RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE

CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

IL DIRETTORE

LUCA BALDINO

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	CFR	FILESEGNATURA.XML	
DEL	CFR	FILESEGNATURA.XML	

Direttori Generali

Direttori Sanitari

Direttori Dipartimento Salute mentale e Dipendenze patologiche

delle Aziende Usl Regione Emilia-Romagna

CIRCOLARE 10/2024

Oggetto: Approvazione delle "Raccomandazioni regionali per la prescrizione e la somministrazione dei farmaci, in particolare psicotropi e analgesici, all'interno degli Istituti Penitenziari della Regione Emilia – Romagna"

Con determinazione del Direttore generale n. n.1868/2023, è stato costituito il gruppo di lavoro per l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna e sono stati nominati i relativi componenti. Il documento allegato alla presente circolare rappresenta l'esito del lavoro coordinato del gruppo di professionisti delle Aziende Usl e della Regione Emilia-Romagna.

Il lavoro svolto dai professionisti coinvolti fornisce delle raccomandazioni prescrittive per il corretto utilizzo delle classi di farmaci ad alto rischio di abuso e/o uso improprio all'interno degli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna.

Numerosi sono stati gli incontri di formazione organizzati i quali hanno visto una importante partecipazione di tutti i professionisti coinvolti, compreso il personale dell'Amministrazione penitenziaria.

Si inviano i documenti affinché le raccomandazioni contenute siano rese operative in ambito aziendale.

Cordiali saluti

Luca Baldino
(firmato digitalmente)

All.: 2

Via Aldo Moro, 21
40127 Bologna

Tel. 051.527.7163/7162/7549

dgsan@regione.emilia-romagna.it
dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

a uso interno: DP/_____/_____ Classif.|__ __| |__ __|____ __|____ __|_____|_____| Fasc. |_____|_____|_____|
INDICE LIV. 1 LIV. 2 LIV. 3 LIV. 4 LIV. 5 ANNO NUM SUB.

Allegato 1

Assistenza farmaceutica negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna

Marta Morotti in collaborazione con Ilaria Mazzetti, Aurora Puccini, Sandra Sottili
Settore Assistenza Ospedaliera – Area Governo del Farmaco e dei Dispositivi Medici – Direzione Generale Cura della persona Salute e Welfare – Regione Emilia-Romagna

I farmaci considerati nell'analisi riguardano i medicinali che, dai dati di letteratura e nella pratica clinica, risultano ad alto rischio di abuso e/o uso improprio ed il loro impiego rappresenta un problema rilevante percepito dai detenuti e dal personale sanitario.
I gruppi terapeutici del sistema di classificazione Anatomica Terapeutica Chimica (ATC) oggetto di approfondimento e valutazione, hanno riguardato i farmaci psicotropi, nello specifico: antipsicotici (N05A), ansiolitici (N05B), ipnotici e sedativi (N05C), antidepressivi (N06A), antiepilettici (N03A), inoltre, i farmaci per il trattamento del dolore (N02A) ed i gabapentinoidi (N02FB).
L'analisi è stata effettuata sui dati di consumo in numero di DDD per 100 carcerati al giorno (DDD/100 carcerati/die) elaborati dai flussi amministrativi regionali di assistenza farmaceutica per il singolo IP e per tutta la regione nell'anno 2022 confrontati con il 2021.
Per alcune categorie di farmaci sopra descritte, i dati di consumo in carcere sono stati, inoltre, confrontati con quelli della popolazione generale utilizzando i dati dell'assistenza farmaceutica territoriale in DDD per 100 abitanti pesati al giorno (DDD/100 ab pesati/die). Di seguito vengono riportati i dati analizzati relativi ad antipsicotici e antidepressivi.

Codice	Descrizione	DDD*100 carcerati die 2021	DDD*100 carcerati die 2022	Var% 22/21
N05A	N05A - ANTIPSICOTICI	15,3	15,9	3,4
N05AA	N05AA - FENOTIAZINE CON CATENA LATERALE	1,2	1,2	1,6
N05AA01	N05AA01 - CLORPROMAZINA	0,1	0,1	0,7
N05AA02	N05AA02 - LEVOMEPROMAZINA	0,5	0,5	1,1
N05AA03	N05AA03 - PROMAZINA	0,6	0,6	2,2
N05AH	N05AH - DIAZEPINE, OSSAZEPINE, TIAZEPINE E OSSEPINE	10,5	10,8	3,2
N05AH03	N05AH03 - OLANZAPINA	3,8	3,6	-6,7
N05AH04	N05AH04 - QUETIAPINA	5,1	5,6	8,2
N05AH06	N05AH06 - CLOTIAPINA	1,3	1,5	9,4
N05AX	N05AX - ALTRI ANTIPSICOTICI	1,9	2,2	19,5
N05AX08	N05AX08 - RISPERIDONE	0,7	0,8	8,3
N05AX12	N05AX12 - ARIPIPRAZOLO	0,7	0,8	11,3
N05AX13	N05AX13 - PALIPERIDONE	0,5	0,7	49,3

Tab.1 - Consumi farmaci antipsicotici per ATC di terzo e quarto livello più significativi e principi attivi di interesse anno 2022 vs 2021

I farmaci antipsicotici hanno registrato un consumo di 15,9 vs 15,3 DDD/100 carcerati/die nel 2022 negli IIPP della regione che è risultato in linea con quello del 2021, mentre, nel confronto con la popolazione generale considerata, è stato osservato un utilizzo 16 volte superiore. In particolare, prendendo in considerazione la sola quetiapina, per i noti rischi di abuso e/o uso improprio, si evidenzia un consumo fino a 27 volte superiore nei detenuti rispetto alla popolazione.

Descrizione	DDD*100 carcerati die 2021	DDD*100 carcerati die 2022	Var% 22/21
N06A - ANTIDEPRESSIVI	18,4	18,9	2,5
N06AA - INIBITORI NON SELETTIVI DELLA MONOAMINO-RICAPTAZIONE	0,3	0,4	24,0
N06AA04 - CLOMIPRAMINA	0,0	0,0	25,9
N06AA09 - AMITRIPTILINA	0,3	0,4	18,6
N06AB - INIBITORI SELETTIVI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA	8,2	7,8	-4,7
N06AB03 - FLUOXETINA	0,3	0,3	6,2
N06AB04 - CITALOPRAM	2,7	2,3	-15,2
N06AB05 - PAROXETINA	1,9	1,6	-16,2
N06AB06 - SERTRALINA	3,1	3,4	11,9
N06AB08 - FLUVOXAMINA	0,1	0,1	50,5
N06AB10 - ESCITALOPRAM	0,2	0,1	-42,9
N06AX - ALTRI ANTIDEPRESSIVI	9,9	10,7	7,6
N06AX03 - MIANSERINA	0,0	0,0	0,5
N06AX05 - TRAZODONE	1,2	1,3	6,0
N06AX11 - MIRTAZAPINA	7,3	8,1	11,5
N06AX16 - VENLAFAXINA	1,1	1,0	-16,7
N06AX21 - DULOXETINA	0,3	0,3	0,4

Tab.2 - Consumi farmaci antidepressivi per ATC di terzo e quarto livello più significativi e principi attivi di interesse anno 2022 vs 2021

Per gli antidepressivi, in considerazione della condizione di privazione della libertà delle persone detenute, sono stati invece rilevati complessivamente consumi di poco superiori alla popolazione generale (3 volte). Si evidenzia, che il consumo di SSRI è in diminuzione rispetto l'anno 2021 (-4,7 DDD/100 carcerati/die), mentre si registra un incremento dell'uso della mirtazapina che risulta essere 28 volte superiore a quello della popolazione. È verosimile che ci sia la necessità di assumere la mirtazapina a basse dosi sfruttando la sua azione ipnotico-sedativa in coloro che possono avere alla base dei problemi di insonnia sintomi di natura ansioso-depressiva.
Anche il trazodone a basse dosi potrebbe essere preso in considerazione in caso di comorbilità con sintomatologia ansioso-depressiva. Il suo consumo è rimasto stabile nel 2022 rispetto al 2021, tuttavia rispetto alla popolazione generale risulta essere 6 volte superiore.
Per quanto riguarda il consumo di ansiolitici, di ipnotici e sedativi, vengono di seguito rappresentati i soli consumi degli IIPP in quanto nei dati dei flussi dell'assistenza territoriale non sono disponibili i dati relativi ai farmaci di classe C, a pagamento da parte del cittadino, pertanto, non è possibile effettuare un confronto con la popolazione generale.

Codice	Descrizione	DDD*100 carcerati die 2021	DDD*100 carcerati die 2022	Var% 22/21
N05B	N05B - ANSIOLITICI	49,3	52,2	5,8
N05BA	N05BA - DERIVATI BENZODIAZEPINICI	49,3	52,1	5,8
N05BA	N05BA - DERIVATI BENZODIAZEPINICI	8,6	9,1	5,5
N05BA01	N05BA01 - DIAZEPAM	18,7	20,5	9,4
N05BA06	N05BA06 - LORAZEPAM	12,5	11,7	-6,3
N05BA12	N05BA12 - ALPRAZOLAM	9,3	10,7	15,5
N05C	N05C - IPNOTICI E SEDATIVI	17,9	11,9	-33,5
N05CD	N05CD - DERIVATI BENZODIAZEPINICI	9,9	8,4	-15,3
N05CD01	N05CD01 - FLURAZEPAM	1,0	1,1	10,9
N05CD05	N05CD05 - TRIAZOLAM	7,1	7,2	0,9
N05CF	N05CF - BENZODIAZEPINE ANALOGHI	8,0	3,5	-55,9
N05CF02	N05CF02 - ZOLPIDEM	8,0	3,5	-55,9

Tab.3 -Consumi farmaci ansiolitici, ipnotici e sedativi per ATC di terzo e quarto livello più significativi e principi attivi di interesse anno 2022 vs 2021

Per gli ansiolitici, il dato osservato è un lieve incremento dell'utilizzo (+5,8%), da segnalare in particolare l'aumento al ricorso di molecole a lunga durata d'azione, come ad esempio il delorazepam (che possiede solo ATC IV livello N05BA) e il diazepam, che sono da preferire sia a quelle con durata di azione intermedia come il lorazepam, per il quale è stato evidenziato una riduzione del consumo (-6,3%), sia a quelle a durata breve per il forte rischio di abuso e uso improprio. Tuttavia, il consumo di alprazolam a durata di azione intermedia è incrementato nel 2022 (10,7 vs 9,3 DDD/100 carcerati/die) e tra gli ipnotici e sedativi, il triazolam ad azione breve è rimasto stabile nei due anni a confronto. Si segnala invece, la rilevante riduzione del consumo dello zolpidem evidenziata nel 2022 verso il precedente anno (3,5 vs 8 DDD/100 carcerati/die pari a -56%), che si raccomanda di non prescrivere per il maggior rischio di diversione e uso improprio.

Di seguito vengono riportati i consumi di farmaci oppiodi per la terapia del dolore che mette in evidenza lo scarso ricorso all'utilizzo di questi farmaci, se non in condizioni particolari con prescrizione dello specialista e monitoraggio periodico. Tuttavia, il dato registra un andamento in incremento nell'anno 2022 (2,4 vs 1,9 DDD/100 carcerati/die) che evidenzia ambiti di miglioramento mirati al contenimento del loro utilizzo nella popolazione carcerata. Si precisa che i consumi di fentanil e buprenorfina presenti nella tabella sottostante si riferiscono alle sole formulazioni in cerotti transdermici.

Descrizione	DDD*100 carcerati die 2021	DDD*100 carcerati die 2022	Var% 22/21
N02A - OPPIOIDI	1,9	2,4	25,1
N02AA - ALCALOIDI NATURALI DELL'OPPIO	0,2	0,3	4,1
N02AA05 - OXICODONE	0,1	0,2	2,3
N02AA55 - OXICODONE E NALOXONE	0,1	0,1	6,4
N02AB - DERIVATI DELLA FENILPIPERIDINA	0,4	0,3	-7,8
N02AB03 - FENTANIL	0,4	0,3	-7,8
N02AE - DERIVATI DELL'ORIPAVINA	0,0	0,4	-
N02AE01 - BUPRENORFINA	0,0	0,4	-
N02AJ - OPPIOIDI IN ASSOCIAZIONE CON ANALGESICI NON OPPIOIDI	0,6	0,7	8,7
N02AJ06 - CODEINA E PARACETAMOLO	0,6	0,6	5,5
N02AJ17 - OXICODONE E PARACETAMOLO	0,0	0,1	55,1
N02AX - ALTRI OPPIOIDI	0,7	0,7	4,8
N02AX02 - TRAMADOLO	0,4	0,4	-10,0
N02AX06 - TAPENTADOLO	0,2	0,3	32,3
N02B - ALTRI ANALGESICI ED ANTIPIRETICI	3,3	3,6	10,2
N02BE - ANILIDI	3,2	3,6	10,2
N02BE01 - PARACETAMOLO	3,22	3,6	10,2
N03AX12 - GABAPENTIN	1,5	2,0	32,5
N03AX16 - PREGABALIN	2,7	2,1	-23,4

Tab.4 - Consumi farmaci oppioidi e gabapentinoidi per ATC di terzo e quarto livello più significativi e principi attivi di interesse anno 2022 vs 2021

Nella tabella vengono riportati anche i farmaci gabapentinoidi per il dolore neuropatico che registrano una riduzione dell'utilizzo del pregabalin (-23,4%) nel 2022 rispetto al 2021 per gli elevati rischi di abuso e uso improprio. In controtendenza, invece, il consumo del gabapentin per il quale è stato osservato un incremento del +32,5% che mette in evidenza anche il verosimile switch dal pregabalin nei casi in cui non sia possibile sostituire la terapia. Inoltre, si segnala che il dato di confronto rispetto alla popolazione generale evidenzia un incremento 22 volte superiore per il solo pregabalin. L'attenzione all'utilizzo di questi farmaci deve essere massima, pertanto, anche se alcuni IIPP si sono impegnati a contenerne l'utilizzo, si osserva ancora una certa disomogeneità e solo in alcuni di essi si è rilevata la tendenza alla sospensione delle terapie in corso nei detenuti provenienti da altri carceri dell'Emilia-Romagna o di altre regioni.

I dati di consumo dei farmaci elaborati per singolo IP, confrontati con l'anno precedente, hanno evidenziato una certa variabilità, anche nell'ambito della stessa Azienda sanitaria.

L'analisi ha evidenziato diverse azioni di ottimizzazione del consumo di farmaci già realizzate, come ad esempio il maggiore ricorso a benzodiazepine a lunga durata di azione rispetto a quelle con durata intermedia, il contenimento dell'utilizzo dello zolpidem, del pregabalin e di altre molecole a forte o elevato rischio di abuso ed uso improprio.

Tuttavia, poiché permane una certa disomogeneità nei dati rilevati nei diversi IIPP, sono possibili ulteriori margini di miglioramento, finalizzati ad uniformare i comportamenti prescrittivi incrementando l'utilizzo di farmaci più sicuri con minor impatto di abuso e dipendenza nello specifico setting delle carceri.

Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare
Settore Assistenza Territoriale
Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri
Settore Assistenza Ospedaliera
Area Politica del Farmaco

Raccomandazioni regionali per la prescrizione e la somministrazione dei farmaci, in particolare psicotropi e analgesici, all'interno degli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna

Giugno 2024

Gruppo di lavoro

Con determinazione n.1868 del 31/01/2023 ad oggetto "*Costituzione gruppo di lavoro per l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna*" sono stati nominati i seguenti componenti:

Vittorio Laviola (coordinatore) – Settore Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna;
Nadialina Assueri – Settore Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna;
Sandra Ventura – Settore Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna;
Marta Morotti - Settore Assistenza Ospedaliera Regione Emilia-Romagna;
Loredana Osbello - Azienda USL di Bologna;
Federico Boaron - Azienda USL di Bologna;
Giuseppina Paulillo - Azienda USL di Parma;
Stefano Costa - Azienda USL di Bologna;
Enrico Frozzi - Azienda USL di Ferrara;
Deanna Olivoni - Azienda USL Romagna;
Alfonso Casadei - Azienda USL Romagna;
Alberto Gandolfi - Azienda USL Piacenza;
Georgios Vertsonis - Azienda USL di Reggio-Emilia;
Salvatore Campione - Azienda USL di Reggio Emilia;
Stefano Aringhieri - Azienda USL Romagna.

La composizione del gruppo di lavoro è stata successivamente integrata dai seguenti professionisti:
Elisa Busseni - Azienda USL Romagna
Simona Giuppi - Azienda USL Piacenza.

Indice

1 INTRODUZIONE 4

2 OBIETTIVI 6

3 AMBITI DI APPLICAZIONE 6

4 PROCESSO DI RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA 7

5 GESTIONE CLINICA DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE A RISCHIO DI ABUSO E/O USO IMPROPRIO 8

5.1 SOMMINISTRAZIONE 9
5.2 TERAPIA AL BISOGNO 9
5.3 RIFIUTO DELLA TERAPIA 10
5.4 INDICAZIONI SPECIFICHE 10
5.5 ANTICOLINERGICI 10
5.6 GABAPENTINOIDI 11
5.7 QUETIAPINA E ALTRI ANTIPSICOTICI 11
5.8 ANTIDOLORIFICI E ANTINFIAMMATORI (PARACETAMOLO, FANS) 11
5.9 ANALGESICI OPPIODI 12

6 INSONNIA 12

6.1 VALUTAZIONE DELL'INSONNIA 13
6.2 TRATTAMENTO DELL'INSONNIA 13
6.3 STRATEGIE FARMACOLOGICHE 14

7 GESTIONE E TRATTAMENTO DEGLI STATI D'ANSIA 15

7.1 GESTIONE E TRATTAMENTO DEL DOLORE 16
7.1.1 Definizioni 16
7.1.2 Terapia del dolore: principi generali 16
7.1.3 Farmaci impiegati nel trattamento della terapia del dolore 18
7.2 GESTIONE DEL DOLORE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI 21

8 TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI 22

9 INDICATORI 24

10 BIBLIOGRAFIA 24

1 Introduzione

Il presente documento, elaborato dal "Gruppo di lavoro regionale per la prescrizione e la somministrazione dei farmaci, in particolare ***psicotropi e analgesici***, all'interno degli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna", fornisce le raccomandazioni alle quali far riferimento per il corretto utilizzo delle classi di farmaci ad alto rischio di abuso e/o uso improprio.

In generale, la pratica clinica nel contesto penitenziario risulta caratterizzata dai seguenti aspetti:

- non è assimilabile ad altri contesti sanitari;
- il contesto è amministrato dal Ministero della Giustizia secondo specifiche normative che possono riflettersi sull'organizzazione delle attività sanitarie;
- ospita persone che sono private della propria libertà e che dipendono da altri soggetti anche per i bisogni di salute (es. accesso alla terapia farmacologica);
- la condizione di privazione della libertà può indurre la persona detenuta ad assumere atteggiamenti inopportuni verso il proprio stato di salute.

Le seguenti raccomandazioni sono il prodotto di un'attenta analisi delle linee guida della Royal College of General Practitioners del 2019 [1] e dai risultati provenienti da numerosi studi nazionali e internazionali.

Un'ampia letteratura scientifica riporta un'alta prevalenza di patologie psichiatriche all'interno degli Istituti Penitenziari, in termini di disturbi psicotici, dell'umore e della personalità [2, 3]. ***L'uso e abuso di psicofarmaci rappresenta uno dei problemi maggiormente avvertiti tanto dai detenuti che dal personale***. Sebbene esistano scarse indagini su scala nazionale, dati parziali disponibili attestano che il consumo di farmaci psicotropi rappresenta una pratica molto diffusa fra i detenuti [4], che spesso cela un tentativo di auto-medicamento per far fronte al profondo disagio della vita carceraria.

Lo studio più recente e completo risale al 2014 («La salute dei detenuti in Italia») [5], un'indagine dell'Agenzia regionale della sanità Toscana che ha coinvolto 57 strutture detentive (il 30% di quelle italiane), cinque regioni (Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria) e Asl di Salerno per un totale di 15.751 detenuti. Nella ricerca spicca un dato: il 46% dei farmaci utilizzati nelle strutture penitenziarie è stato associato alle patologie psichiatriche, pari a 10.871. Ben il 95,2% (N=10.352) di questi appartiene al gruppo anatomico principale N (sistema nervoso), mentre il restante 4,8% (N=519) ad altri gruppi. I farmaci attivi sul sistema nervoso sono largamente utilizzati nella fascia di età 18-29 anni, rappresentando quasi il 75% del totale di tutti i farmaci prescritti in questo gruppo di detenuti, nella fascia di età 30-39 anni (68%) e in quella 40-49 anni (circa il 54%), per poi diminuire in maniera considerevole fino ad arrivare a costituire soltanto il 17% circa del totale nei detenuti ultra60enni. Il 50% di detenuti, nella ricerca multi-centro del 2014, mostra una dipendenza da sostanze. Il 23,7% è entrato in carcere con alle spalle una storia di tossicodipendenza da stupefacenti. Altri studi riportano che circa il 50% dei soggetti detenuti presenta una dipendenza da sostanze e un disturbo psichiatrico in comorbilità [6, 7]. Nel contesto carcerario, sembra emergere una frequenza 4-6 volte superiore di prescrizioni di farmaci psicotropi rispetto alla popolazione generale con un'alta percentuale di trattamenti "off-label" [8].

Un recente studio di analisi dei dati sulla spesa farmaceutica pubblicato dalla rivista Altreconomia [9] ha quantificato in due milioni di euro la spesa in psicofarmaci somministrati nelle strutture detentive italiane nel 2022. Gli antipsicotici, prescrivibili per gravi patologie come il disturbo bipolare e la schizofrenia, rappresentano il 60% del totale e vengono utilizzati cinque volte di più rispetto all'esterno. Lo studio ha preso in esame i dati delle forniture di farmaci in un campione di 12.400 detenuti (20% del totale) in 15 grandi istituti d'Italia, tra cui Napoli Poggioreale, Bollate, San Vittore a Milano, Lorusso Cotugno a Torino, rilevati nel

periodo compreso tra il 2018 e il 2022. I costi sono generalmente più contenuti nelle case di reclusione, ove sono collocati i detenuti con una pena definitiva e maggiori nelle case circondariali. Il 60% del totale della spesa degli psicofarmaci è rappresentata dagli antipsicotici, seguiti a distanza da ansiolitici (16%), antiepilettici (14%), antidepressivi (8%) e ipnotici e sedativi (1%). Se l'elevata spesa di antipsicotici può essere in parte giustificata dal maggior costo delle singole dosi, è la sproporzione nel confronto tra esterno e interno a essere rilevante. Anche negli istituti penitenziari per minorenni, si utilizzano sempre più psicofarmaci, soprattutto antipsicotici, farmaci prescrivibili per gravi patologie come il disturbo bipolare e la schizofrenia, per cui la spesa pro-capite è aumentata mediamente del 30% tra il 2021 e il 2022.

All'interno del carcere, è ampiamente riconosciuto che alcuni ***pazienti fanno richiesta di prescrizione farmacologica per l'effetto psicotropo del farmaco piuttosto che per il suo uso terapeutico***. I farmaci maggiormente utilizzati in modo inappropriato includono: benzodiazepine, gabapentinoidi, anticolinergici, analgesici oppioidi e medicinali utilizzati nel trattamento sostitutivo degli oppioidi quali metadone e buprenorfina.

Le motivazioni possono riguardare ***l'automedicazione, l'attenuazione dei sintomi dell'astinenza o per prolungare l'effetto di altre sostanze o farmaci***. L'appropriatezza prescrittiva è fondamentale anche in considerazione della serietà degli effetti collaterali, dei fenomeni di intossicazione per sovradosaggio o accumulo, dell'autolesionismo, dell'overdose, talvolta con esito mortale.

I medici che operano negli Istituti dovrebbero riconoscere che, spesso, il ***farmaco prescritto finirà per essere utilizzato come merce di scambio con finalità di spaccio*** all'interno dell'Istituto Penitenziario. Fenomeni quali il bullismo, la violenza e le minacce sono ampiamente riconosciute come conseguenze collegate all'uso improprio dei farmaci. I detenuti ai quali vengono prescritti in modo appropriato farmaci psicotropi e analgesici possono facilmente diventare il bersaglio di intimidazioni da parte di altri individui o gruppi, spinti alla consegna della sostanza d'abuso con conseguenze negative sulla propria sicurezza personale e sullo stato di salute fisica e mentale.

I dati di consumo dei farmaci psicotropi e analgesici negli IIPP presenti sul territorio regionale (v. Allegato 1) evidenziano la tendenza a prescrivere alcuni farmaci verosimilmente in modo inappropriato. In particolare, si fa riferimento a farmaci come: gabapentinoidi [10], anticolingergici [11], benzodiazepine [12, 13], alcuni antipsicotici [14] e alcuni FANS [15].

I medici prescrittori e gli infermieri, grazie al loro intervento quotidiano, rivestono un ruolo cruciale nel mitigare questi rischi. La rilevanza dell'uso inappropriato dei farmaci psicotropi e analgesici all'interno degli Istituti Penitenziari rappresenta un tema attuale rilevante nella società occidentale e si ritiene sempre più necessario e urgente fornire un supporto pratico di immediata consultazione per i medici e gli infermieri che vi operano. Altri professionisti che potrebbero trovare questa guida un utile riferimento, includono psichiatri esterni, medici della continuità assistenziale, specialisti della terapia del dolore, medici ospedalieri, infermieri e altre figure sanitarie.

La presenza di comorbilità e multimorbilità nella popolazione detenuta richiede l'intervento di diverse figure professionali e la continua collaborazione tra i medici di assistenza primaria e i medici specialisti che operano negli Istituti Penitenziari. Il rischio è che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. Si evidenzia la necessità di costituire *equipé* di cura integrate con incontri periodici per la

condivisione delle scelte prescrittive, delle modalità di somministrazione e degli obiettivi terapeutici al fine di aumentare la compliance e ridurre il rischio di prescrizioni inappropriate.

Al fine di affrontare il rischio di diversione dei farmaci prescritti all'interno delle carceri, dovrebbe essere garantito che:

- la somministrazione dei medicinali sia adeguatamente organizzata, monitorata e sicura;
- il personale sanitario e gli agenti penitenziari collaborino efficacemente per garantire che i farmaci vengono utilizzati correttamente;
- tutti gli istituti si dotino di un sistema di rilevazione e verifica di episodi critici (per es. accumulo, cessione, sospetto di mancata assunzione, etc.)

Le raccomandazioni trattano i principali farmaci d'abuso nella popolazione carceraria, la cui prescrizione risulta essere problematica.

L'analisi della letteratura scientifica e le citate linee guida del Royal College of General Practitioners hanno confermato le osservazioni empiriche raccolte da tutte le *équipe* sanitarie presenti sul territorio regionale.

In particolare, sono risultate problematiche le prescrizioni di alcuni farmaci o classi di farmaci (benzodiazepine a breve e media emivita, anticolinergici, gabapentinoidi, antipsicotici atipici, analgesici oppiodi, antinfiammatori non steroidei).

Per tutte queste classi di farmaci, si sono riscontrate criticità analoghe ovvero abuso, diversione, accumulo, intossicazione, cessione, bullismo.

2 Obiettivi

Le raccomandazioni elaborate dal gruppo di lavoro per la prescrizione e la somministrazione di farmaci, in particolare, psicotropi e analgesici, all'interno degli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna, contengono i seguenti obiettivi:

Obiettivi:

- migliorare la salute e il benessere della popolazione carceraria;
- favorire l'appropriatezza prescrittiva;
- valutare il profilo rischio-beneficio nell'impiego dei farmaci;
- fornire criteri finalizzati ad uniformare i comportamenti prescrittivi;
- valorizzare le esigenze e le esperienze nello specifico ambito;
- individuare le strategie più appropriate per favorire la sicurezza del personale sanitario nella fase della somministrazione e/o consegna dei farmaci;
- individuare indicatori di monitoraggio e valutazione in merito alla appropriatezza prescrittiva.

Tale necessità è ampiamente sostenuta dalla vasta letteratura esistente in materia, dalla cospicua normativa che include leggi nazionali, raccomandazioni e regolamenti europei e dalla ricerca nazionale e internazionale.

3 Ambiti di applicazione

Le raccomandazioni si applicano a:

- Istituti Penitenziari per adulti della Regione Emilia-Romagna
- Istituto Penale Minorile di Bologna
- Servizi di Pronto Soccorso e di emergenza-urgenza
- Strutture dei Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche: Centro di Salute mentale, Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Servizi di continuità assistenziale (guardia medica).

4 Processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica

Come evidenziano le "*Linee guida per la gestione clinica dei farmaci negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna*" [16], al passaggio da un setting assistenziale all'altro (accoglienza, dimissione con ritorno in libertà, in comunità o agli arresti domiciliari, trasferimento in altro Istituto penitenziario) è di fondamentale importanza una sistematica e compiuta ricognizione dei trattamenti in corso e una trasmissione di informazioni adeguate a garantire continuità del trattamento terapeutico. Al fine di garantire la continuità della terapia in sicurezza, si rende necessario che già in sede di prescrizione vengano considerati i fattori che incideranno sulla somministrazione dello specifico farmaco (condizioni del paziente, tipo di farmaco, contesto assistenziale, regime di fornitura, farmaci di esclusivo uso ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile, farmaci specialistici).

La fase di ricognizione, che in carcere può essere svolta da un infermiere, deve comprendere la raccolta delle informazioni provenienti dai Servizi Territoriali che hanno in carico il paziente al fine di un raccordo anamnestico volto al proseguimento del trattamento farmacologico in corso.

Considerato il contenuto informativo riportato dalla Ricognizione, prende avvio ***la fase di riconciliazione che deve completarsi entro 72 ore dall'ingresso del paziente in Istituto*** e che può essere svolta con l'ausilio di visite specialistiche (ad esempio, visita psichiatrica, visita tossicologica) riducendo al minimo il danno che può essere causato dalla prescrizione farmacologica. La valutazione del medico di continuare, ritardare o cessare l'assunzione di medicinali deve comprendere e tenere in stretta considerazione l'analisi del contesto in cui il farmaco viene prescritto.

In generale, gli elementi da valutare nella fase di riconciliazione sono:

- rischio di diversione e uso improprio di farmaci;
- rischio per la propria salute e quella degli altri, incluso autolesionismo, rischio suicidario, grado di vulnerabilità allo sfruttamento e alla vittimizzazione, aggressività, violenza;
- fattori ambientali, causali e di mantenimento;
- la probabilità, l'imminenza e la gravità del rischio;
- fattori protettivi che possono ridurre il rischio.

La carcerazione può rappresentare un'opportunità per il paziente di rivalutare insieme all'*équipe* multidisciplinare gli obiettivi terapeutici che possono essere conseguiti alla luce delle condizioni cliniche correnti, di modificare opinioni e credenze verso l'assunzione di alcuni farmaci, di trattare l'abuso di medicinali o aumentare la compliance ai trattamenti, di prevenire il rischio di sviluppare intossicazione e dipendenza patologica [1]. Poiché l'applicazione delle Raccomandazioni negli Istituti Penitenziari deve

obbligatoriamente tener conto delle specificità strutturali e funzionali di questo particolare setting, esse, per essere efficaci, ***devono prevedere l'attiva collaborazione dell'Amministrazione Penitenziaria che dovrà garantire, per quanto di propria competenza, tutte le condizioni per la loro applicazione ivi comprese:***

- il diritto della libera e responsabile prescrizione farmacologica da parte dei medici
- le condizioni per una corretta conservazione e distribuzione dei farmaci
- la sicurezza degli operatori al momento della somministrazione e/o consegna dei farmaci
- la riduzione, per quanto di loro competenza, dell'utilizzo e dell'accumulo da parte dei pazienti detenuti dei farmaci per fini diversi da quelli terapeutici.

Pertanto è fondamentale ***garantire al personale sanitario la massima libertà nelle fasi di prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica***, evitando qualsiasi pressione esterna (consiglio, richiesta, suggerimento, proposta) che possa essere riconducibile a fattori extra sanitari, come ad esempio la richiesta di utilizzare l'intervento farmacologico per scopi non terapeutici finalizzati alla sedazione di problematiche comportamentali o assecondare richieste strumentali che possono arrivare dalla persona detenuta.

Al fine di ridurre i fenomeni di abuso e di diversione, i sanitari applicheranno per le prescrizioni farmacologiche, tutte le misure e le procedure indicate dalle buone pratiche, comprese le indicazioni di non utilizzare, laddove possibile, i farmaci non previsti da queste Raccomandazioni regionali oltre che dalla letteratura scientifica in ambito carcerario e l'adozione di misure adeguate alla somministrazione sicura del farmaco.

Si ritiene che lo strumento più adeguato da utilizzare sia la scheda per la ricognizione e riconciliazione contenuta nella Raccomandazione regionale "Sicurezza nella terapia farmacologica - Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura" [16].

5 Gestione clinica delle terapie farmacologiche a rischio di abuso e/o uso improprio

La prescrizione e la somministrazione della terapia sono, indipendentemente dal contesto in cui vengono effettuate, ***atti sanitari***. Per la corretta organizzazione e somministrazione delle terapie farmacologiche negli Istituti Penitenziari si rimanda alle Linee di indirizzo regionali (cap. 8 e segg.) [17].

In questo capitolo, vengono declinate alcune indicazioni operative al fine di ottimizzare la prescrizione, la somministrazione e l'adesione a terapie farmacologiche con elevato rischio di uso improprio.

Tali indicazioni operative hanno l'obiettivo di rappresentare uno strumento di sostegno alla pratica quotidiana per i medici di medicina penitenziaria, per i medici specialisti e per tutti gli operatori sanitari che intervengono con i pazienti detenuti e internati in tutte le fasi della detenzione.

Indicazioni generali

Prescrizione

La prescrizione farmacologica ha come strumento di riferimento primario il ***Prontuario Terapeutico Regionale (PTR)***.

Preferire la prescrizione di farmaci in ***soluzione orale*** indicando la formulazione liquida nella cartella clinica del Sistema Informativo Sanità Penitenziaria regionale (SISP)

Preferire, laddove possibile, per farmaci che prevedono ***somministrazioni giornaliere*** plurime al massimo *due somministrazioni/die* (per es. ansiolitici, antipsicotici, etc.)

Il medico, al momento della prescrizione, dovrà prediligere la *somministrazione a vista* da effettuarsi nei luoghi stabiliti dal singolo Istituto Penitenziario.

5.1 Somministrazione

La somministrazione del farmaco nel setting penitenziario è connessa all'organizzazione dell'Amministrazione penitenziaria (apertura/chiusura delle camere di pernottamento, possibilità di accompagnare le persone recluse in ambulatorio per la terapia, presenza della polizia penitenziaria, etc.). Per tale motivo, vi sono due modalità di gestione: la somministrazione "a vista" e la consegna.

La somministrazione "***a vista***", ovvero contestualmente all'orario previsto per l'assunzione e sotto osservazione da parte dell'infermiere, è la modalità auspicabile per prevenire i comportamenti da contesto di occultamento del farmaco che generano misuso o diversione nell'utilizzo del farmaco.
La somministrazione a vista, in mancanza di collaborazione del paziente o in caso di tentativi di occultamento del farmaco da parte di quest'ultimo, non garantisce la verifica diretta della corretta assunzione, ma autorizza l'infermiere a segnalare al medico eventuali dubbi sull'assunzione, da valutarsi ai fini del rinnovo della terapia.

Si sottolineano nuovamente le seguenti definizioni:

- Il misuso è inteso come un'assunzione impropria del farmaco che non segue la corretta prescrizione. La terapia viene assunta per via diversa da quella abituale (EV, IM, per OS, ecc..) oppure non si osserva la posologia e/o la modalità di prescrizione (accumulo con successivo abuso del farmaco).
- La diversione è intesa come la non assunzione del farmaco da parte del paziente a cui è stato prescritto e la possibilità di vendita o cessione dello stesso ad altri.

Qualora e dove l'organizzazione del carcere non preveda l'invio in ambulatorio dei detenuti per la somministrazione "a vista" dei farmaci oggetto di queste Raccomandazioni, la consegna quotidiana nelle fasce orarie previste, dovrebbe avvenire in un orario il più vicino possibile a quello indicato dal prescrittore al fine di contenere i comportamenti di accumulo e uso improprio.

5.2 Terapia al bisogno

La "terapia condizionata", o cosiddetta "***terapia al bisogno***" dovrà essere prescritta in modo residuale per evitare ulteriori somministrazioni, oltre a quelle già previste nello schema di trattamento in corso, solo al verificarsi di determinate condizioni e definendo le seguenti specifiche indicazioni da riportare nella cartella clinica:

- le condizioni cliniche per la somministrazione (tipo di sintomo, intensità, durata ecc)
- la posologia
- il numero delle possibili somministrazioni giornaliere
- la distanza minima di tempo tra le varie somministrazioni

- l'arco temporale di validità della prescrizione.

Di fatto, la terapia condizionata (al bisogno) dovrebbe essere riservata solo ai casi strettamente necessari e dovrà avere una durata limitata, evitando di generare automatismi prescrittivi.

L'infermiere è tenuto a segnalare al medico quando la terapia al bisogno sia assunta in modo continuativo e non saltuario. Questa eventualità, molto frequente con i farmaci d'abuso (ipnotici, ansiolitici, antidolorifici), dovrà essere affrontata dai medici e ottimizzata attraverso un'azione di riconciliazione. Continue richieste di terapia al bisogno dovranno essere considerate come possibili segnali di disagio e pertanto valutate direttamente dai sanitari con un colloquio individuale.

Per una definizione condivisa di "terapia al bisogno" si rimanda alle specifiche linee d'indirizzo [17].

5.3 Rifiuto della terapia

Il ***rifiuto della terapia***, come indicato nelle specifiche linee d'indirizzo regionali [17], deve essere comunicato dall'infermiere al medico e segnalato nella cartella clinica. Rifiuti ripetuti dovranno essere considerati come possibili segnali di disagio e pertanto valutati direttamente dai sanitari con colloquio individuale.

5.4 Indicazioni specifiche

Benzodiazepine e analoghi benzodiazepinici ("Z-drugs")

L'utilizzo di ***benzodiazepine*** a breve e media emivita (lorazepam, lormetazepam, alprazolam, triazolam, brotizolam, clonazepam, etc.) è associato a forte rischio di abuso o uso improprio, pertanto, ***non dovrebbero essere utilizzate all'interno degli istituti penitenziari*** [18, 19].

Per gli stessi motivi, anche le cosiddette "Z-drugs", ad esempio zolpidem e zoplicone non dovrebbero essere prescritte. [20].

In fase di accoglienza del nuovo giunto, ovvero durante la riconciliazione, è indicato proporre la sospensione del farmaco o, qualora le condizioni cliniche non lo permettano, si procederà con lo switch da una benzodiazepina a breve-media emivita (o da una "Z-drugs") ad una benzodiazepina a lunga emivita (si raccomanda la prescrizione di delorazepam o, come seconda scelta, diazepam. Già nella fase della riconciliazione, è preferibile definire il programma di sospensione graduale del farmaco.

In alternativa, soprattutto qualora alla base dell'insonnia venissero rilevati sintomi di natura ansioso-depressiva, è possibile utilizzare il trazodone o la mirtazapina .

In età evolutiva e in adolescenza, l'uso di benzodiazepine deve essere evitato: il rischio di dipendenza da benzodiazepina è infatti particolarmente elevato [21].

5.5 Anticolinergici

In sede di riconciliazione, i farmaci anticolinergici andranno sospesi a causa dell'elevato rischio di abuso e/o uso improprio [11, 22].

Si fa riferimento in particolare a biperidene, ma anche alla scopolamina, farmaci spesso richiesti dalla popolazione detenuta come sostanza d'abuso. L'eventuale prescrizione come da indicazione da scheda

tecnica (per es. sindrome extrapiramidale per biperidene) dovrà essere effettuata per brevi periodi preferendo la via di somministrazione parenterale.

5.6 Gabapentinoidi

In sede di riconciliazione, i farmaci pregabalin e gabapentin dovranno essere sospesi a causa dell'elevato rischio di abuso e uso improprio [23, 24].

In presenza di una condizione patologica che preveda la necessità di prescrizione di un gabapentinoide, la stessa dovrà essere documentata e non altrimenti sostituibile e sarà da preferire la prescrizione di gabapentin.

5.7 Quetiapina e altri antipsicotici

Alla luce dei noti rischi di abuso e/o uso improprio di quetiapina, sia nella popolazione generale [25] che nella popolazione ristretta negli Istituti di Pena [26], in fase di riconciliazione il farmaco dovrà essere sospeso gradualmente nell'arco di 1-2 settimane preferendo l'utilizzo di altri antipsicotici atipici.

Si raccomanda dunque di prescrivere quetiapina esclusivamente per le condizioni descritte in scheda tecnica. Tali eventuali prescrizioni dello specialista psichiatra dovranno prevedere la somministrazione del farmaco s sotto l'osservazione dell'operatore sanitario e di ridurre le somministrazioni giornaliere al minimo indispensabile. In generale, si raccomanda di non effettuare durante il periodo detentivo nessuna nuova prescrizione di quetiapina se non su indicazione dello specialista psichiatra (da motivare in cartella clinica) [27, 28, 29, 30].L'utilizzo di antipsicotici di prima generazione (clorpromazina, promazina, aloperidolo, clotiapina, etc.) deve essere riservato, oltreché ad eventuali condizioni psicopatologiche diagnosticate dallo specialista psichiatra, alla gestione di gravi stati di agitazione psicomotoria acuta. Per la gestione di tali stati, qualora il medico dovesse scegliere di utilizzare farmaci appartenenti a questa classe, si raccomanda di scegliere la minima dose efficace e di limitare il numero delle somministrazioni giornaliere. In caso di utilizzo come terapia al bisogno, si raccomanda la somministrazione per brevi periodi (non più di 7 giorni).

5.8 Antidolorifici e antinfiammatori (Paracetamolo, FANS)

La prescrizione di paracetamolo e di farmaci appartenenti alla classe degli antinfiammatori non steroidei (***FANS***) dovrà seguire le indicazioni che valgono per la popolazione generale. La prescrizione deve avere un limite temporale, in assenza di indicazioni specifiche al massimo di sette giorni, seguita da un adeguato periodo di sospensione.

Tale limitazione temporale è opportuna prevederla anche qualora il farmaco analgesico/antinfiammatorio sia prescritto al bisogno. Prescrizioni inveterate aumentano significativamente il rischio di assunzione prolungata e clinicamente non giustificata possono determinare con alta probabilità la comparsa di effetti dannosi sistemici oltre che condotte di abuso e/o uso improprio. I farmaci da prediligere sono quelli per cui è disponibile la formulazione in polvere solubile o orosolubile.

5.9 Analgesici oppiodi

La prescrizione di analgesici oppioidi – con riferimento agli oppioidi forti - potrà essere effettuata solo su indicazione di uno specialista (terapista del dolore, ortopedico, oncologo e neurologo).

Si chiede di porre attenzione anche alla prescrizione di farmaci a base di Tramadolo.

La prescrizione sarà comunque da rivalutare periodicamente.

N.B. *gli specifici approfondimenti relativi agli antidolorifici sono trattati nel capitolo 9 - Gestione e trattamento del dolore.*

6 Insonnia

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) [31] definisce l'insonnia come un disturbo del sonno che si manifesta con difficoltà all'addormentamento e/o difficoltà a mantenere il sonno e/o tendenza al risveglio precoce. L'insonnia causa disagio clinicamente significativo in ambito sociale, lavorativo, scolastico o in altre aree importanti.

Il disagio può derivare da sintomi quali:

- affaticamento
- disturbi dell'attenzione/memoria
- calo del rendimento relazionale e/o lavorativo
- disturbi dell'umore, irritabilità
- sonnolenza diurna
- impulsività, iperattività, aggressività
- ridotta spinta motivazionale
- predisposizione all'errore o ad incidenti.

Il disturbo può essere diagnosticato in presenza di almeno 3 episodi di insonnia settimanali per un periodo di 3 mesi. L'insonnia è definita *cronica* quando persiste per più di 3 mesi. L'insonnia si trova spesso in comorbilità con altre sindromi psichiatriche (disturbi d'ansia, disturbo dell'umore, disturbo da uso di sostanze)

Si stima che più del 60% della popolazione detenuta riporta sintomi di insonnia con una prevalenza del 44% negli uomini, del 72% nelle donne e una scarsa qualità soggettiva del sonno è stata rilevata da circa l'88% dei detenuti [1]. L'insonnia può rappresentare un fattore di rischio per depressione (rischio raddoppiato rispetto alla popolazione generale), ansia (rischio quadruplicato) e disturbo da sostanze d'abuso (rischio aumentato di 7 volte rispetto alla popolazione generale) [32].

L'insonnia persistente può elicitare più facilmente sentimenti di rabbia, aggressività, impulsività con la conseguenza di un maggior accesso al presidio sanitario del carcere finalizzato alla gestione di tali condizioni e quindi con un probabile aumento della richiesta di farmaci ipnoinducenti e benzodiazepine [33]. La reclusione stessa può agire come fattore precipitante iniziale [1]. La relazione tra insonnia e depressione è ben riconosciuta, soprattutto se presentata come risveglio mattutino precoce. L'insonnia può aumentare il

rischio di autolesionismo e suicidio influenzando negativamente l'umore, i pensieri e il comportamento, indipendentemente da altri fattori di rischio che influiscono sulla salute mentale durante i primi periodi di detenzione [34].

Alcuni fattori precipitanti e perpetuanti sono i vincoli dell'ambiente carcerario: la separazione dai propri cari, le routine rigidamente imposte e gli orari sonno-veglia, la limitata attività fisica, lo spazio condiviso per vivere e dormire, la mancanza di privacy, i problemi di sicurezza, l'accesso limitato alla luce del sole e i fattori ambientali (ad esempio, rumore, luce, temperatura, materasso e lenzuola), passare una quantità significativa di tempo in una stanza su una branda, che non è usata solo per dormire ma anche per le attività della vita quotidiana (ad esempio, stare seduti, guardare la televisione, leggere, scrivere, mangiare, sonnecchiare) [1]. L'insonnia può essere accelerata o esacerbata dalla perdita di autonomia e da uno stile di vita sedentario nel contesto detentivo. La condivisione delle celle può influire sul sonno. Altri fattori che condizionano il sonno potrebbero essere il disagio psichico, l'abuso di sostanze, le preoccupazioni legate al processo, le condanne, il bullismo, il rimorso, la perdita di supporto sociale e familiare.

6.1 Valutazione dell'insonnia

La prima fase dell'intervento prevede un'accurata valutazione del tipo di insonnia al fine di stabilire la tipologia di trattamento migliore per il paziente. Dopo aver valutato la presenza o meno di un altro disturbo in comorbilità o sottostante (ansia, depressione, alterazioni organiche, etc.) il cui trattamento potrebbe migliorare indirettamente anche il sonno [32], verranno valutati i diversi aspetti alla base dell'insonnia allo scopo di modificare tutti quei comportamenti che influenzano negativamente il sonno e mantengono il disturbo d'insonnia. Può essere utile distinguere tra insonnia iniziale e risveglio mattutino e tra insonnia acuta (almeno tre notti a settimana e interruzione del sonno per meno di tre mesi) e insonnia cronica (più di tre mesi) e valutare l'impatto sul funzionamento diurno [35, 36].

Il trattamento farmacologico non è necessario se il funzionamento diurno non è compromesso. Inoltre, il medico in collaborazione con gli agenti di Polizia Penitenziaria di sezione, può avere informazioni sul ritmo del sonno del detenuto finalizzate alla eventuale modulazione della terapia in corso e alla gestione dei detenuti che richiedono farmaci ipnotici.

6.2 Trattamento dell'insonnia

Il trattamento d'elezione per la cura dell'insonnia non deve essere esclusivamente di tipo farmacologico. Sono invece necessari percorsi di promozione della salute e trattamenti psicologici dedicati (per esempio, CBT-I) [37] e finalizzati a migliorare lo screening, la valutazione e la terapia. Un'abilità clinica fondamentale nella gestione dell'insonnia è affrontare le aspettative del paziente, fornirgli il contesto del suo problema del sonno e descrivere quale potrebbe essere un'aspettativa realistica.

Un buon trattamento suggerisce di fornire alla popolazione detenuta interventi psicoeducativi orientati alla conoscenza delle "Regole di Igiene del Sonno" al fine di correggere i comportamenti disfunzionali che mantengono e alimentano il disturbo e di sostituirli con nuovi comportamenti che, al contrario, favoriscono il sonno. Alla popolazione carceraria, dovrebbero essere forniti opuscoli e consigli come, ad esempio, educare i detenuti alla riduzione dell'assunzione di caffeina e nicotina e delle ore diurne trascorse nel letto, all'aumento della partecipazione alle attività trattamentali, programmare ritmi sonno-veglia, svolgere una regolare attività fisica. A tal proposito, la letteratura [1, 37] riporta che l'attività fisica diurna favorisce il ripristino di un corretto ritmo sonno-veglia. L'esercizio mattutino produce un sonno migliore e l'esercizio aerobico

è migliore dell'esercizio basato sulla resistenza. Sebbene possano esserci restrizioni sull'accesso alla palestra (ad esempio per carenza di personale, regimi detentivi, problematiche strutturali), gli esercizi nelle stanze, devono essere incoraggiati.

In carcere sono frequenti le richieste di prescrizioni di farmaci per contrastare l'insonnia, soprattutto nei pazienti tossicodipendenti.

La tolleranza agli effetti di molti ipnotici si sviluppa entro 3-14 giorni di uso continuativo e l'efficacia a lungo termine non può essere garantita. Uno dei principali svantaggi dell'uso a lungo termine è che la sospensione può causare insonnia di rimbalzo e sindrome da astinenza. La prescrizione di farmaci per l'insonnia cronica dovrebbe, se possibile, essere cauta ed evitata. Potrebbe essere opportuno prescrivere terapie farmacologiche per brevi periodi se il sonno è compromesso a causa di stress significativi (udienze, condanne, notizie negative da familiari durante i colloqui, scarcerazione programmata dopo lunga pena, etc.) e se il funzionamento diurno è compromesso.

6.3 Strategie farmacologiche

Le linee guida europee sul trattamento dell'insonnia del 2023 [37] riportano che la prescrizione di farmaci per l'insonnia non dovrebbe essere superiore alle quattro settimane. Integrando le indicazioni per la popolazione generale alle caratteristiche e alle esigenze della popolazione carceraria, si raccomandano le seguenti strategie farmacologiche:

- In caso di comorbilità con sintomatologia ansioso-depressiva: trazodone (fino a 100 mg/die, preferibilmente in formulazione liquida), mirtazapina (15 mg/die - 30 mg/die).
- In caso di insonnia riconducibile a stati di agitazione psico-motoria o insonnia associata a sindrome di natura psicotica: antipsicotici di prima generazione (in formulazione liquida e alla minima dose efficace).
- In caso di insonnia reattiva a fattori stressogeni e non correlata ad altre sindromi psichiatriche: delorazepam (in formulazione liquida), diazepam (in formulazione liquida), flurazepam (presente esclusivamente solo la formulazione in capsule)[1]

Inoltre, il trattamento farmacologico risulta essere maggiormente efficace quando associato ad interventi non farmacologici [37].

Il feedback ricevuto attraverso il monitoraggio da parte di coloro che operano all'interno delle sezioni detentive può migliorare i comportamenti legati alla salute, compreso il sonno.

Indicazioni generali per la ***gestione e il trattamento dell'insonnia in carcere***

- L'insonnia è un disturbo molto frequente in carcere che può determinare una compromissione del funzionamento generale.
- L'insonnia spesso rappresenta un segno di disagio psichico sottostante. Una diagnosi corretta favorisce un trattamento più appropriato.
- La gestione iniziale dell'insonnia non dovrebbe essere farmacologica.
- La sola igiene del sonno è efficace in circa 1/3 dei casi di insonnia primaria.
- Il rilassamento e l'esercizio fisico favoriscono il sonno.

[1] Si raccomanda di valutare l'appropriatezza della prescrizione di farmaci con potenziale d'abuso e dipendenza in pazienti con storia attuale o pregressa di uso patologico di sostanze.

- La prescrizione di farmaci ipnoinducenti dovrebbe essere limitata a periodi non superiori alle quattro settimane
- Tutte le prescrizioni farmacologiche finalizzate alla cura dell'insonnia vanno monitorate periodicamente nel tempo con regolari visite di controllo.

7 Gestione e trattamento degli stati d'ansia

L'ansia è quell'emozione spiacevole caratterizzata da una sensazione generica di pericolo, paura e attivazione fisiologica [38], che tutti sperimentano ad esempio, prima di affrontare una sfida o una performance o a causa di una forte preoccupazione.

Nel 1961, Cattel e Scheier introducono una distinzione fra ansia di tratto e ansia di stato.

L'ansia di tratto sarebbe una caratteristica relativamente stabile della personalità di ogni individuo, una modalità comportamentale che riflette quanto il soggetto tenda a percepire come minacciosi o pericolosi gli oggetti o gli eventi con cui viene a contatto nel suo ambiente [39].

L'ansia di stato può essere definita come un'interruzione temporanea del continuum emozionale che si esprime attraverso una sensazione soggettiva di tensione, apprensione, nervosismo, inquietudine, ed è associata all'attivazione del sistema nervoso autonomo. Alti livelli di ansia-stato risultano estremamente spiacevoli, dolorosi e disturbanti e stimolano il soggetto a mettere in atto dei meccanismi comportamentali di adattamento per evitare o ridurre queste sensazioni; questi meccanismi hanno successo se riescono ad allontanare lo stimolo ansiogeno o a valutarlo come meno minaccioso [39, 40]. Fattori ed eventi legati all'ambiente carcerario, quali per esempio il sovraffollamento, la limitazione della libertà, la posizione giuridica, lo scarso supporto sociale e familiare, i conflitti con gli altri detenuti, la mancanza di privacy e di controllo sulla propria vita rappresentano potenziali fattori scatenati l'ansia di stato e il ricorso a terapie farmacologiche di sostegno.

Gli ansiolitici sono la classe di psicofarmaci più prescritta nella popolazione detenuta per la rapida insorgenza dei loro effetti terapeutici e il minor rischio di effetti tossici. Appartengono a questo gruppo le benzodiazepine (BDZ) e gli ipnotici non benzodiazepinici. Tuttavia, in ambiente carcerario, l'utilizzo di benzodiazepine espone i pazienti ad un rischio almeno dieci volte maggiore di sviluppare forme di abuso o dipendenza [41, 42]. Nel contesto carcerario, le benzodiazepine devono essere utilizzate per brevi periodi di tempo, preferendo la somministrazione di molecole a lunga durata d'azione [43]. In caso di ansia correlata a stati di agitazione psicomotoria, risulta opportuno considerare l'utilizzo di antipsicotici di prima generazione.

In alcuni casi, come nel trattamento a lungo termine dell'ansia, i farmaci di prima scelta sono gli antidepressivi, come gli SSRI, SNRI e analoghi che devono essere preferiti alle benzodiazepine, presentando, rispetto a quest'ultime, una migliore efficacia terapeutica e una limitata potenzialità d'abuso. Gli studi hanno dimostrato che il trattamento a lungo termine con benzodiazepine è inefficace nel contrastare l'ansia, l'insonnia o l'agitazione, ma che spesso viene mantenuto soprattutto nel contesto carcerario con il fine di evitare lo sviluppo di una grave sindrome astinenziale [44, 45].

La terapia al bisogno, fortemente richiesta dalla popolazione detenuta, è da limitare ai soli casi strettamente necessari e solo previa accurata valutazione medica, preferibilmente da non somministrare negli orari notturni e in casi di assunzioni ripetute nel tempo, occorre segnalare e rivalutare la terapia farmacologica.

7.1 Gestione e trattamento del dolore

7.1.1 Definizioni

Il ***dolore acuto*** è un dolore nocicettivo, di durata limitata, nel quale è ben evidente il rapporto causa/effetto. L'esordio è improvviso ed inaspettato, spesso brusco e ben identificabile, associato ad una lesione localizzata e deriva dall'attivazione del sistema sensoriale che segnala un danno potenziale o reale recente. La sua causa è generalmente chiara: può essere legata ad un intervento chirurgico, ad un trauma, ad una patologia infettiva intercorrente. Generalmente è reversibile perché associato ad un danno circoscritto e controllabile con un trattamento adeguato. Solitamente è un ***dolore nocicettivo*** di natura infiammatoria o meccanica.

Il ***dolore cronico*** è un dolore che perdura per lunghi periodi (oltre 3 mesi), percepito in maniera continua anche dopo che la causa è stata eliminata e comunque oltre il tempo atteso di guarigione. Il dolore cronico è determinato dal persistere dello stimolo dannoso e/o da fenomeni nocicettivi temporanei che hanno indotto modificazioni permanenti. Esso potrebbe comportare conseguenze invalidanti sotto il profilo psico-sociale pur non avendo origine neoplastica. Rispetto al dolore acuto, ha un impatto maggiore sulla sfera personale dell'individuo: il dolore cronico può influenzare la vita sociale e familiare, l'attività lavorativa e può produrre effetti a livello non solo funzionale, ma anche emozionale e psichico, favorendo l'insorgenza di disturbi del sonno accompagnata anche a depressione, affaticabilità e progressivo decadimento fisico. Spesso può avere una componente ***neuropatica***.

Il ***dolore oncologico*** può essere acuto o cronico. Può derivare direttamente dalla malattia o dall'esito del suo trattamento. È un dolore che interessa la sfera psicofisica e sociale del paziente. Esso, per la sua eziologia, ha effetti devastanti sulla qualità della vita del paziente e del caregiver ed è costantemente presente.

Da un punto di vista patogenetico, il dolore viene classificato in:

- *dolore nocicettivo* (somatico e viscerale). É determinato dall'attivazione di nocicettori localizzati a livello delle strutture somatiche e viscerali. Il dolore somatico a sua volta può essere distinto in superficiale e profondo in relazione all'interessamento delle strutture coinvolte. Ha caratteristiche di rappresentazione e di localizzazione ben precise nella sua localizzazione somatica, mentre risulta meno definito in quella viscerale. É dovuto ad una lesione tessutale spesso evidente.
- *dolore neuropatico* è la conseguenza di un danno o di una disfunzione del tessuto nervoso periferico o centrale. È un dolore di difficile controllo ed è spesso solo parzialmente sensibile alla terapia, richiedendo interventi procedurali specifici. La lesione neurologica, infatti, determina un'abnorme attività degli impulsi generati tale da rendere difficile il controllo farmacologico. Si può verificare anche in assenza di una lesione, o quando questa si è risolta, permanere una segnalazione nervosa dolorifica.

7.1.2 Terapia del dolore: principi generali

La terapia del dolore è un campo della medicina che si occupa della gestione e del sollievo dal dolore che, può essere causato da una vasta gamma di condizioni.

La Legge n. 38/2010 rappresenta un importante passo avanti nel garantire cure palliative e terapia del dolore di qualità per i pazienti, enfatizzando l'umanizzazione delle cure e il rispetto dei diritti dei pazienti in condizioni gravi e/o

terminali[2].https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3755&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge

Viene sottolineato il rispetto della dignità del paziente attraverso il controllo del dolore, il miglioramento della qualità della vita e il supporto psicologico e spirituale, se richiesto.

La legge incoraggia la pianificazione anticipata delle cure, evidenzia la necessità di una collaborazione interdisciplinare tra medici, infermieri, psicologi e altri professionisti. Affronta anche la questione dell'accesso ai farmaci per il controllo del dolore, inclusi gli oppioidi, assicurando che siano disponibili quando necessari e che il loro utilizzo sia adeguatamente controllato.

Alcuni princìpi chiave nella gestione del dolore e supportati dalla legge 38/2010 sono:

- ***una valutazione accurata del paziente***. Il team sanitario dovrebbe raccogliere informazioni dettagliate sulla storia del dolore, la sua durata, l'intensità, i fattori scatenanti e qualsiasi altro sintomo correlato;
- ***identificazione della causa sottostante*** (attraverso esami diagnostici, immagini mediche o consultazioni specialistiche);
- ***pianificazione del trattamento personalizzato*** sulla base della valutazione del dolore. Il trattamento può includere una combinazione di farmaci, terapie fisiche, interventi chirurgici o terapie complementari;
- ***coinvolgimento del paziente***: i pazienti devono comprendere la natura del loro dolore, le opzioni di trattamento disponibili e il ruolo che essi stessi possono svolgere nella sua gestione;
- ***monitoraggio continuo***: la gestione del dolore è un processo dinamico. Il progresso del paziente e l'efficacia del trattamento devono essere monitorati regolarmente. In base alle risposte del paziente verranno apportate modifiche al piano di trattamento;
- ***controllo adeguato del dolore***: l'obiettivo non è sempre eliminare completamente il dolore, ma piuttosto controllarlo in modo che il paziente possa svolgere le attività quotidiane e mantenere una buona qualità di vita;
- ***gestione del dolore cronico***: la gestione a lungo termine può richiedere strategie più complesse, come la terapia cognitivo-comportamentale per affrontare gli aspetti emotivi del dolore e migliorare la qualità della vita.

La comunicazione aperta tra prescrittore e paziente, la comprensione delle esigenze individuali e l'aggiornamento costante del piano di trattamento sono elementi chiave per ottenere risultati positivi nella gestione del dolore.

Il mancato trattamento del dolore può avere conseguenze che vanno oltre alla semplice risoluzione di uno stato spiacevole e disabilitante, ovvero condizioni quali:

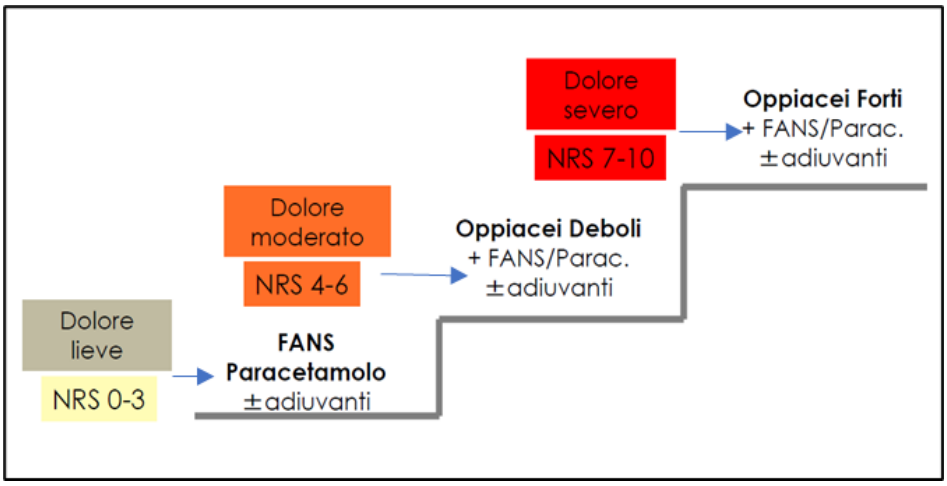
- respirazione difficoltosa che porta a insufficienza respiratoria e aumento del rischio infettivo;
- immobilità e stato infiammatorio con aumentato rischio tromboembolico;
- ipercatabolismo e iperglicemia

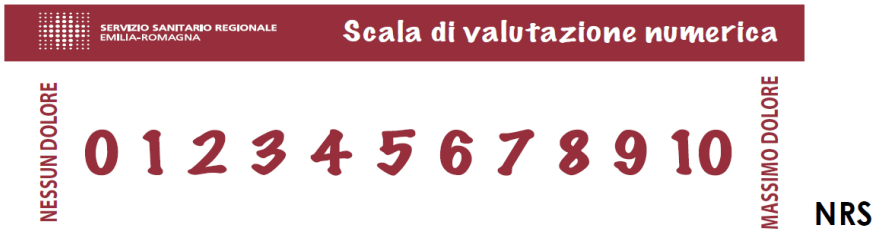
---

2 https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3755&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=legge#:~:text=La%20legge%2038%2F2010%20impegna,inadeguate%20ai%20fini%20della%20stabilizzazione

7.1.3 Farmaci impiegati nel trattamento della terapia del dolore

La gestione del dolore segue la scala analgesica dell'OMS a 3 gradini:





Si chiede al soggetto di selezionare il numero da 0 a 10 che meglio descrive l'intensità del dolore se 0 è nessun dolore e 10 il massimo dolore immaginabile

Dolore lieve: 1-3 Dolore moderato: 4-6 Dolore severo: 7-8 Dolore intollerabile: 9-10

gradino 1 → analgesici non oppioidi ± adiuvanti analgesici facoltativi per il dolore lieve;
gradino 2 → analgesici oppioidi deboli più analgesici non oppioidi ± adiuvanti analgesici per il dolore da lieve a moderato;
gradino 3 → analgesici oppioidi forti più analgesici non oppioidi ± adiuvanti analgesici per il dolore da moderato a grave.

La scelta del tipo di farmaco da impiegare nella terapia del dolore dipende soprattutto dall'intensità e dal tipo di dolore che affligge il paziente.

Di seguito, sono brevemente descritte le principali classi di farmaci impiegate nella terapia antalgica:

- **FANS E PARACETAMOLO**

I FANS e il paracetamolo vengono utilizzati nella terapia del dolore quando quest'ultimo è di grado lieve o moderato. Per il **dolore nocicettivo** infiammatorio si impiegano soprattutto i FANS e per il dolore nocicettivo meccanico il paracetamolo.

Generalmente, questi medicinali affiancano all'attività analgesica anche un'azione antiflogistica e antipiretica.

Fra i principi attivi maggiormente impiegati nella terapia del dolore, ricordiamo il ketoprofene, l'ibuprofene, il diclofenac e il naprossene.

Alcuni di questi farmaci hanno una limitata durata di trattamento indicata in scheda tecnica, ad esempio:

- diclofenac per via intramuscolare 2 giorni,
- ketorolac per via parenterale 2 giorni e orale 5 giorni per l'elevato rischio di grave tossicità gastrointestinale rispetto agli altri FANS.
- In assenza di indicazioni specifiche riportate in scheda tecnica si raccomanda di non superare i 7 giorni di trattamento, seguiti da un adeguato periodo di sospensione, al fine di evitare effetti collaterali e abuso.

➢ ANALGESICI OPPIODI

Gli analgesici oppioidi, ampiamente utilizzati nella terapia del dolore, sono particolarmente indicati quando lo stimolo doloroso è di grado da moderato a grave.

L'uso degli oppioidi deve essere preso in considerazione nei pazienti non responsivi o non eleggibili al trattamento con analgesici non oppioidi; la terapia inizia con la dose più bassa possibile.

Incrementi e/o sospensione devono essere effettuati solo sotto controllo medico; devono essere illustrati al paziente i possibili eventi avversi prevenendoli/gestendoli nella prima fase della somministrazione o in caso di bisogno (es. con l'impiego di lassativi, antiemetici) [46].

Si distinguono in:

- *oppioidi deboli*
  - si tratta di profarmaci con effetto tetto: codeina e tramadolo.
- *oppioidi forti*
  - buprenorfina, fentanyl, morfina, idromorfone, metadone, ossicodone e tapentadolo.

Benché possano essere utilizzati nel trattamento del dolore di varia origine e natura, i suddetti principi attivi vengono considerati come i farmaci più importanti nel trattamento del dolore cronico di tipo oncologico (dolore severo). Non sono efficaci nel trattamento del dolore neuropatico.

➢ ANTIDEPRESSIVI

Nonostante la loro principale indicazione terapeutica sia il trattamento della depressione, alcuni principi attivi appartenenti alle classi degli antidepressivi triciclici (o TCA) e degli inibitori del reuptake della serotonina (SSRI) e noradrenalina (NRSI), si sono rivelati molto utili nella terapia del dolore di **tipo neuropatico** e possono essere impiegati sia da soli sia in associazione ad analgesici oppioidi.

Fra i TCA maggiormente utilizzati in questo campo, ricordiamo l'amitriptilina e la clomipramina.

La terapia adiuvante considera anche gli antidepressivi SSRI (sertralina, paroxetina e citalopram) efficaci nel migliorare i sintomi e la qualità di vita dei pazienti affetti da dolore neuropatico cronico spesso causa di disturbi depressivi. Il dolore cronico neuropatico e depressione, infatti, sono condizioni cliniche interconnesse che possono richiedere un approccio di trattamento integrato.

Infine, fra gli NSRI ricordiamo la duloxetina, che si è mostrata particolarmente efficace nella terapia del dolore neuropatico diabetico (come da Nota AIFA 4).

- **GABAPENTINOIDI e ANTICONVULSIVANTI**

I gabapentinoidi e gli anticonvulsivanti si sono rivelati piuttosto efficaci nella terapia del dolore di tipo neuropatico.

In ambito carcerario, il pregabalin e il gabapentin sono molto ricercati per il loro effetto euforizzante/attivante o comunque come "sostitutivi" di sostanze stimolanti. Dato il rischio di diversione e uso improprio ampiamente documentato in ambiente carcerario e la raccomandazione di evitare la prescrizione di gabapentinoidi , il loro uso dovrebbe essere limitato a quelle condizioni cliniche che non hanno un'alternativa terapeutica. Infatti, continuano ad emergere prove dei danni causati dai gabapentinoidi [23, 24], che vengono sempre più identificati come uno dei fattori correlati ai decessi in carcere.

A fronte di prescrizione specialistica di un gabapentinoide come terapia strettamente necessaria, sarà preferita la prescrizione di gabapentin a una dose adeguata da somministrare il minor numero di volte possibile e da monitorare dall'*équipe* di cura, ovvero coinvolgendo non solo i medici di medicina penitenziaria ma tutte gli specialisti che rientrano nella gestione del caso.

La **sospensione** del gabapentinoide dovrà essere attentamente controllata e avvenire "a scalare" nell'arco di almeno una settimana per evitare o ridurre gli effetti collaterali legati all'interruzione del trattamento, ovvero ansia, insonnia, nausea, sudorazione e, in rari casi, convulsioni. Inoltre, lo scalaggio consente all'organismo di adattarsi alla riduzione della dose del farmaco, minimizzando il rischio di sintomi di astinenza. Infine, può essere utile per valutare se il paziente ha ancora bisogno del gabapentinoide per gestire i suoi sintomi o se è possibile passare a un altro trattamento.

Tra gli anticonvulsivanti trovano impiego la carbamazepina nella nevralgia del trigemino.

- **ANESTETICI LOCALI**

Fra gli anestetici locali, maggiormente impiegata nella terapia del dolore cronico ritroviamo la lidocaina. In commercio è presente la formulazione in cerotti indicata nel trattamento del dolore post-erpetico.

- **TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI**

Alla terapia del dolore effettuata con farmaci, è possibile affiancare una *terapia del dolore non farmacologica*. Naturalmente, il tipo di approccio che si decide di intraprendere varia in funzione della tipologia di dolore

cronico che deve essere trattato. Infine, è ormai noto che anche la componente psicologica riveste un determinato ruolo nella percezione e nell'eventuale peggioramento del dolore cronico. Per tale ragione, in alcuni casi, possono essere utili degli approcci basati su tecniche psicologiche comportamentali o cognitive, così come può rivelarsi utile il ricorso a tecniche di rilassamento e a tecniche di distrazione.

7.2 Gestione del dolore negli Istituti Penitenziari

All'interno delle carceri i pazienti richiedono comunemente un trattamento per il dolore [1]. I prescrittori dovrebbero essere consapevoli del potenziale diversivo e dei problemi associati all'abuso di analgesici e alla dipendenza in carcere.

DOLORE ACUTO

Alla prima comparsa del dolore acuto, l'analgesia deve essere prescritta in modo graduale. Il paracetamolo deve essere prescritto a dose intera ed eventualmente integrato con farmaci non steroidei (FANS) a meno che non siano controindicati.

È fondamentale interrompere la prescrizione dei farmaci per il dolore acuto quando non sussistono più le condizioni cliniche che lo avevano determinato.

DOLORE CRONICO

I medicinali per il dolore persistente dovrebbero sempre essere utilizzati come parte di un piano di trattamento integrato che includa consigli sull'attività fisica, sul sonno e sul supporto per ottenere benessere psichico e un complessivo miglioramento della qualità della vita. I farmaci non funzionano per tutti i pazienti e di solito non liberano il paziente dal dolore. I farmaci possono aiutare a ridurre l'intensità del dolore in modo tale da consentire ai pazienti di svolgere attività che altrimenti sarebbero difficili.

I trattamenti non farmacologici (che possono essere svolti in carcere) includono:

- cura del sé
- programmi di attività fisica individualizzati o di gruppo
- supporto psicologico
- tecniche basate sulla meditazione

La collaborazione tra l'Amministrazione Penitenziaria e il Servizio Sanitario è fondamentale al fine di creare reali opportunità in tal senso, ovvero la costruzione di un approccio integrato alla cura e alla gestione del dolore che riduca, o magari eviti, la dipendenza da farmaci.

Per il dolore persistente, si raccomanda un approccio sequenziale di semplice analgesia, iniziando con paracetamolo o FANS oppure con una combinazione di questi.

La prescrizione di analgesici oppioidi forti sarà confermata solo se presente l'indicazione di uno specialista (terapeuta del dolore, ortopedico, oncologo e neurologo. Tale prescrizione sarà comunque da monitorare periodicamente al fine di evitare il mantenimento inappropriato di una prescrizione ad alto rischio di abuso e/o diversione.

È richiesta, inoltre, particolare attenzione relativamente le prescrizioni di farmaci a base di tramadolo.

DOLORE NEUROPATICO

Per quanto riguarda il dolore neuropatico persistente, dovrebbero essere esplorati interventi non farmacologici con particolare enfasi sulla psicologia del dolore e sui meccanismi di coping. Meno di un terzo

dei pazienti risponde alle terapie farmacologiche utilizzate per il trattamento di questa specifica tipologia di dolore. In linea generale, per il dolore neuropatico, i farmaci con migliore efficacia sono, rispettando l'ordine di elencazione: antidepressivi, gabapentinoidi e anticonvulsivanti, lidocaina (nevralgia post-erpetica) e, come ultima scelta, gli oppiodi.

8 Trattamenti non farmacologici

Il Dgr. nr. 2051/2019: "Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari: indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali", evidenzia come il carcere sia divenuto sempre più, nel tempo, il terminale di problematiche sociali che nell'ambiente detentivo tendono ad acuirsi, così come è sempre presente la reazione alla privazione della libertà, lo spaesamento, etc. Risulta pertanto necessario prestare attenzione a non confondere il disagio psicologico e sociale con la malattia mentale, una lettura che non aiuta a trovare le soluzioni adeguate. Il disagio non è disturbo mentale e quindi va affrontato con altri interventi, ambientali, relazionali, sociali, trattamentali. La presa in carico psichiatrica è riservata alle persone con patologia di salute mentale che va distinta dal disagio dovuto alla prisonizzazione e dagli atti di aggressività, fenomeni che le persone detenute manifestano frequentemente in carcere ma che sono dovuti ad altri fattori. Si evidenzia la necessità di mantenere un corretto approccio e di comprendere come si generano i fenomeni nello specifico contesto carcerario che, in quanto tale, non è assimilabile ad altri contesti sanitari. Al fine di prevenire il rischio di psichiatrizzazione elevata, gli interventi sanitari dovranno rispondere ai bisogni della popolazione detenuta, tenendo conto che sui fattori ambientali, trattamentali e sociali non può essere la terapia farmacologica l'unica soluzione a esercitare un'azione surrettizia.

In linea con gli obiettivi dell'assistenza territoriale che pongono al centro il cittadino, inteso come soggetto che, opportunamente informato dagli operatori dei vari settori, diviene protagonista consapevole delle scelte rispetto alla propria salute, l'assistenza primaria negli Istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna, si attua secondo la Circolare n. 15 del 9/12/2012 PG 2012 0262520 della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, che indica gli standard assistenziali e fornisce specifiche indicazioni e procedure, definite in schede operative relativamente alle varie fasi della detenzione, dall'ingresso in carcere alla dimissione.

La stessa definisce, inoltre, una modalità di approccio di medicina pro-attiva, d'iniziativa, tesa a favorire la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la continuità dell'assistenza, la presa in carico e in cura dei detenuti con patologie croniche, da parte di un team interprofessionale (integrazione tra professioni mediche, sanitarie, psicologiche) di cui il detenuto è parte attiva. Un approccio di questo tipo, oltre ad evitare che il disagio psichico portato dal paziente sia esclusivamente medicalizzato o trasformato in disturbo psichico, è volto a promuovere interventi a sostegno di reazioni di adattamento alla privazione della libertà e di stati di disagio psicologico connessi alla ridotta presenza di fattori protettivi. La finalità è quella di costruire un sistema di cura che sappia garantire un approccio globale alla persona, considerando i fattori psicologici, ambientali, sociali e culturali.

Al fine di prevenire il fenomeno della diversione farmacologica all'interno degli Istituti Penitenziari, gli interventi a sostegno della popolazione detenuta saranno centrati su un approccio metodologico di promozione della salute finalizzata a favorire maggiore equità nella tutela della salute delle persone recluse attraverso un miglioramento della capacità di prendersi cura di sé, attraverso l'adozione di stili di vita salutari.

Gli obiettivi sono:

- diversificare le richieste di aiuto della popolazione detenuta, distinguendo le differenti tipologie di disagio o malessere, non sempre dovute a specifiche patologie organiche, superando le difficoltà determinate dalla diversa provenienza etno-culturale.
- Incrementare il livello di informazione sanitaria e sviluppare competenze individuali e collettive per ridurre la vulnerabilità dell'individuo e della comunità detenuta, tramite la conoscenza delle modalità di corretti stili di vita e delle relative opportunità offerte dal Servizio Sanitario Nazionale, sia all'interno dell'Istituto Penitenziario sia all'esterno.

I trattamenti non farmacologici si riferiscono ad interventi di promozione della salute, informativi, formativi (psicoeducazionali), psicologici e di supporto socio-educativo. Essi si basano sul modello biopsicosociale di Engel [46] secondo cui l'individuo è al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Tale modello prevede che, per comprendere e risolvere le problematiche di salute, non sia sufficiente occuparsi solo dei problemi di funzioni e organi, ma si deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali e familiari dell'individuo e ciò significa che contesto, comportamenti, pensieri e sentimenti possono influenzare l'equilibrio psicofisico. I trattamenti non farmacologici sono:

- ***Interventi di promozione della salute e attività di prevenzione alla diversione farmacologica***: colloqui individuali e gruppali di psicoeducazione circa il corretto utilizzo del farmaco, i rischi connessi alla diversione, all'abuso e al misuso delle terapie farmacologiche, i meccanismi all'origine della dipendenza da farmaci e delle problematiche ad essa correlate, le strategie di prevenzione delle ricadute.
- ***Consulenze psicologiche brevi e focali*.** Qualora emerga l'esigenza di un intervento più specifico dovuto alla presenza di sintomatologia psicologica di rilevanza clinica e/o una condizione di difficoltà di adattamento, la persona potrà essere orientata a trattamenti brevi focali validati, in setting individuale o gruppale. La consulenza si può configurare come strumento di contenimento emotivo utile ad attenuare e chiarire i possibili bisogni sulla base della richiesta d'aiuto. A tal fine, si sottolinea l'importanza di riconoscere precocemente e in collaborazione con gli operatori penitenziari, i primi segnali di disagio, la cui individuazione permette di attuare misure ancora molto utili a prevenire un'escalation completa del momento di crisi e avviare un percorso di supporto più intenso in base alla gravità espressa. Dopo aver svolto una valutazione del quadro clinico, delle risorse e dei bisogni soggettivi, dei fattori protettivi e di rischio presenti, la consultazione prevede la formulazione condivisa con la persona (ed eventualmente con il medico di assistenza primaria) di un'ipotesi di intervento declinata sulle principali direzioni: trattamento breve (individuale o in gruppo); interventi di rete con altri professionisti del presidio sanitario o delle altre aree presenti in carcere; orientamento e accompagnamento motivazionale a Servizi Specialistici.
- ***Percorsi di supporto psicologico*** avviati dagli psicologi delle Cure Primarie e del Servizio Dipendenze Patologiche del presidio sanitario che accompagnano e sostengono l'individuo durante le diverse fasi della carcerazione nella progettazione e realizzazione del piano terapeutico riabilitativo individualizzato, in stretto raccordo con l'intera l'équipe multidisciplinare.
- ***Interventi di supporto educativo e sociale avviati all'interno degli Istituti Penitenziari dal personale socio-educativo*** del presidio sanitario e attività trattamentali attuate dagli operatori penitenziari a favore della popolazione detenuta, in un'ottica riabilitativa terapeutica-trattamentale.
- ***Interventi di promozione dell'attività fisica***. Il ruolo dello sport nelle carceri è stato sempre più riconosciuto come uno strumento efficace per la riabilitazione e la reintegrazione, per migliorare l'andamento di alcune patologie croniche (diabete, obesità, cardiopatie, problemi muscolo-

scheletrici, stati d'ansia), per ridurre l'abuso di farmaci. Lo sport fornisce, inoltre, un'opportunità per migliorare la salute generale dei detenuti. Negli ultimi anni, gli studi hanno dimostrato i benefici dello sport nelle carceri sia in termini di benessere soggettivo sia di decorso clinico [47]. L'attività fisica regolare può ridurre lo stress, combattere la depressione e migliorare la qualità di vita. Attraverso l'attività fisica e il coinvolgimento in programmi sportivi strutturati, i detenuti hanno l'opportunità di sviluppare abilità fisiche, sociali ed emotive che possono aiutarli a ricostruire una vita positiva.

- ***Campagne informative per promuovere e sensibilizzare i pazienti alla corretta assunzione dei farmaci prescritti***, all'aderenza terapeutica e informarli circa i rischi connessi alla diversione farmacologica.
- ***La formazione di tutti i professionisti*** diviene un obiettivo strategico non solo rispetto l'acquisizione di conoscenze e competenze ma anche come dispositivo di integrazione e co-progettazione che va a connotare l'organizzazione come rete di relazioni e come rete di pensiero progettuale rispetto all'intervento con i pazienti e con la comunità carceraria. L'esigenza di favorire una lettura olistica e integrata dei bisogni delle persone da parte dei professionisti trova ampio spazio nel Piano Regionale della Formazione 2022-2024 - Indirizzi strategici per lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario e sociale.

9 Indicatori

Di seguito, si descrive l'indicatore di esito scelto per valutare l'efficacia delle raccomandazioni nella pratica clinica.

- ☐ *Indicatore*: Consumo di farmaci antipsicotici (in particolare quetiapina), benzodiazepine a emivita intermedia e breve, zolpidem e gabapentinoidi in DDD*100 carcerati/die nell'anno 2024 vs 2022.
- ☐ *Target:* numero DDD*100 carcerati/die anno 2024 < anno 2022 (misurato come variazione percentuale tra l'anno di osservazione e l'anno indice).

L'indicatore verrà utilizzato anche per il confronto del consumo dei suddetti farmaci nell'anno 2025 vs 2024 e negli anni successivi confrontando i dati con l'anno precedente.

10 Bibliografia

[1] Royal College of General Practitioners. *General Safer Prescribing in Prisons Guidance for clinicians* Second edition, January 2019

[2] Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. *Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions*. Lancet Psychiatry. 2016 Sep;3(9):871-81.

[3] Carrà G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F. *Prevalence of mental disorder and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study. Br J Clin Psychol. 2002 Sep;41(Pt 3):233-42.*

[4] Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J.L. and Vos, T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. Lancet, 2013Vol. 382, November, pp. 1575-86.

[5] AAVV. La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico. Documenti dell'ARS Toscana, aprile 2015.

[6] Hassan L, Frisher M, Senior J, Tully M, Webb R, While D, Shaw J. A cross-sectional prevalence survey of psychotropic medication prescribing patterns in prisons in England. NIHR Journals Library; 2014 Sep.Health Services and Delivery Research.

[7] Hassan L, Senior J, Webb RT, Frisher M, Tully MP , While D, Shaw JJ. Prevalence and appropriateness of psychotropic medication prescribing in a nationally representative cross-sectional survey of male and female prisoners in England. BMC Psychiatry, 2016

[8] Brown GP, Stewart LA, Rabinowitz T, Boudreau H, Wright AJ. Approved and Off-Label Use of Prescribed Psychotropic Medications among Federal Canadia Inmates. Can J Psychiatry, 2018

[9] AAVV. Fine pillola mai. Altra economia, n. 263 ottobre 2023

[10] Soni A, Walters P. A study of the reasons for prescribing and misuse of gabapentinoids in prison including their co-prescription with opioids and antidepressants. Int J Prison Health. 2019 Aug 27;16(1):67-77

[11] Chiappini S, Mosca A, Miuli A, Semeraro FM, Mancusi G, Santovito MC, Di Carlo F, Pettorruso M, Guirguis A, Corkery JM, Martinotti G, Schifano F, Di Giannantonio M. Misuse of Anticholinergic Medications: A Systematic Review. *Biomedicines. 2022 Feb 1;10(2):355.*

[12] Reeves R. Guideline, education, and peer comparison to reduce prescriptions of benzodiazepines and low-dose quetiapine in prison. Journal of correctional health care. The official journal of the National Commission on Correctional Health Care. 2012 ;18(1):45-52.

[13] Lekka NP, Paschalis C, Papadourakis A, Beratis S. Characteristics of inmates receiving prescribed benzodiazepines in a high-security Greek prison. Comprehensive psychiatry. 2003;44(5):409-14.

[14] Baillargeon J, Contreras SA. Antipsychotic prescribing patterns in the Texas prison system. The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2001; 29(1): 48-53.

[15] Dawson KG, Mok V, Wong JG, Bhalla A. *Deprescribing initiative of NSAIDs (DIN): Pharmacist-led interventions for pain management in a federal correctional setting.* Canadian Pharmacists Journal : CPJ. 2023;156(2):85-93.

[16] Gruppo Regionale sul Rischio clinico da farmaci Regione Emilia-Romagna. *Sicurezza nella terapia farmacologica - Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura.* Ottobre 2015

[17] AAVV. *Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna.* Documento tecnico regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica. Aprile 2015

[18] Lekka NP, Paschalis C, Papadourakis A, Beratis S. *Characteristics of inmates receiving prescribed benzodiazepines in a high-security Greek prison*. Comprehensive psychiatry. 2003; 44(5): 409-14.

[19] Cleirec P, Fasseur PB, Latourelle J, Prevost P. *Prescription of psychotropic drugs in the prison context*. Information Psychiatrique. 2005; 81(5): 437-40.

[20] Cousins G, Durand L, O'Kane A, Tierney J, Maguire R, Stokes S, et al. *Prescription drugs with potential for misuse: protocol for a multi-indicator analysis of supply, detection and the associated health burden in Ireland between 2010 and 2020*. BMJ Open. 2023; 13(3).

[21] McCabe SE, West BT. *Medical and nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics among U.S. high school seniors*. Addict Behav. 2014;39(5):959–964

[22] Rubistein JS. *Abuse of anticholinergic drugs*. NEJM, 1978; oct 12; 299 (15):834.

[23] Ponté C, Lapeyre-Mestre M, Hakimi Y, Bourgeois M, Gibaja V. *Gabapentinoid misuse: What users think, what prescribers suspect?* Fundamental and Clinical Pharmacology. 2022; 36:83.

[24] Deeb S, Wylie FM, Torrance HJ, Scott KS. *An Insight into Gabapentin and Pregabalin in Scottish Prisoners*. Journal of analytical toxicology. 2020; 44(5):504-13.

[25] Peyriere H, Diot C, Eiden C, Petit P. *Abuse liability of quetiapine (Xeroquel®): Analysis of the literature. Fundamental and Clinical Pharmacology*. 2015; 29:27-8.

[26] Pelizza L, Maestri D, Paulillo G, Pellegrini P. *Prevalence and Appropriateness of Antipsychotic Prescribing in an Italian Prison: Is Everything Always Really Overprescribed?* Journal of clinical psychopharmacology. 2022;42(1):31-6.

[27] Chiappini S, Schifano F. *Is There a Potential of Misuse for Quetiapine?: Literature Review and Analysis of the European Medicines Agency/European Medicines Agency Adverse Drug Reactions' Database*. Journal of clinical psychopharmacology. 2018;38(1):72-9.

[28] Douglas Del Paggio. P*sychotropic medication abuse by inmates in correctional facilities*. Mental Health Clinician

[29] Sansone RA, Sansone LA. Is seroquel developing an illicit reputation for misuse/abuse?Psychiatry. 2010;7(1):13-6.

[30] Tamburello AC, Lieberman JA, Baum RM, Reeves R. *Successful removal of quetiapine from a correctional formulary.* The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2012;40(4):502-8.

[31] American Psychiatric Association. *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, 2013.

[32] Stahl S. *Psicofarmacologia essenziale. Terza edizione italiana*. Edi ermes 2021

[33] Falloon K, et al. *The assessment and management of insomnia in primary care*. BMJ 2011;342.

[34] Carli V, Roy A, Bevilacqua L, Maggi S, Cesaro C, Sarchiapone M. *Insomnia and suicidal behaviour in prisoners.* Psychiatry Res. 2011.

[35] Winkelman J. *Insomnia Disorder.* N Engl J Med 2015; 373: 1437–1444 October 8, 2015.

[36] Kay-Stacey M, et al. *Advances in the management of chronic insomnia*. British Medical Journal, 2016 Jul 6:354:i2123.

[37] Riemann D. et al. *The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023.* Journal of Sleep Research Volume 32, Issue 6: Insomnia

[38] Hansell, J., & Damour, L. (2005). *Psicologia Clinica.* Bologna: Zanichelli.

[39] Cattel, S. (1961). *The Meaning and Measurment of Neuroticism and Anxiety*. New York: Ronald Press Co.

[40] Spielberg, C. D. (1966). *Anxiety and behavior.* New York. Academic Press.

[41] Elger B.S.*Management and evolution of insomnia complaints among non-substance-misusers in Swiss remand prison*. Swiss Med. Wkly. 2004a, 134: 486-499.

[42] Elger B.S. *Prevalence, types and possible causes of insomnia in a Swiss remand prison.* Eur. J. Epidemiol. 2004b, 19: 665-677.

[43] Royal College of General Practitioners. *Guidance: Clinicians refer to 'Safer Prescribing in Prisons: Guidance for Clinicians*Second Edition, 2019.

[44] Rickels K., Schweizer E., Case W. G., Greenblatt D. J. (1990): *Long-term therapeutic use of benzodiazepines. Effects of abrupt discontinuation*. Arch Gen Psychiatry. 47(10): 899-907.

[45] Romach M., Busto U., Somer G., Kaplan H. L., Sellers E. (1995): *Clinical aspects of chronic use of alprazolam and lorazepam*. Am J Psychiatry. 152(8): 1161-1167.

[46] AAVV. *La terapia farmacologica del dolore cronico: le valutazioni del Gruppo di lavoro regionale sui farmaci per il trattamento del dolore cronico.* Regione Emilia-Romagna, 2021

[47] Engel GL. (1977). T*he need for a new medical model. A challenge for biomedicine*. Science, 196:129- 36.

[48] Federici A., Testa D. (2010). *L'attività motoria nelle carceri italiane*. Armando editore