO*30CPR DIV 75MG R.P	1
QUETIAPINA FUMARATO*60CPR 300MG RP	1
ATRIPLA*30CPR RIV600+200+245MG	1
CIPRALEX*28CPR RIV 10MG BLIS B	1
RIZALIV*3CPR 10MG	1
MAALOX PLUS*12CPR MAST	1
ENTECAVIR*FL 30CPR RIV 0,5MG	1
TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO*16CPR 160MG+800MG	1
PANTOPRAZOLO ALMUS*14CPR 20MG	1
PEVARYL*CREMA 30G 1%	1
ELAZOR*7CPS 200MG	1
brufen	1
TAVOR 2,5 MG CPR	1
CITALOPRAM ACT*28CPR RIV 20MG	1
INEGY*30CPR 10MG/20MG PTFE/PVC	1
METOPROLOLO HEXAN*30CPR 100MG	1
monocinque 40 mg	1
ramipril 2,5 mg cpr	1
SEACOR 1000	1
CARDIOASPIRIN 100 mg 30 CPR AUSL	1
AISOSKIN*30CPS MOLLI 20MG	1

Tabella 20 - Visite psichiatriche, consulenze Sert e colloquio con psicologo

	visita psichiatrica	colloqui psicologici	consulenz a sert	nessun a visita	su tot. Campione
det. psichici	44	0	0	12	56
det. tsd	65	10	153	28	193
det. con doppia diagnosi	5	2	4	1	7

Tabella 21 – Visite specialistichePrestazione	numero
EMOCROMO COMPL.CON FORMULA E PIASTRINE - sangue	388
GPT (ALT) (TRANSAMINASI) - sangue	330
VISITA ODONTOIATRICA	327
VISITA INFETTIVOLOGICA PER CONTROLLO	268
GOT (AST) (TRANSAMINASI) - sangue	197
ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO URINE	189
VISITA PSICHIATRICA	185
ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)	177
VIRUS EPATITE B ANTIGENE s (HBsAg) - sangue	167
VIRUS IMMUNODEF.ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI - sangue	161
VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI - sangue	160
CREATININA - sangue	155
VIRUS EPATITE B ANTICORPI ANTI s (HBsAb) - sangue	150
INTRADERMOREAZIONI CON PPD (TUBERCOLINA SECONDO MANTOUX)	142
GLUCOSIO - sangue	135
COLESTEROLO TOTALE - sangue	102
TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RIC.QUANTIT.CON EMOAGGLUTIN.PASSIVA) (TPHA) - sangue	99
RX TORACE	94
TRIGLICERIDI - sangue	92
TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (FLOCCULAZIONE) (VDRL) (RPR) - sangue	90
COLESTEROLO HDL - sangue	87
COCAINA - urine	83
CANNABINOIDI - urine	82
METADONE - urine	81
OPPIACEI - urine	79
VISITA INFETTIVOLOGICA	74
VISITA DERMATOLOGICA	73
VIRUS EPATITE C (HCV) ANALISI QUANTIT.DI HCV RNA - sangue	69
VISITA OCULISTICA COMPLETA	68
TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RIC.QUALITAT.CON EMOAGGLUTIN.PASSIVA) (TPHA) - sangue	58
VISITA PSICHIATRICA PER CONTROLLO	58
BILIRUBINA TOTALE - sangue	54
TIREOTROPINA (TSH) - sangue	51
GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) - sangue	49
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	46
TIROXINA LIBERA (FT4) - sangue	43
VIRUS EPATITE C (HCV) ANALISI QUALIT.DI HCV RNA - sangue	42
VISITA CARDIOLOGICA	41

VISITA GINECOLOGICA	39
LATTATO DEIDROGENASI (LDH) - sangue	38
ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA) - sangue	37
ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA) - sangue	36
ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA) - sangue	36
COLESTEROLO LDL - sangue	32
VIRUS EPATITE B ANTICORPI ANTI c (HBcAb) - sangue	31
EMOGLOBINA (Hb) GLICATA - sangue	26
TSH REFLEX (CON EVENTUALI FT3/FT4) - sangue	26
VISITA ORTOPEDICA	24
TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA SANGUE	23
CREATINCHINASI (CPK o CK) - sangue	22
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO (\$)	22
FERRO SIERICO	22
FERRITINA - sangue	20
BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA - sangue	19
PROTEINA C REATTIVA - sangue	19
VIRUS IMMUNODEF.ACQUISITA (HIV) ANALISI QUANTIT.DI RNA (PREVIA PCR) - sangue	19
VELOCITA' SEDIMENTAZIONE EMASIE (VES) - sangue	18
VISITA CHIRURGICA	17
RX ADDOME	16
VISITA UROLOGICA	16
SANGUE OCCULTO FECI	16
COLTURALE URINE	16
PSA REFLEX (CON EVENTUALE PSA FREE) - sangue	15
ELETTROFORESI PROTEINE SIERICHE - sangue	14
VIRUS EPATITE B ANTIGENE e (HBeAg) - sangue	14
URATO - sangue	14
ECOGRAFIA CUTE E SOTTOCUTE	13
TC TORACE ALTA RISOLUZIONE (HRCT)	13
VIRUS EPATITE C (HCV) TIPIZZ.GENOMICA - sangue	13
TEMPO DI PROTROMBINA (PT) - sangue	12
VISITA ORTOPEDICA PER CONTROLLO	12
TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA - sangue	12
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE (\$) - fegato e vie biliari	12
ACIDO VALPROICO - sangue	12
SPIROMETRIA SEMPLICE	11
SODIO - sangue	11
VISITA NEUROLOGICA	11
POTASSIO - sangue	10
VIRUS EPATITE B ANTICORPI ANTI e (HBeAb) - sangue	10
VIRUS EPATITE B ANTICORPI ANTI c IgM (HBcAb IgM) - sangue	10
VISITA DERMATOLOGICA PER CONTROLLO	10
ECOGRAFIA TESTICOLI	10
MICROALBUMINURIA - urine	10

IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO (RAST) - alimenti	9
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO (\$) - reni e vie urinarie	9
VISITA CARDIOLOGICA PER CONTROLLO	9
RX PIEDE - dx	9
FIBRINOGENO - sangue	8
FOSFATASI ALCALINA - sangue	8
ECOCOLORDOPPLER ARTI INFERIORI VENOSO	8
COLTURALE MICOBATTERI - escreato	8
VISITA OCULISTICA PER CONTROLLO	8
ECOGRAFIA CARDIACA/ECOCARDIOGRAFIA	8
AMMONIO - sangue	8
RX MANO - dx	7
TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT) - sangue	7
UREA - sangue	7
RX RACHIDE CERVICALE	7
VISITA PNEUMOLOGICA	7
VIRUS EPATITE B (HBV) ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PREVIA PCR) - sangue	6
VIRUS EPATITE DELTA (HDV) ANTICORPI - sangue	6
CALCIO TOTALE - sangue	6
ELETTROMIOGRAFIA (EMG)	6
RX RACHIDE LOMBOSACRALE	6
VISITA ENDOCRINOLOGICA	6
GONADOTROPINA CORIONICA (PROVA IMMUNOLOGICA DI GRAVIDANZA) - urine	6
COLONSCOPIA	6
VIRUS EPATITE B (HBV) ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.DIR. - sangue	5
RX GAMBA - dx	5
IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO (RAST) - inalanti	5
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)	5
VISITA UROLOGICA PER CONTROLLO	5
RX SPALLA - dx	5
RM RACHIDE LOMBOSACRALE	5
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI (TSA)	5
VISITA DIABETOLOGICA PER CONTROLLO	5
ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA) - sangue	5
FOLATO - sangue	5
VITAMINA D - sangue	5
VISITA REUMATOLOGICA PER CONTROLLO	5
GRUPPO SANGUIGNO ABO E Rh - sangue	4
PROTEINE - sangue	4
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	4
RX MANO - sx	4

MICOBATTERI RICERCA MICROSCOPICA - escreato	4
VISITA ALLERGOLOGICA	4
RM RACHIDE CERVICALE	4
CITOLOGICO RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE URINE	4
RX POLSO - dx	4
IgE TOTALI - sangue	4
OMOCISTEINA - sangue	4
HELICOBACTER PYLORI ANTIGENI (HpSA) FECI	4
ECOGRAFIA TIROIDE-PARATIROIDI	4
TRANSFERRINA - sangue	4
COBALAMINA (VIT.B12) - sangue	4
RX CAVIGLIA - sx	4
AMFETAMINE - urine	4
RX DITO MANO - sx	3
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA PER CONTROLLO	3
ECOCOLORDOPPLER ARTI INFERIORI ARTERIOSO	3
EROINA - urine	3
ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - ginocchio sx	3
RX GINOCCHIO - sx	3
ANTICORPI ANTI CITRULLINA - sangue	3
CALCITONINA - sangue	3
ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - spalla dx	3
FATTORE REUMATOIDE - sangue	3
TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3) - sangue	3
VISITA ENDOCRINOLOGICA PER CONTROLLO	3
RM ENCEFALO	3
RX CRANIO E SENI PARANASALI	3
TC CRANIO/ENCEFALO SENZA E CON MDC (\$)	3
VISITA FISIATRICA	3
VISITA DIABETOLOGICA	3
ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	3
ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9) - sangue	3
ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA) - sangue	3
COLTURALE BATTERI E LIEVITI (APP.GENITOUR.) - liquido seminale	3
ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (AtTG) IgA - sangue	3
RX CAVIGLIA - dx	3
VISITA CHIRURGICA PER CONTROLLO	3
VISITA EMATOLOGICA	3
VISITA GINECOLOGICA PER CONTROLLO	3
ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - spalla sx	3
CREATININA CLEARANCE	3
VISITA ANTALGICA	2
RM GINOCCHIO E GAMBA - gamba dx	2
RX GINOCCHIO - dx	2
VISITA ANGIOLOGICA PER CONTROLLO	2
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE (\$)	2

RX GINOCCHIO - sotto carico sx	2
ECOCOLORDOPPLER TESTICOLARE/SCROTALE	2
ALBUMINA - sangue	2
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	2
ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH - sangue	2
RX GOMITO - dx	2
BATTERI ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PCR)	2
CLORURO - sangue	2
VISITA PROCTOLOGICA	2
CANNABINOIDI - sangue	2
METADONE - sangue	2
TC TORACE	2
PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	2
VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE PER CONTROLLO	2
ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - piede dx	2
RX RACHIDE COMPLETO E BACINO SOTTO CARICO	2
ALFA AMILASI ISOENZIMI (FRAZIONE PANCREATICA) - sangue	2
RX DITO MANO - dx	2
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	2
GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNITA' BETA MOLECOLA INTERA (BETA HCG) - sangue	2
ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - ginocchio dx	2
ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (AtTG) IgG - sangue	2
VISITA GASTROENTEROLOGICA	2
RX PIEDE - sx	2
SPIROMETRIA GLOBALE	2
PARATORMONE (PTH) - sangue	2
HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI - sangue	2
RM GINOCCHIO E GAMBA - ginocchio sx	2
VISITA PNEUMOLOGICA PER CONTROLLO	2
RX POLSO - sx	2
RX GAMBA - sx	2
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE (\$) - milza	2
TC CRANIO/ENCEFALO (\$)	2
COLINESTERASI (PSEUDO-CHE) - sangue	1
RM GINOCCHIO E GAMBA - gamba sx	1
RX AVAMBRACCIO (RADIO-ULNA) - sx	1
RX GOMITO - sx	1
RM SPALLA E BRACCIO - spalla sx	1
TC ARCATA DENTARIA (DENTALSCAN) - sup.	1
LIQUIDO SEMINALE ES.MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	1
RX ARTIC.TEMPORO-MANDIBOLARE (ATM) - dx	1
ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE	1
RX RACHIDE CERVICALE - con oblique	1
AGOASPIRATO ECO-GUIDATO TIROIDE	1

AGOASPIRATO TIROIDE	1
TC COLLO	1
RX SCHELETRO COSTALE BILATERALE	1
VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	1
VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE	1
VIRUS IMMUNODEF.ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA) - sangue	1
ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTG) - sangue	1
ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO) - sangue	1
ORTOPANORAMICA ARCADE DENTARIE (OPT)	1
OPPIACEI - sangue	1
CAMPO VISIVO - computerizzato	1
OFTALMOSCOPIA A SCANSIONE LASER (GDX)	1
PACHIMETRIA CORNEALE	1
RM BACINO	1
RX SPALLA - sx	1
VISITA ALLERGOLOGICA PER CONTROLLO	1
COCAINA - sangue	1
EROINA - sangue	1
IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO (RAST) - imenotteri/farmaci/professionali	1
RX STERNO	1
RX SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE - dx	1
ALFA 1 FETOPROTEINA - sangue	1
RX ESOFAGO CON CONTRASTO	1
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	1
BIOPSIA ECO-GUIDATA TIROIDE	1
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE (\$) - reni e surreni	1
COLTURALE MICOPLASMA/UREOPLASMA - liquido seminale	1
COLTURALE NEISSERIA GONORRHOEAE - liquido seminale	1
ECOCOLORDOPPLER ARTI SUPERIORI VENOSO	1
MONITORAGGIO CONTINUO PRESSIONE ARTER.(HOLTER PRESSORIO 24 ORE)	1
PROLATTINA (PRL) - sangue	1
PSA (ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO) - sangue	1
PSA FREE - sangue	1
UROFLUSSOMETRIA	1
ALBUMINA - urine	1
C PEPTIDE - sangue	1
ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (DGP-AGA) IgG - sangue	1
TC ORECCHIO (\$)	1
ACIDI BILIARI - sangue	1
DENSITOMETRIA OSSEA A RAGGI X (DEXA) TOTAL BODY	1
TC ADDOME COMPL. - reni e vie urinarie	1
RX ESOFAGO STOMACO DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO	1
ZINCO - sangue	1

COLTURALE BATTERI E LIEVITI - escreato	1
PROTESI ARTO INFERIORE	1
RX GINOCCHIO - sotto carico dx	1
VISITA CHIRURGICA PLASTICA PER CONTROLLO	1
ECOGRAFIA COLLO PER LINFONODI	1
ANGIO RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	1
TC MASSICCIO FACCIALE (\$)	1
PARASSITI INTESTINALI RICERCA - feci	1
VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI IgM - sangue	1
FOSFORO - sangue	1
ALFA AMILASI - sangue	1
IMPEDENZOMETRIA	1
COLTURALE BATTERI E LIEVITI (APP.GENITOUR.) - uretrale	1
RX SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE - sx	1
ERITROPOIETINA - sangue	1
COLTURALE E.COLI ENTEROPATOGENI FECI	1
IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO - sangue	1
VISITA NEUROCHIRURGICA	1
VISITA ANGIOLOGICA	1
TC RACHIDE (\$) - lombosacrale	1
VISITA REUMATOLOGICA	1
ANTICORPI ANTI GLUTAMNICO DECARBOSSILASI (ANTI GAD) - sangue	1
RX RACHIDE TORACICO (DORSALE)	1
ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	1
ECOGRAFIA LINFONODI INGUINALI BILATERALE	1
TOXOPLASMA ANTICORPI IgG - sangue	1
TOXOPLASMA ANTICORPI IgM - sangue	1
VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG - sangue	1
VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.) - sangue	1
VIRUS EPSTEIN BARR (EBV) ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) - sangue	1
VIRUS EPSTEIN BARR (EBV) ANTICORPI ETEROFILI (TEST RAPIDO)(MONOTEST) - sangue	1
LARINGOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE	1
MAGNESIO TOTALE - sangue	1
TC ADDOME COMPL.	1
RM ADDOME INF.E SCAVO PELVICO	1
RM ADDOME SUP.	1
RX ANCA - dx	1
VISITA NEFROLOGICA	1
ECOCOLORDOPPLER GROSSI VASI ADDOMINALI	1
ANTICORPI ANTI PIASTRINE - sangue	1
ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE - caviglia dx	1
AMMONIO - urine	1

Tabella 22 - relazioni con mondo esterno* - per nazionalità

		italiani e stranieri	italiani	stranieri
media del campione		1,94	2,3	1,5
det. psic.		2,6	2,8	2
det. ts.		1,7	2,1	1,4
det doppia diagnosi		2,4	2,4	n/a
*livello di interazione con punteggio da 0 a 3, calcolato su tre indici: colloqui visivi, colloqui telefonici e ricevimento pacchi				

Tabella 23 - relazioni con mondo esterno* - per genere

		M+F	M	F
media del campione		1,9	1,9	2,6
det. psic.		2,6	2,6	2,6
det. ts.		1,7	1,7	2,5
det doppia diagnosi		2,4	2,3	3
*livello di interazione con punteggio da 0 a 3, calcolato su tre indici: colloqui visivi, colloqui telefonici e ricevimento pacchi				