

Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni Migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà

INMP



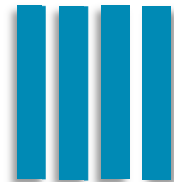
NIHMP

National Institute for Health
Migration and Poverty

SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELLA SALUTE E DELL'ASSISTENZA SANITARIA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI ITALIANI



Dicembre 2022



A cura di:

Filippo Curtale, Anteo Di Napoli e Alessio Petrelli, INMP

GRUPPO DI LAVORO:

Coordinatore scientifico: Filippo Curtale, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Unità Operative: Responsabili (in grassetto) e altri componenti:

INMP - Anteo Di Napoli, Alessio Petrelli, Rita del Gaudio, Maria Rosaria De Fazio

ASL Roma 2 – Regione Lazio - Pierangela Napoli, Annalisa Rosso, Michele Sirianni, Anna Carli, Silvia Casagrande, Alessandra Frassanito, Roberta Modanini, Angela Pellegrino, Teresa Sorrentino, Rita Vaiano

Agenzia Regionale di Sanità (ARS) - Regione Toscana - Fabio Voller, Caterina Silvestri

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo (ASST SSPC) - Regione Lombardia - Cesare Lari, Roberto Ranieri

Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria - SIMSPe - Enrico Giuliani, Luciano Lucania

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) - Ministero della Giustizia - Giulio Starnini

Supporto informatico: Marina Cammilli, INMP

Grafica e impaginazione: Stefano Schiaroli, INMP

Data di pubblicazione: dicembre 2022

Citare questo documento come segue:

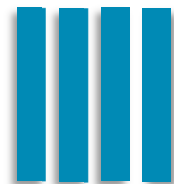
Autori INMP. *Sperimentazione di un sistema informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani*. Roma: Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà; 2022.

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



INDICE

SINTESI DEL DOCUMENTO	p. 5
RINGRAZIAMENTI	p. 6
INTRODUZIONE	p. 7
DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO	p. 9
La scheda di raccolta dati	p. 10
Il <i>software</i>	p. 10
Il modello di sistema informativo	p. 11
REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ	p. 12
LEZIONI APPRESE	p. 13
RACCOMANDAZIONI OPERATIVE	p. 15
DISCUSSIONE DEI DATI RACCOLTI DALLA ASL ROMA 2 E REGIONE TOSCANA ..	p. 16
Informazioni generali sulla popolazione carceraria	p. 17
Dati sulle diagnosi	p. 24
Dati sulle diagnosi raccolti dalla ASL Roma 2	p. 24
Dati sulle diagnosi raccolti dalla Toscana	p. 27
Discussione sui dati sanitari	p. 30
CONCLUSIONI	p. 32
ALLEGATI	p. 34



Sintesi del documento

Nel 2008, la competenza in merito alla tutela della salute dei detenuti e all'assistenza sanitaria erogata negli istituti penitenziari è transitata dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questa decisione ha determinato una frammentazione a livello regionale dei dati sullo stato di salute dei detenuti e sull'assistenza sanitaria erogata negli istituti penitenziari.

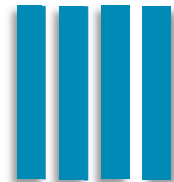
Per far fronte a questa nuova organizzazione e ricomporre le informazioni relative un settore della popolazione particolarmente svantaggiato è stato concepito dall'INMP il progetto **Salute&Carcere**, con l'obiettivo di sperimentare un flusso informativo in grado di convogliare le informazioni dai singoli istituti penitenziari alle Aziende sanitarie, le regioni, ed eventualmente a livello centrale, rendendo possibile un'analisi degli indicatori delle condizioni di salute e di accesso alle cure della popolazione carceraria.

Il progetto è riuscito a realizzare una parte dei suoi obiettivi, tra cui lo sviluppo di un questionario basato sulla classificazione IPCP, la sperimentazione dell'inserimento dati in una ASL del Lazio ed in Toscana ed infine il trasferimento di questi dati dalla regione dove erano stati raccolti fino all'INMP.

Dalla sperimentazione del flusso informativo, sono scaturite una serie di indicazioni operative che faciliteranno l'eventuale estensione del progetto ad altre Regioni. Sono stati inoltre raccolti dati sulla popolazione carceraria del Polo Penitenziario di Rebibbia (ASL Roma 2) e degli istituti della Regione Toscana. Il rapporto presenta le lezioni apprese e le raccomandazioni operative emerse dalla sperimentazione e i risultati delle analisi dei dati raccolti. Per quanto non rappresentativi, l'analisi di questi dati ci fornisce delle chiare indicazioni sulle potenzialità del sistema e di come potrebbero essere utilizzato ove la copertura della sorveglianza fosse più estesa.

Ringraziamenti

Si ringrazia Giovanni Baglio, che ha coordinato il progetto nella prima fase delle attività con il supporto di Anteo Di Napoli ed Erica Eugeni. Tutte le UUOO hanno contribuito a finalizzare il questionario e realizzare le attività previste. Anche se la sperimentazione ha avuto luogo solo in Toscana e nella ASL Roma 2, vorremmo ringraziare in ugual misura i numerosi collaboratori e il personale di tutte le UUOO che in diversi ruoli ed in tempi diversi hanno contribuito al successo del progetto. Un ringraziamento particolare al Direttore Generale dell'INMP, dott.ssa Concetta Mirisola, ed al Direttore Sanitario, dott. Gianfranco Costanzo, che hanno sempre sostenuto l'importanza di questo progetto e garantito il loro costante supporto durante i due anni di implementazione.



Introduzione

La tutela della salute della popolazione detenuta rappresenta un aspetto particolarmente rilevante per la sanità pubblica. Attualmente, sono presenti sul territorio nazionale 190 istituti penitenziari che ospitano complessivamente 56.371 detenuti, di cui 17.043 sono stranieri.¹ Pertanto, la popolazione detenuta, una quota decisamente svantaggiata e spesso dimenticata del Paese, rappresenta una sottogruppo di popolazione che rientra in maniera particolare nell'ambito della *mission* istituzionale dell'INMP.

Con il DPCM 1/04/2008, la competenza in merito alla tutela della salute dei detenuti e all'assistenza sanitaria erogata negli istituti penitenziari è transitata dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).² Questa decisione ha determinato una frammentarietà dei dati sullo stato di salute dei detenuti e sull'assistenza sanitaria erogata negli istituti penitenziari, a causa dell'eterogeneità degli strumenti informativi attualmente in uso nelle diverse realtà territoriali italiane. A livello nazionale sono stati condotti alcuni studi finalizzati a valutare lo stato di salute della popolazione carceraria. L'esperienza più significativa è il progetto CCM 2012, coordinato dalla ARS Toscana, che ha consentito la rilevazione dello stato di salute in sei regioni italiane (Toscana, Umbria, Veneto, Liguria e ASL di Salerno), coinvolgendo 15.751 detenuti. L'indagine, effettuata nel 2014, ha monitorato lo stato di salute dei detenuti presenti in 57 istituti penitenziari delle regioni aderenti, utilizzando una scheda informatizzata per la raccolta di informazioni. La ricerca è stata sviluppata in modo da "fotografare" lo stato di salute della popolazione detenuta in un preciso momento temporale.

Il protocollo di intesa tra Ministero della Giustizia, Ministero della Salute e INMP, prevedeva, all'art. 2 che l'INMP promuovesse un'azione conoscitiva dello stato di salute delle persone detenute, sviluppando un sistema di osservazione epidemiologica che tenesse conto delle conoscenze acquisite grazie al citato progetto CCM e avviasse una

¹ Ministero della Giustizia: presenze al 31 dicembre 2021. Sito web: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=1_5_44&contentId=SST360929&previousPage=mg_1_14,

² DPCM 1 aprile 2008. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 maggio 2008, n.126.

collaborazione con i centri che avevano maturato le esperienze più significative in materia. Sono state quindi organizzate alcune riunioni presso l'INMP, a cui hanno partecipato i colleghi della ARS Toscana, che hanno maturato una significativa esperienza sul tema della salute della popolazione in stato di detenzione, da cui è emersa la necessità di pianificare e implementare modalità di rilevazione sistematica che siano standardizzate a livello nazionale, di semplice applicazione e sostenibili nel lungo periodo. Tenendo conto di queste esigenze è stato concepito e sviluppato il progetto Salute&Carcere, allo scopo di avviare azioni congiunte volte a *"una migliore conoscenza dello stato di salute delle persone detenute, anche prevedendo l'uso di strumenti per lo scambio di informazioni sanitarie del paziente tra soggetti del SSN coinvolti nelle cure"*, come indicato nel Protocollo d'intesa di cui sopra.

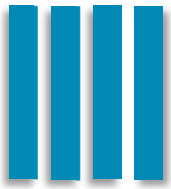
Attualmente, tra le patologie prevalenti vengono segnalate quelle della sfera psichica (in particolare disturbi di natura tossicomana e dell'adattamento, con elevato tasso di suicidi e atti autolesionistici), del cavo orale e del sistema epatobiliare, e le malattie infettive (epatiti B e C, HIV, sifilide e tubercolosi).^{3,4,5} Tuttavia si tratta di dati non recentissimi e non è disponibile alcuna informazione sull'andamento delle condizioni di salute o sull'accesso ai servizi sanitari per la popolazione carceraria.

Tale sistema informativo permetterà di rilevare, secondo modalità omogenee e standardizzate, pertanto confrontabili, informazioni su un ambito assistenziale a tutt'oggi scarsamente coperto dai flussi sanitari correnti per dare una visione più completa sulle condizioni di vita e del livello di assistenza sanitaria per la popolazione carceraria. Il sistema informativo consentirebbe inoltre agli operatori sanitari di ogni istituto penitenziario di accedere e alle informazioni raccolte ed avere una visione complessiva delle condizioni di ogni detenuto e delle variazioni avvenute nel tempo. Infine, ove il sistema fosse adottato da diversi istituti, sarebbe possibile la creazione di un unico database in grado di rappresentare la popolazione carceraria di più regioni.

³ Esposito M. The health of Italian prison inmates today: a critical approach. *Journal of correctional health care* 2010; 16 (3): 230-8.

⁴ Sagnelli E, et al. Blood Born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in Italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012; 16(15): 2142-6.

⁵ Voller F, Silvestri C, Martino G, Fanti E, Bazzera G, Ferrari F, Grignani M, Libianchi S, Pagano AM, Scarpa F, Stasi C, Di Fiandra T. The health conditions of inmates in Italy. *BMC Public Health* 2016; 16: 1162.



DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO

Il progetto è stato disegnato allo scopo di sviluppare e sperimentare un modello di rete informativa in grado di collegare gli istituti penitenziari italiani e di monitorare lo stato di salute e l'assistenza sanitaria erogata alla popolazione detenuta. In particolare, il progetto ha avuto i seguenti obiettivi: la messa a punto degli strumenti per la realizzazione del sistema informativo (scheda di raccolta dati e *software* di archiviazione e analisi) e la sperimentazione del modello di *data flow* per validare le procedure e verificarne la sostenibilità nella pratica (Scheda di progetto in Allegato 1).

Una volta diffuso a livello regionale o nazionale, tale rete informativa potrebbe permettere di rilevare, secondo modalità omogenee e standardizzate, e pertanto confrontabili, informazioni su un ambito assistenziale a tutt'oggi scarsamente coperto dai flussi informativi sanitari correnti. Le attività del progetto sono state coordinate da un gruppo tecnico-scientifico, costituito dai referenti delle singole unità operative partecipanti.

OBIETTIVO GENERALE

Definire e sperimentare un sistema informativo corrente per il monitoraggio dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione detenuta.

Obiettivo specifico 1

Sviluppare una scheda clinico-epidemiologica a partire da un set minimo di informazioni socio-demografiche e sanitarie.

Obiettivo specifico 2

Progettare e realizzare un *software* per la raccolta, l'archiviazione e la gestione delle informazioni.

Obiettivo specifico 3

Sperimentare un modello di *data flow* in alcuni istituti penitenziari italiani.

La scheda di raccolta dati

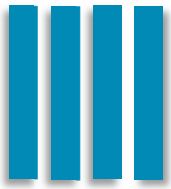
Nella fase iniziale del progetto tutte le UUOO, incluso l'**Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo (ASST SSPC)** della regione Lombardia e la **SIMSPe**, hanno contribuito alla definizione della scheda per la raccolta dati. La scheda è stata costruita a partire da un set minimo di informazioni socio-demografiche e sanitarie, integrate con informazioni sugli stili di vita, predisposta come strumento essenziale, di facile compilazione, per non gravare eccessivamente sugli operatori impegnati nella rilevazione. Si differenzia da una cartella clinica, in quanto ha prevalentemente finalità di monitoraggio. Raccoglie dati sulle singole visite effettuate e i diversi accessi vengono via via organizzati in rapporto a specifici determinanti clinici, secondo modalità progressive e in base a una logica "a grappolo", al fine di recuperare una prospettiva longitudinale centrata sulla persona più che sulle singole prestazioni (Scheda di inserimento dati in Allegato 2).

Per i dati della sezione sanitaria, è stato scelto il sistema di codifica **ICPC** (Classificazione Internazionale delle Cure Primarie), redatto dal **WICC** (*Wonca International Classification Committee*) e tradotto in lingua italiana, con codici nosologici relativi alle diagnosi strutturati per organo. Si è ritenuto che tale sistema fosse più appropriato a un *setting* assistenziale che ha numerose analogie con quello della medicina di base (Sistema di codifica ICPC-2R in Allegato 3).

Il software

Il *software* per l'archiviazione dei dati è stato progettato, anche attraverso il contributo di competenze cliniche, con la duplice funzione di automatizzare il flusso informativo e permettere a ogni istituto di gestire e analizzare il proprio il *dataset*. Al fine di facilitare l'archiviazione dei dati, sono state implementate delle funzioni per guidare i compilatori attraverso le diverse sezioni (ad esempio, l'utilizzo di menu a tendina dinamici come elemento di interfaccia rapido per le domande a risposta chiusa, l'interdizione automatica dei campi non applicabili e l'aggiornamento obbligato di specifici campi ad ogni nuovo inserimento).

Per garantire l'omogeneità delle informazioni raccolte, il software ha adottato procedure per il controllo della coerenza dei dati; è stato inoltre sviluppato un sistema di esportazio-



ne dei file, in forma anonimizzata, nel rispetto delle norme sul trattamento dei dati personali. È stata resa possibile l'elaborazione locale di semplici statistiche descrittive, in modo da permettere a ciascun istituto di analizzare i propri dati *in itinere* e produrre una reportistica con informazioni salienti sull'attività svolta.

Il modello di sistema informativo

Il modello di flusso ha previsto le seguenti fasi: la rilevazione tramite scheda, l'anonimizzazione e l'archiviazione informatizzata dei dati, l'invio in sicurezza dei dati al centro di coordinamento. Il progetto prevedeva una sperimentazione multicentrica, con una fase pilota e una successiva implementazione negli istituti penitenziari selezionati secondo criteri di rappresentatività, per tipologia di struttura e popolazione ospitata. A causa dei ritardi accumulati per l'impossibilità di accedere agli istituti carcerari ed avere contatti con i detenuti durante la prima ondata della pandemia, è stato possibile portare a termine solo la fase pilota dello studio. In ogni caso, il programma di inserimento dati è stato finalizzato ed il flusso informativo testato.

I singoli *output* e l'esperienza complessiva del progetto saranno condivisi con gli *stakeholder*, e questo rapporto sarà discusso con le UUOO che hanno partecipato alla sperimentazione per avviare una discussione partecipata dei risultati raggiunti finalizzata allo sviluppo di strategie implementative e la diffusione del sistema informativo in altri contesti regionali.

REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

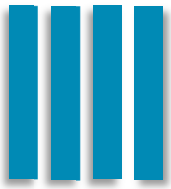
Il progetto è stato avviato con la firma degli accordi di collaborazione tutti perfezionati entro la fine del 2019. Alla fine dei due anni previsti dal progetto, tutte le convenzioni sono state prorogate per 82 giorni (ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 103, comma 1, D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 e 37 D.L. n. 23 dell'8.4.2020), fino a primi mesi del 2022. Alla fine di questo periodo di proroga, le convenzioni non sono state ulteriormente prorogate ed il progetto si è concluso.

Le attività di questo progetto hanno subito, in modo particolare, rallentamenti e ripercussioni negative a causa della pandemia da Covid-19. L'emanazione del decreto con cui l'8 marzo 2020 sono state introdotte drastiche limitazioni ai contatti esterni della popolazione carceraria e le successive rivolte scoppiate in vari istituti penitenziari hanno comportato l'impossibilità di contattare i detenuti e raccogliere le informazioni anche da parte del personale delle aziende sanitarie, rendendo impossibile la sperimentazione all'interno delle carceri e limitando l'operatività tutta del progetto. Dopo la definizione della scheda e la preparazione del programma di inserimento dati, si è dovuto rinviare per alcuni mesi le attività di raccolta dati nelle carceri, limitandosi alla sola fase pilota, con il coinvolgimento di un'unica UO (ASL Roma 2). Allo stesso tempo, l'ARS della Toscana ha raccolto i dati sulla base della scheda da loro sviluppata in precedenza, dopo aver apportato alcune modifiche necessarie per allinearsi al modello adottato dal progetto.

Il flusso informativo è stato quindi sperimentato su due UUOO, ARS Toscana e ASL Roma 2.

Alla fine della sperimentazione, con l'approssimarsi della scadenza delle convenzioni, si è deciso di chiudere il progetto e rinviare la diffusione del *software* ad una fase successiva, con la definizione di un nuovo progetto. Di conseguenza, anche gli eventi divulgativi e di formazione e il convegno conclusivo, non sono stati realizzati.

In definitiva, il progetto ha realizzato il primo ed il secondo dei tre obiettivi previsti, mentre il terzo obiettivo è stato raggiunto solo in parte. Nell'allegato 3 viene presentata una tabella (Piano di azione) con evidenziati in verde gli obiettivi e le attività correttamente realizzate, in arancione quelle solo parzialmente realizzate, mentre sono state lasciate in bianco le attività che non sono state realizzate.

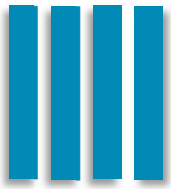


LEZIONI APPRESE

Dalla realizzazione del progetto sono emerse delle indicazioni che si potranno rilevare utili in vista di una eventuale implementazione del progetto sperimentale in altre regioni. Il questionario è risultato essere idoneo alla raccolta dati ed anche facilmente gestibile, al contempo, permangono delle criticità di cui bisognerà tenere conto prima di diffondere il programma informatico in altre strutture penitenziarie.

- a) **Difficoltà a reclutare medici per la raccolta dati.** Nel progetto pilota, realizzato presso il Polo Penitenziario di Rebibbia, costituito da quattro istituti penitenziari (due case di reclusione e due case circondariali, di cui una femminile), il personale arruolato per l'inserimento dati era costituito prevalentemente da psicologi/psicologhe. La scheda andrebbe compilata al momento della presa in carico, per poi poter essere aggiornata durante le visite successive. La prima visita viene effettuata dal medico di guardia e da un infermiere, mentre gli psicologi non sono presenti durante questa prima visita. Di conseguenza, le schede sono state compilate tramite la ricostruzione delle informazioni durante un colloquio con i detenuti e dalla consultazione delle cartelle cliniche compilate dai medici. Solo presso la casa circondariale femminile di Rebibbia, dove era stato reclutato l'unico medico che ha accettato di partecipare al progetto, le schede sono state compilate da personale medico durante la visita.
- b) **Difficoltà a raccogliere informazioni nei tempi previsti.** Il tempo previsto per la compilazione di una scheda si è rivelato insufficiente per una serie di ragioni. Innanzitutto il tempo richiesto per il trasferimento dei dati dalla scheda cartacea al supporto informatico, laddove non è stato possibile l'inserimento in infermeria. Inoltre, la raccolta di informazioni socio-economiche e sugli stili di vita, anche a causa di frequenti difficoltà linguistiche, ha richiesto più tempo di quello stimato. Infine, non era stato previsto il tempo di attesa variabile all'interno dei reparti per poter accedere ai colloqui con il detenuto, necessario per rispondere alle domande sugli stili di vita. In generale appare poco realistico stabilire una durata ben definita per la raccolta delle informazioni.

- c) **Precarietà del personale sanitario carcerario.** La precaria condizione lavorativa del personale sanitario, unitamente alla carenza cronica di operatori rispetto al numero di detenuti, costituisce senza dubbio un limite all'uso routinario della scheda proposta e alla realizzazione del progetto su ampia scala. Infine, la compilazione della scheda viene spesso considerata un compito addizionale rispetto alle attività di competenza degli operatori sanitari, sarebbe opportuno che l'attività di raccolta dati sulla popolazione carceraria venisse considerata parte delle attività che le Aziende Sanitarie realizzano in ogni Regione.
- d) **Limitazioni nella possibilità di inserimento *off-line*.** Il programma informatico per l'inserimento dei dati è stato concepito per poter essere utilizzato sia da postazioni fisse, collegate alla rete *web* tramite ADSL o *wireless*, che da computer portatili *off-line*, in ambienti sprovvisti di connessione internet, per poi poter scaricare i dati sul server in un secondo momento, quando la connessione si rendesse disponibile. Tuttavia, alcune Aziende sanitarie non permettono il salvataggio di dati personali su computer portatili. Questo rende necessaria la presenza di un collegamento internet quando i dati vengono inseriti, in modo che possano essere immediatamente salvati sul server, creando delle oggettive difficoltà visto che all'interno degli istituti penitenziari generalmente non esiste un punto rete accessibile per l'inserimento dei dati *online*, con il conseguente aggravio di dover compilare le schede cartacee e trasferirle sul presidio elettronico in un secondo momento.



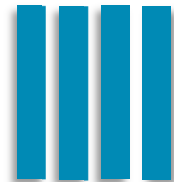
RACCOMANDAZIONI OPERATIVE

- a. Garantire il coinvolgimento del personale medico/infermieristico di reparto, responsabile dell'effettuazione delle visite di presa in carico e successive, in modo tale che la compilazione della scheda avvenga contestualmente alla visita e continui in occasione di seconde visite e accertamenti medici.
- b. Garantire flessibilità sui tempi di raccolta delle informazioni, programmare la compilazione dei questionari senza definirne la durata, prevedendo un compenso orario, indipendente dal numero di schede compilate.
- c. Rendere la raccolta dati un compito ordinario delle ASL includendolo tra i compiti del personale sanitario che presta servizio all'interno dei penitenziari, chiarendo che la scheda non include esclusivamente dati sanitari, ma sono espressamente richieste informazioni socio-demografiche e sugli stili di vita per analizzare i determinanti di salute all'interno del carcere.
- d. Garantire che la compilazione delle schede avvenga in ambienti provvisti di un punto rete collegato al server dove i dati vengono immagazzinati. Ove ciò non fosse possibile, chiedere alla ASL di concedere l'autorizzazione per la raccolta di dati personali sul computer, con l'obbligo di trasferirli sul server e cancellarli dal *laptop* in giornata.

DISCUSSIONE DEI DATI RACCOLTI DALLA ASL ROMA 2 E REGIONE TOSCANA

Il programma di inserimento dati è stato testato in due delle UUOO, la ASL Roma 2 e la regione Toscana. Per quanto sotto forma di sperimentazione, finalizzata in modo particolare alla verifica del sistema di trasmissione dei dati dalle Regioni/Aziende sanitarie all'INMP, l'intervento ha permesso di raccogliere un campione di dati di un certa consistenza che sono poi stati trasmessi all'INMP. La ASL Roma 2 ha raccolto 609 schede complete, dal Polo Penitenziario di Rebibbia costituito da quattro istituti penitenziari (due case di reclusione e due case circondariali), mentre la Regione Toscana ha raccolto 634 schede di detenuti, ospitati in 15 istituti penitenziari (5 case di reclusione e 10 case circondariali, con popolazione prevalentemente maschile) distribuiti su tutto il territorio regionale. I dati raccolti dalla ASL Roma 2 sono pervenuti sotto forma di un database anonimizzato, che è stato successivamente analizzato dall'INMP, mediante distribuzioni di frequenza e altre statistiche descrittive. I dati provenienti dalla Regione Toscana sono invece pervenuti all'INMP in forma aggregata, sotto forma di una serie di tabelle con le distribuzioni delle diverse variabili.

I dati della Toscana presentano una percentuale di valori non compilati (*missing values*) pari al 15,8% del totale. Dall'analisi sulla distribuzione per sesso ed età dei soggetti inclusi nel campione, emerge che i due campioni sono comparabili per età, con una età mediana nella ASL Roma 2 di 41 anni (RIQ 33-49 anni) simile a quella riportata in Toscana di 41 anni (RIQ 33-50 anni), ed un'età minima di 20 anni e massima di 70 o più in entrambe le realtà. Al contempo, la distribuzione per sesso è molto diversa, con la regione Toscana che ha raccolto dati da soggetti prevalentemente di sesso maschile (631 maschi 99,5%) e solo tre soggetti di sesso femminile o transgender, mentre nella ASL Roma 2 prevalgono i soggetti detenuti di sesso femminile (379, 61,4% vs 238, 38,6%) in quanto, come già detto, uno dei quattro istituti penitenziari del Polo di Rebibbia è un istituto femminile.



Informazioni generali sulla popolazione carceraria

I detenuti di cittadinanza non italiana sono il 31,4 % nel Polo Penitenziario di Rebibbia, mentre la percentuale di cittadini stranieri è del 40,4% in Toscana. Nelle Figure 1 e 2 viene rappresentata la distribuzione della popolazione carceraria per nazione di nascita e per cittadinanza, i dati sono presentati aggregati per macro regioni per ognuna delle due UUOO.

Figura 1 - Area geografica di nascita (%), per regione dell'Istituto di detenzione

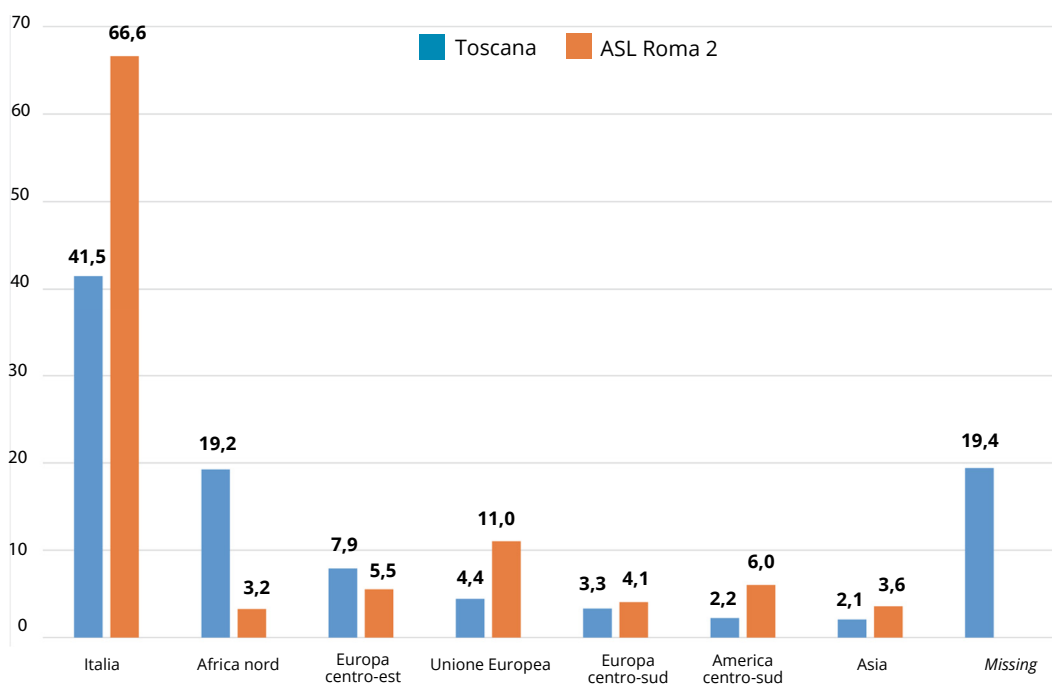
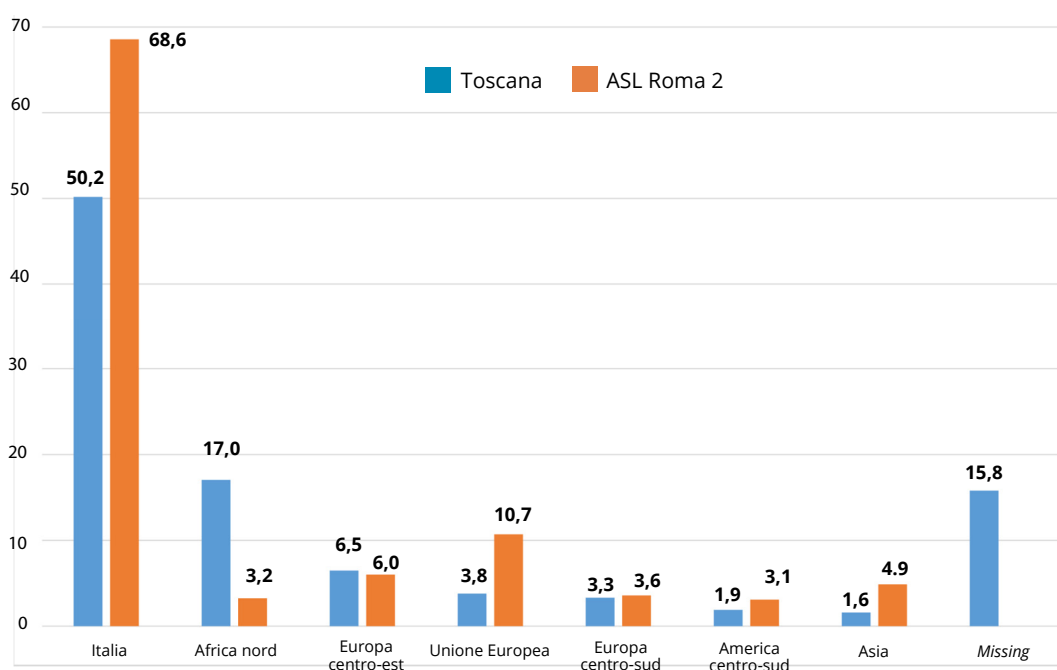


Figura 2 - Cittadinanza per area geografica (%), per regione dell'Istituto di detenzione

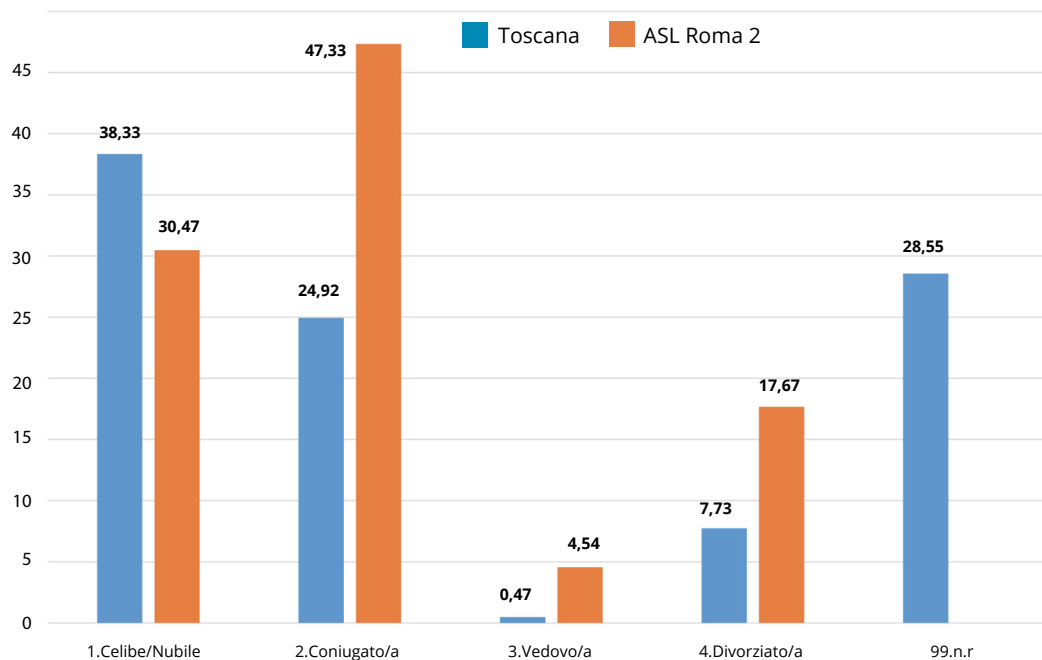


Nel Lazio, il 5,0% dei detenuti di cittadinanza italiana e l'1,5% di quelli di stranieri aveva genitori con cittadinanza diversa tra loro. In Italia la percentuale di famiglie con almeno un componente non italiano è stimato al 7,4% (ISTAT 2011), il dato evidenzia come la percentuale di soggetti detenuti nati da matrimoni misti sia più basso (3,9%) della media tra la popolazione residente in Italia.

In generale, tra gli stranieri con permesso di soggiorno, prevalgono quelli rilasciati per motivi familiari e per lavoro (Lazio: 45,8% e 32,2%; Toscana: 19,7% e 30,3%). Mentre il numero di soggetti con un permesso di soggiorno come rifugiati, richiedenti protezione internazionale o studio erano il 19,7% in Toscana e il 15,2% nel Lazio. La maggioranza di chi non era in possesso di un permesso di soggiorno, al momento della visita, non lo aveva mai avuto (Lazio 88,2% e Toscana 66,7%).

Relativamente allo stato civile, tra gli ospiti di Rebibbia, prevalgono i soggetti coniugati (47,3%) seguiti dai celibi/nubili (30,5%). Nel *data set* della Toscana, più di un quarto dei dati sullo stato civile è risultato mancante (Figura 3).

Figura 3 - Stato civile (%), per regione dell'Istituto di detenzione



La maggioranza dei detenuti è risultato in grado di parlare la lingua italiana in maniera fluente o sufficiente negli istituti della ASL Roma 2. Anche in questo caso il gran numero di dati mancanti per la Regione Toscana rende difficile una comparazione (Figura 4).

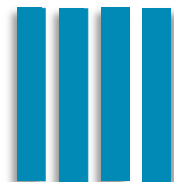
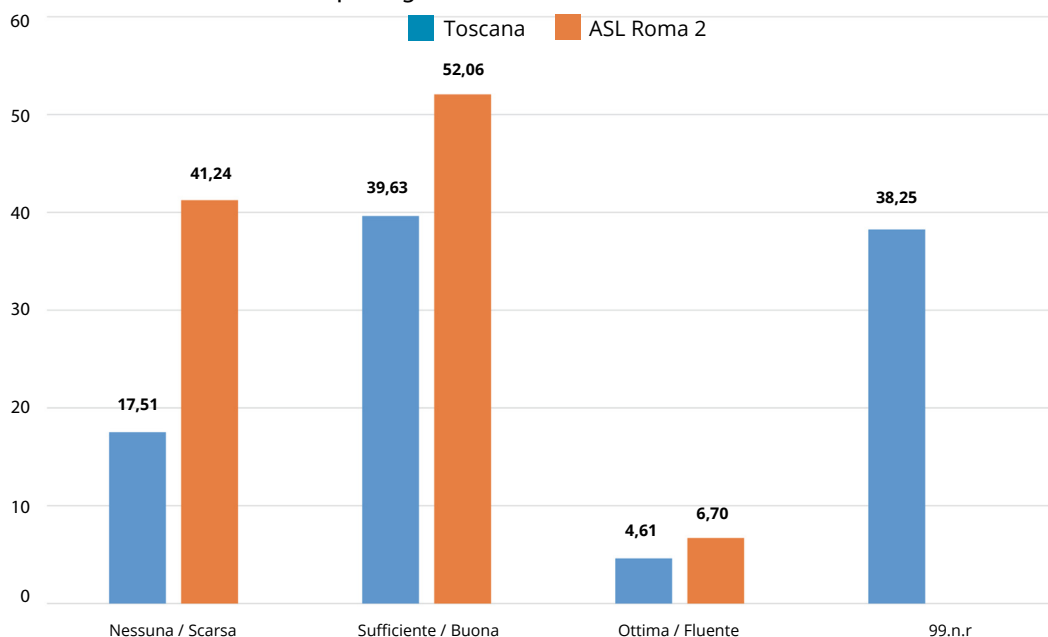
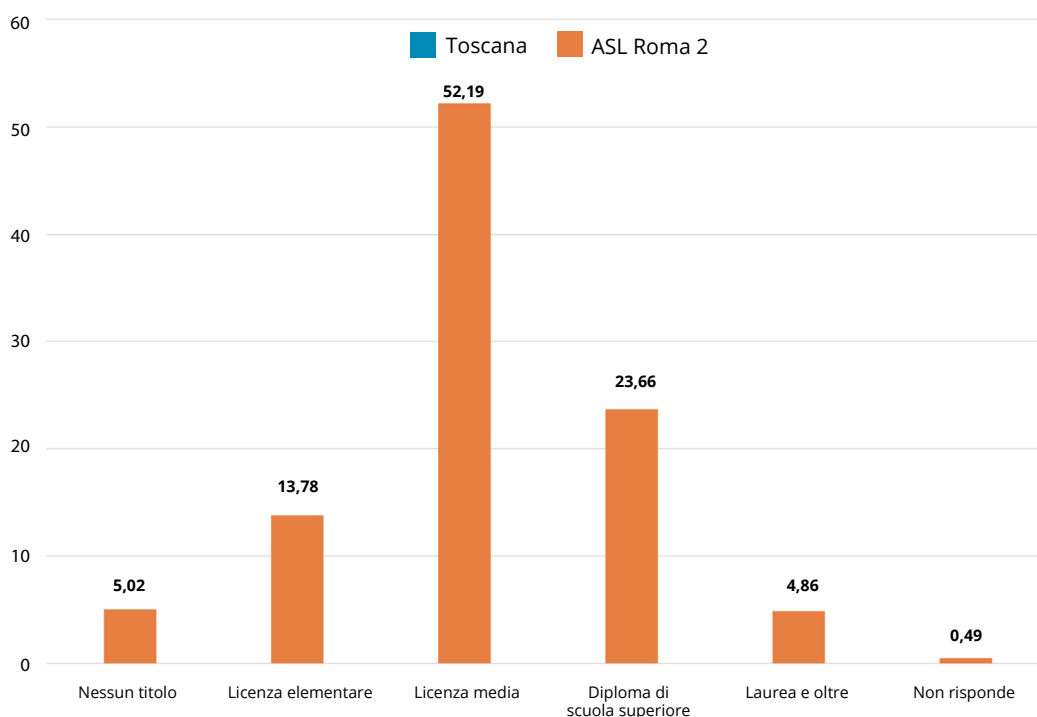


Figura 4 - Livello di conoscenza della lingua italiana (%) tra i cittadini stranieri, per regione dell'istituto di detenzione



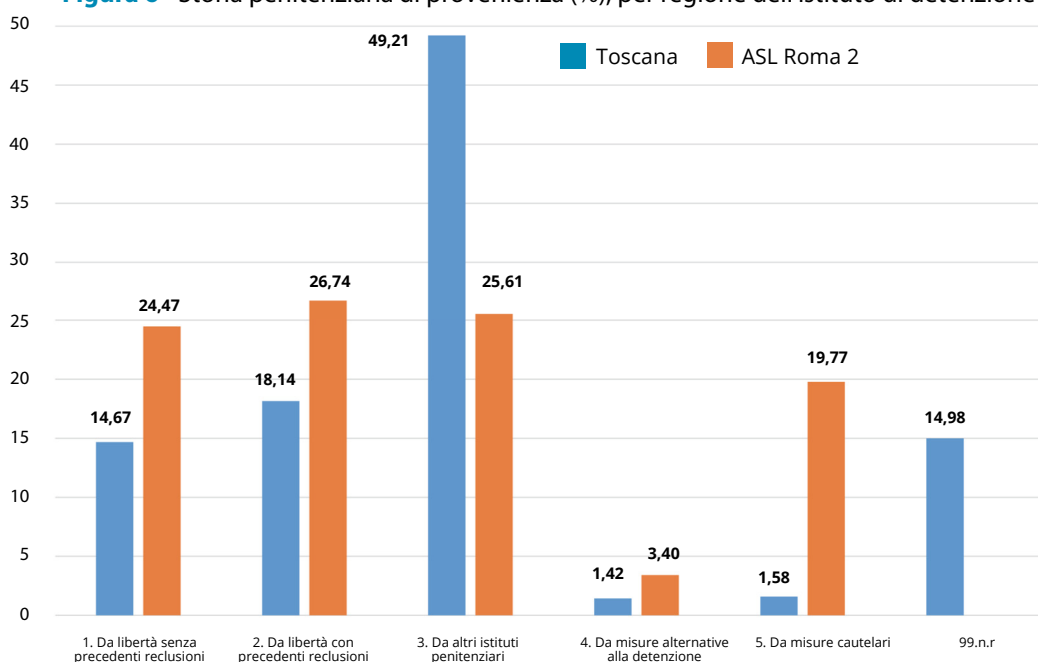
Sempre presso gli ospiti delle strutture del Polo di Rebibbia (ASL Roma 2), si riscontra un buono livello di scolarizzazione, anche se inferiore ai valori tra la popolazione generale. La maggioranza dei soggetti ospiti di strutture di detenzione ha conseguito la licenza media completando il ciclo dell'obbligo, in linea con la media nazionale, mentre solo un quarto dei soggetti ha un diploma di scuola superiore e meno del 5% ha conseguito una laurea (Figura 5), a fronte di una media nazionale di persone laureate del 28%. I dati sulla scolarizzazione non sono disponibili per la Toscana.

Figura 5 - Titolo di studio (%) tra i detenuti nella ASL Roma 2



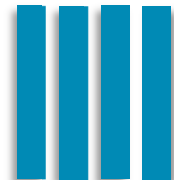
La storia penitenziaria (Figura 6) e la provenienza dei detenuti è diversa per le due realtà, in Toscana la maggior parte dei detenuti proviene da altri istituti penitenziari, seguito da libertà con precedenti reclusioni, mentre nella ASL Roma 2 la provenienza è distribuita abbastanza equamente tra soggetti provenienti da altri istituti penitenziari, libertà con/senza precedenti reclusioni e misure cautelari. Nel comparare le due realtà, bisogna tenere conto che anche per questo dato abbiamo un alto numero di dati mancanti per la Toscana. La durata della detenzione va da 0 a 40 anni, con una media di 4,7 a Rebibbia. È difficile comparare il dato con quello della Toscana, a causa dell'elevato numero di informazioni mancanti.

Figura 6 - Storia penitenziaria di provenienza (%), per regione dell'istituto di detenzione



Tra i dati più interessanti raccolti dall'indagine ci sono le abitudini di vita associate allo stato fisico, misurato come Body Mass Index (BMI) (Figura 7). Si osserva una alta percentuale di soggetti tra il sovrappeso e l'obeso (più del 40%). A Rebibbia, dove il dato è stato stratificato per genere, emerge che, del 10% di soggetti sottopeso, l'85% sono donne.

Un'altra informazione raccolta riguarda le ore trascorse in camera di pernottamento (Figura 8). I dati sono stati raggruppati in periodi di 6 ore evidenziando, per la ASL Roma 2, una grande maggioranza di soggetti che trascorre più di 12 ore in camera (84%) e quasi il 40% di loro che trascorre più di 18 ore in camera di pernottamento. I dati della Toscana sembrano indicare una maggiore attività della popolazione carceraria in quella regione, con più di un quarto (27,4%) dei soggetti che spendono meno di 12 ore in camera, tuttavia questi dati non possono essere comparati a causa dell'alto numero di informazioni mancanti per la regione Toscana.



Tra le attività svolte in carcere, quelle meno diffuse sono decisamente le attività sportive. Rispettivamente svolgono attività sportive il 35,2% dei detenuti in Toscana ed il 37,6 dei detenuti a Rebibbia, dove una percentuale simile di detenuti è coinvolta in attività educative (37,1%). In Toscana invece troviamo un maggior numero di detenuti coinvolti in attività educative (59,5%). La percentuale dei soggetti che svolge attività lavorativa è del 44,2% in Toscana e del 33,1% a Rebibbia.

Figura 7 - Distribuzione (%) delle classi di BMI, per regione dell'istituto di detenzione

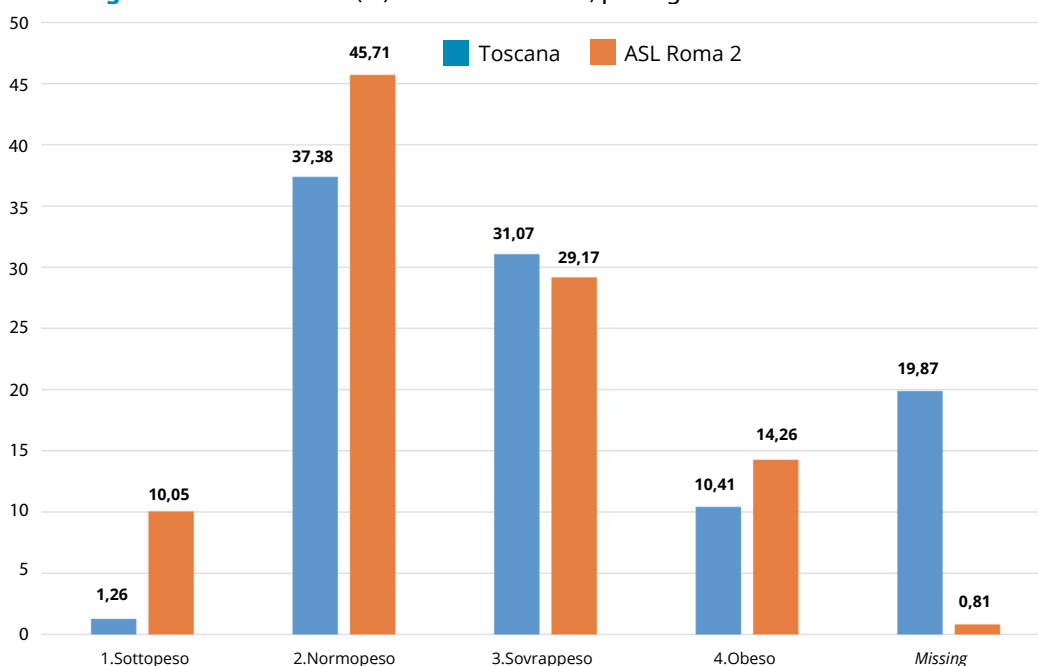
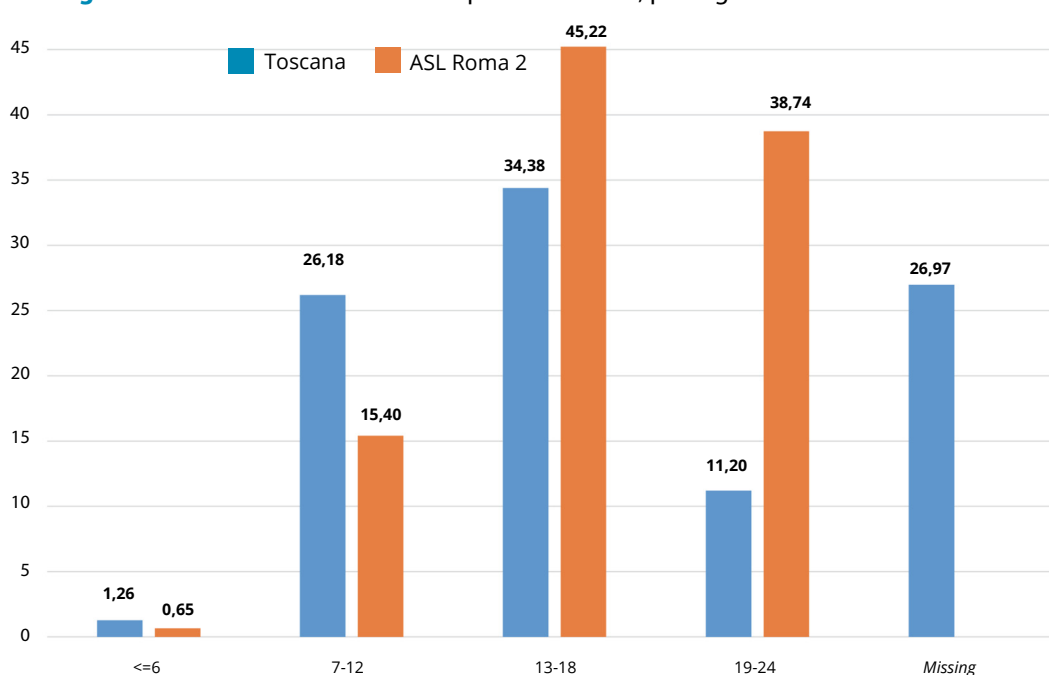


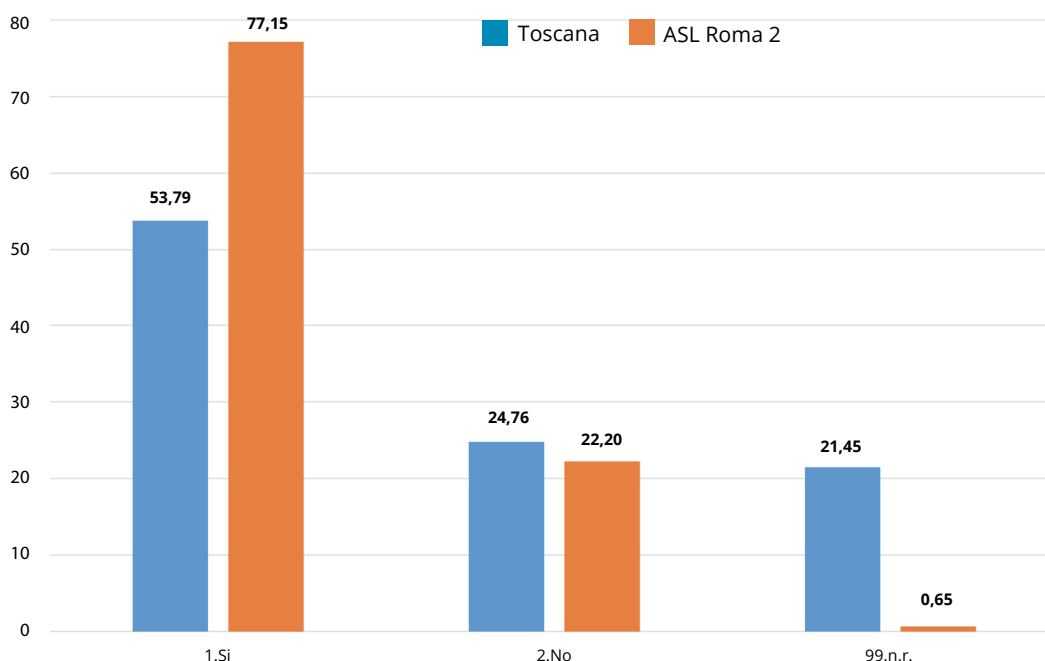
Figura 8 - Ore trascorse in camera di pernottamento, per regione dell'istituto di detenzione



Alta la percentuale di fumatori, con oltre la metà dei detenuti fumatori, sia in Toscana (53,8%) che a Rebibbia (77,2%), a fronte di una percentuale nazionale di fumatori di circa un quarto della popolazione (Figura 9). In Toscana, più del 50% degli ospiti ha riferito di fumare più di 10 sigarette al giorno, nel Lazio circa il 75%. Nell'interpretare i risultati, anche in questo caso, occorre tenere conto dell'alto numero di dati mancanti della Toscana.

Tra i detenuti di Rebibbia, il 57,2% riferiva una storia di dipendenza da almeno una delle seguenti sostanze: alcol, eroina, cocaina, allucinogeni, cannabis. La stessa informazione è stata raccolta dalla regione Toscana, ma sotto forma di diagnosi (vedi di seguito).

Figura 9 - Consumo di tabacco (%), per regione dell'istituto di detenzione



Episodi di autolesionismo sono stati riferiti dal 4,4% e dal 6,8% dei detenuti in Toscana e nella ASL Roma 2, rispettivamente. Oltre il 68% di questi soggetti in Toscana ha riportato un solo episodio di autolesionismo. La stragrande maggioranza, il 70% circa, ha riferito come modalità dell'evento una lesione con taglienti.

Tentativi di suicidio sono stati riferiti dall'1,3% e dal 2,1% dei detenuti in Toscana e nella ASL Roma 2, rispettivamente, con la totalità dei soggetti in Toscana che ha riferito un solo episodio. L'impiccagione appare essere la modalità più frequentemente utilizzata per i tentativi di suicidio in contrasto con le ferite da taglio utilizzate per episodi di autolesionismo. In entrambe le realtà (Toscana e ASL Roma 2) poco più del 20% di chi aveva praticato autolesionismo ha effettuato un tentativo di suicidio.

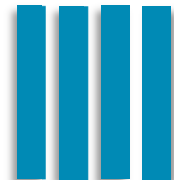


Figura 10 - Episodi di autolesionismo (%) per regione dell'istituto di detenzione

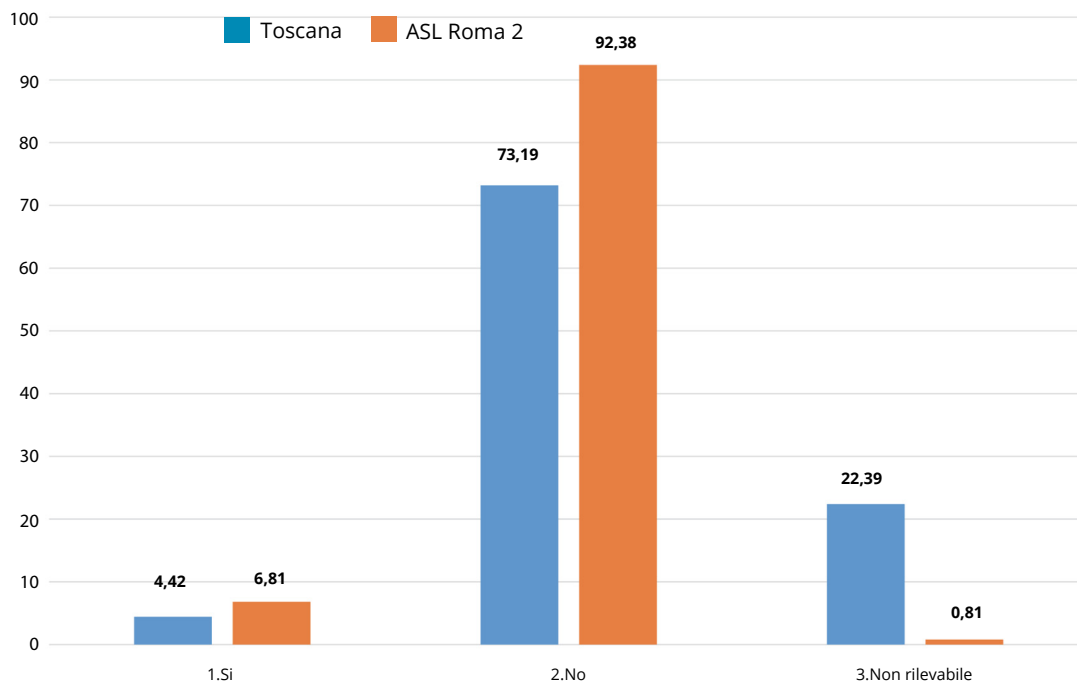
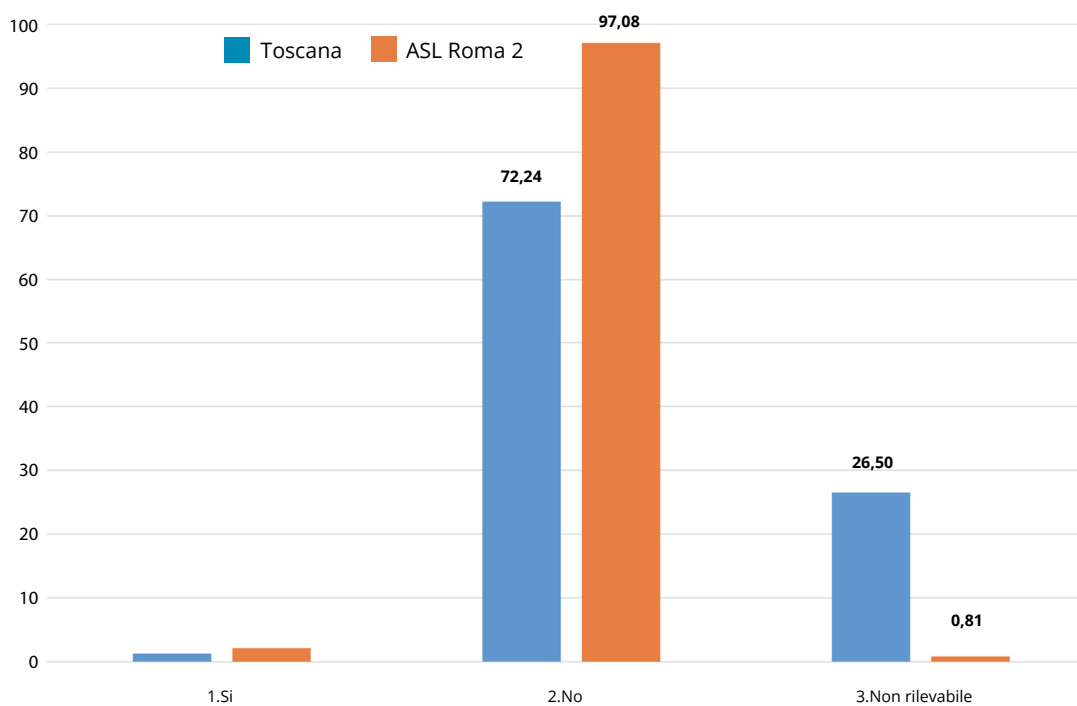


Figura 11 - Tentativi di suicidio (%) per regione dell'istituto di detenzione



Dati sulle diagnosi

I dati raccolti dalle due Unità Operative sulle prime e successive visite, come anche sulle procedure adottate, non sono interamente comparabili, in quanto la ASL Roma 2 ha adottato il questionario sviluppato dal progetto che utilizzava il sistema di codifica ICPC-2R, trattandosi di prestazioni diagnostiche e curative di tipo primario e non ospedaliero (vedi allegato 3). Di converso, la regione Toscana, ha continuato ad utilizzare la classificazione ICD-9-CM, adottata in precedenza per il suo sistema informativo.

Le tabelle riportate di seguito rappresentano quindi quasi esclusivamente i dati raccolti dalla ASL Roma 2, seguiti dai dati della Toscana. Ove possibile è stata effettuata una comparazione tra i dati raccolti dalla ASL Roma 2 e quelli della regione Toscana.

Dati sulle diagnosi raccolti dalla ASL Roma 2

Nelle strutture penitenziarie della ASL Roma 2, il 99,4% degli ospiti ha presentato almeno una patologia ed è stato visitato. Le Tabelle 1-3 elencano le diagnosi più frequenti per i soggetti detenuti nel polo penitenziario di Rebibbia, nella ASL Roma 2. Sia tra le diagnosi principali della prima visita (Tabella 1) che tra quelle secondarie (Tabella 2), il gruppo diagnostico più numeroso è quello relativo ai disturbi psicologici/psichici (P) in linea con quanto emerge dall'analisi delle diagnosi confermate. Seguono i gruppi Generale/non specificato (A) insieme a Genitale Femminile (X), ovviamente riferito solo alla popolazione femminile, quindi il gruppo Digestivo (D) e Cardiologico (K). Tra le diagnosi secondarie, pur prevalendo il gruppo Psicologico, abbiamo un ordine leggermente diverso, con una maggiore rilevanza del gruppo Muscoloscheletrico (L) ed Endocrino/Metabolico e Nutrizionale (T).

La distribuzione tra gruppi di patologia delle diagnosi confermate (Tabella 3), è in linea con le prime diagnosi, con la stragrande maggioranza dei soggetti nel gruppo Psicologico (P), seguito a distanza dagli altri gruppi diagnostici più frequenti anche tra le prime e seconde diagnosi, registrando solo piccole differenze nel numero di questi soggetti in questi gruppi. Dall'analisi comparata delle prime diagnosi e diagnosi confermate, è emerso che nel 17% dei casi la diagnosi confermata si riferiva a un gruppo diagnostico diverso da quello del sospetto diagnostico alla prima visita.

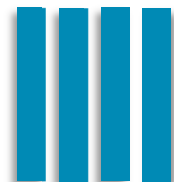


Tabella 1 - Diagnosi o sospetto diagnostico principale, per genere. ASL Roma 2

GRUPPI DIAGNOSTICI (ICPC 2)		Maschi		Femmine		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%
P	Psicologico	128	53.8	126	33.2	254	41.2
A	Generale / Non specificato	24	10.1	24	6.3	48	7.8
X	Genitale Femminile	0	0.0	48	12.7	48	7.8
K	Cardiocircolatorio	17	7.1	26	6.9	43	7.0
D	Digestivo	15	6.3	27	7.1	42	6.8
S	Cutaneo	14	5.9	20	5.3	34	5.5
L	Muscoloscheletrico	11	4.6	20	5.3	31	5.0
T	Endocrino / Metabolico e Nutrizionale	5	2.1	25	6.6	30	4.9
R	Respiratorio	9	3.8	15	4.0	24	3.9
N	Neurologico	4	1.7	14	3.7	18	2.9
B	Sangue, organi emopoietici e Sistema Immunitario	4	1.7	7	1.8	11	1.8
U	Urologico	<=3	2.5	10	2.6	11	1.8
F	Occhio	<=3		7	1.8	8	1.3
H	Orecchio	<=3		4	1.1	7	1.1
W	Gravidanza, Parto, Programmazione familiare	<=3		<=3	0.8	<=3	0.7
Y	Genitale Maschile	<=3		0	0.0	<=3	
	Informazione mancante	1	0.4	3	0.8	4	0.6
TOTALE		238	100	379	100	617	100

Tabella 2 – Diagnosi secondarie per genere. ASL Roma 2

GRUPPI DIAGNOSTICI (ICPC 2)		Maschi		Femmine		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%
P	Psicologico	28	30.4	31	23.3	59	26.2
L	Muscoloscheletrico	10	10.9	14	10.5	24	10.7
T	Endocrino / Metabolico e Nutrizionale	4	4.3	20	15	24	10.7
K	Cardiocircolatorio	9	9.8	12	9	21	9.3
D	Digestivo	12	13	8	6	20	8.9
X	Genitale Femminile	0	0	20	15	20	8.9
A	Generale / Non specificato	4	4.3	7	5.3	11	4.9
S	Cutaneo	4	4.3	6	4.5	10	4.4
R	Respiratorio	5	5.4	4	3	9	4
B	Sangue, organi emopoietici e Sistema Immunitario	5	5.4	<=3	5.4	8	3.6
U	Urologico	5	5.4	<=3		6	2.7
N	Neurologico	<=3	6.6	<=3		6	2.7
F	Occhio	<=3		4	3	5	2.2
H	Orecchio	<=3		0	0	<=3	0.9
TOTALE		92	100	133	100	225	100

Tabella 3 - Diagnosi confermata, per genere. ASL Roma 2

GRUPPI DIAGNOSTICI (ICPC 2)		Maschi		Femmine		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%
P	Psicologico	115	48.3	122	32.2	237	38.4
A	Generale / Non specificato	24	10.1	24	6.3	48	7.8
K	Cardiocircolatorio	17	7.1	27	7.1	44	7.1
T	Endocrino / Metabolico e Nutrizionale	8	3.4	34	9.0	42	6.8
D	Digestivo	14	5.9	27	7.1	41	6.6
X	Genitale Femminile	0	0.0	41	10.8	41	6.6
S	Cutaneo	15	6.3	17	4.5	32	5.2
L	Muscoloscheletrico	12	5.0	19	5.0	31	5.0
R	Respiratorio	7	2.9	15	4.0	22	3.6
B	Sangue, organi emopoietici e Sistema Immunitario	5	2.1	8	2.1	13	2.1
N	Neurologico	<=3	4.2	12	3.2	15	2.4
U	Urologico	<=3		10	2.6	12	1.9
F	Occhio	<=3		4	1.1	7	1.1
H	Orecchio	<=3		<=3	1.3	4	0.6
W	Gravidanza, Parto, Programmazione familiare	0		<=3		<=3	0.5
	Informazione mancante	11	4.6	14	3.7	25	4.1
TOTALE		238	100	379	100	617	100

Un totale di 521 procedure diagnostiche e/o terapeutiche (Tabella 4) sono state eseguite, nella ASL Roma 2, su 497 soggetti (80,6%). Nell'80,5% dei casi tali procedure sono state effettuate all'interno della struttura, nel 18,5% all'esterno e in 5 casi (1%) hanno ricevuto una combinazione di procedure all'interno e all'esterno del carcere. La procedura di gran lunga più frequente è stata il consulto specialistico, seguita da esame urine, altre analisi del sangue ed altre procedure diagnostiche.

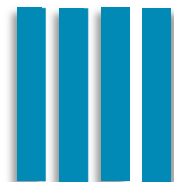


Tabella 4 – Procedure diagnostiche e terapeutiche. ASL Roma 2

Codice ICPC 2	PROCEDURA (ICPC 2)	n.	%
47	Consulto con specialista	399	76.6
35	Esame urine	41	7.9
34	Esame ematologico	17	3.3
43	Altre procedure diagnostiche	16	3.1
30	Esame clinico completo	10	1.9
41	Esame per immagini	7	1.3
38	Altri esami di laboratorio NAC	5	1.0
46	Consulto con erogatore di cure primarie	5	1.0
48	Chiarimenti/discussione su motivi incontro	5	1.0
37	Esame citologico/istologico	<=3	3.2
45	Educazione sanitaria/osservazione/consigli/dieta	<=3	
58	Ascolto/consigli terapeutici/psicoterapia	<=3	
31	Esame clinico parziale	<=3	
32	Test di sensibilità	<=3	
40	Esame endoscopico	<=3	
42	Tracciato elettrico	<=3	
49	Altre procedure preventive	<=3	
55	Infiltrazione/trattamento locale	<=3	
57	Riabilitazione/terapia fisica	<=3	
60	Risultato di esami/procedure diagnostiche	<=3	
67	Invio ad altro medico (specialista/ospedale)	<=3	
	TOTALE	521	100

Dati sulle diagnosi raccolti dalla Toscana

Tra gli ospiti degli istituti penitenziari della regione della regione Toscana, il 71,8% presenta patologie, un numero decisamente inferiore alla ASL Roma 2. La distribuzione delle prime diagnosi (Tabella 5) nei dati raccolti dalla Toscana è in parte simile a quella rilevata dalla Roma 2, con una predominanza delle diagnosi per disturbi psichici, seguite da malattie del sistema cardiocircolatorio, malattie endocrine, e dell'apparato digerente. Nella Regione Toscana, dove il campione è costituito quasi esclusivamente da soggetti maschi, la frequenza di Malattie dell'apparato genitourinario è inferiore al 3%.

Anche le diagnosi confermate (Tabella 6) riportano una maggior frequenza dei disturbi psichici, seguiti da malattie endocrine e del metabolismo, malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente.

Progetto Salute&Carcere

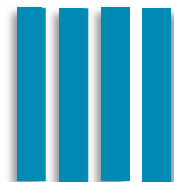
Sperimentazione di un sistema informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani

Tabella 5 - Diagnosi o sospetto diagnostico principale. Toscana

GRUPPI DIAGNOSTICI (ICD 9)	n.	%	% senza missing
Disturbi psichici	155	34.91	37.26
Malattie del sistema circolatorio	49	11.04	11.78
Malattie endocrine, del metabolismo e immunitarie	46	10.36	11.06
Malattie dell'apparato digerente	45	10.14	10.82
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	24	5.41	5.77
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	18	4.05	4.33
Malattie infettive e parassitarie	16	3.60	3.85
Traumatismi e avvelenamenti	14	3.15	3.37
Malattie dell'apparato genitourinario	12	2.70	2.88
Malattie dell'apparato respiratorio	12	2.70	2.88
Malattie del sistema nervoso	9	2.03	2.16
Malattie della pelle e del sottocutaneo	6	1.35	1.44
Tumori	5	1.13	1.20
Malattie del sangue e degli organi ematici	<=3	1.12	1.20
Condizioni morbose di origine perinatale	<=3		
Malformazioni congenite	<=3		
Informazioni mancanti /Errori	28	6.31	
Totale	444	100	

Tabella 6 - Diagnosi secondarie. Toscana

GRUPPI DIAGNOSTICI (ICD 9)	n.	%	% senza missing
Disturbi psichici	165	35.56	36.67
Malattie endocrine, del metabolismo e immunitarie	50	10.78	11.11
Malattie del sistema circolatorio	45	9.70	10.00
Malattie dell'apparato digerente	44	9.48	9.78
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	38	8.19	8.44
Malattie del sistema nervoso	22	4.74	4.89
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	15	3.23	3.33
Malattie dell'apparato respiratorio	14	3.02	3.11
Malattie dell'apparato genitourinario	13	2.8	2.89
Malattie infettive e parassitarie	13	2.8	2.89
Malattie della pelle e del sottocutaneo	12	2.59	2.67
Traumatismi e avvelenamenti	9	1.94	2.00
Malattie del sangue e degli organi ematici	<=4	2.15	2.22
Malformazioni congenite	<=4		
Tumori	<=4		
Errori	14	3.02	
Totale	464	100	



In Toscana il 19,4% dei detenuti (124 su 634) ha effettuato un totale di 525 procedure Diagnostiche e/o Terapeutiche. A differenza dei dati della ASL Roma 2, emergono con più frequenza gli esami ematologici, seguiti dall'esame urine, quindi esame clinico completo e consulto con uno specialista. Si tratta comunque dei gruppi già identificati nei dati della ASL Roma 2.

Tabella 7 – Procedure diagnostiche e terapeutiche. Toscana		
PROCEDURA (ICD 9)	N.	%
Esame ematologico	75	14.3
Esame urine	67	12.8
Esame clinico completo	66	12.6
Consulto con specialista	59	11.2
Esame per immagini	35	6.7
Consulto con erogatore cure primarie	32	6.1
Educazione sanitaria/osservazione/consigli/dieta	30	5.7
Tracciato elettrico	29	5.5
Immunizzazione/profilassi	29	5.5
Ascolto/consigli terapeutici/psicoterapia	18	3.4
Esame microbiologico/immunologico	17	3.2
Prescrizione/somministrazione di farmaci/iniezione	16	3.0
Esame endoscopico	7	1.3
Invio ad altro medico (specialista/ospedale)	6	1.1
Altre procedure diagnostiche	5	1.0
Esame citologico/istologico	5	1.0
Esame sulle feci	4	0.8
Esame clinico parziale	4	0.8
Test di sensibilità	4	0.8
Risultato di esami/procedure diagnostiche	<=3	3.2
Risultato di esami/procedure/storia clinica registrata da altri operatori	<=3	
Test funzionale	<=3	
Altre procedure terapeutiche/chirurgia minore NAC	<=3	
Escissione/rimozione tessuto/sbrigliamento/cauterizzazione/biopsia	<=3	
Tamponamento/compressione/bendaggio/	<=3	
Sutura/fissazione/riparazione/gesso/protesi	<=3	
Intubazione/dilatazione/cateterizzazione/intervento strumentale	<=3	
Riabilitazione/terapia fisica	<=3	
Incisione/drenaggio/aspirazione/rimozione fluidi	<=3	
TOTALE	525	

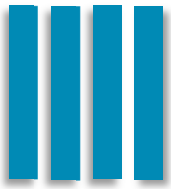
Discussione sui dati sanitari

Un confronto tra i dati sanitari raccolti dalla ARS Toscana e quelli raccolti dalla ASL Roma 2 è difficilmente praticabile, per tre motivi: la Toscana utilizza come sistema di classificazione l'ICD-9, mentre la Roma2 l'ICPC-2; i dati della Toscana non sono stratificati per genere; i dati della Toscana sono gravati da un'elevata percentuale di informazioni mancanti.

Emerge una certa coerenza nei risultati delle prime diagnosi, aggregate per gruppi di patologie. Appare evidente come in entrambe le realtà la diagnosi più comune sia quella di disturbi psichici, seguito da tossicodipendenza di diverse sostanze. A Rebibbia il 41,2% degli ospiti ha riportato problemi psichici come prima diagnosi o sospetto diagnostico, confermato nel 38,5% dei casi. Tra i casi confermati, i soggetti affetti da problemi psichici sono per il 48,3% maschi e il 32,2% femmine. Sempre a Rebibbia, il 57,2% degli ospiti riferisce una storia di tossicodipendenza di diverso tipo. Ben più basso, rispetto alle patologie identificate, il numero di soggetti presi in carico dai servizi per le tossicodipendenze o di salute mentale, rispettivamente il 49,6% per le tossicodipendenze e solo 10,9% per i servizi di salute mentale, pur essendo operativi, all'interno del Polo penitenziario di Rebibbia, un servizio per le dipendenze (SerD) ed una UOC di salute mentale penitenziaria e psicologia forense, che opera in ognuno dei quattro istituti. Esiste quindi, soprattutto nella ASL Roma 2, un problema di scarsa utilizzazione dei servizi offerti per pazienti con sintomi psichici o tossicodipendenti.

Tra i detenuti della ASL Roma 2, anche tra le diagnosi secondarie prevalgono, sia tra gli uomini che le donne, i disturbi psicologici (gruppo P) (30,4% e 23,3%, rispettivamente). In Toscana, il 37,3% dei soggetti detenuti è affetto da problemi psichici, con il 51,7% di essi in carico presso i servizi di salute mentale. Inoltre, dei 105 soggetti con almeno una diagnosi associata alla dipendenza da alcool o droghe, il 64,8% (68) è stato preso in carico dai servizi per le dipendenze. Da rilevare, che tra la popolazione carceraria in Toscana, 129 soggetti (20,3% del totale) riferisce di essere stato preso in carico dai servizi per le dipendenze, ma 61 di essi (47,3%) non avevano alcuna diagnosi associata all'uso o all'abuso di alcool o droghe.

La procedura più frequentemente adottata per i soggetti della ASL Roma 2 è stata la richiesta di un consulto specialistico (77,3%), seguita da esame urine (5,4%). Tra i soggetti ospitati in Toscana, solo 11,2% ha ricevuto la prescrizione di una visita specialistica, men-



tre la maggior parte, il 14,3%, ha avuto una richiesta di esame ematologico, seguito dal 12,8% a cui è stato prescritto l'esame delle urine, e 11,4% a cui è stato effettuato un esame clinico completo.

Sul totale delle procedure effettuate, nella ASL Roma2, la gran parte (80,5%) è stata effettuata nella struttura. Nel 18,5% dei casi la procedura è stata effettuata esternamente al carcere, con 5 persone che hanno ricevuto una combinazione di procedure all'interno e all'esterno del carcere. Questo dato non è disponibile per quanto riguarda la Toscana.

CONCLUSIONI

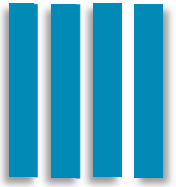
I dati raccolti dal sistema informativo sperimentale, per quanto parziali, forniscono un quadro abbastanza articolato delle condizioni dei detenuti nelle due aree dove è stata realizzata la sperimentazione. Oltre alle indicazioni sulle patologie prevalenti, il sistema fornisce inoltre informazioni utili sugli stili di vita in detenzione (lavoro, educazione attività sportive, etc.) come anche sul BMI.

Rispetto a quanto noto dalla letteratura, l'elemento più rilevante si conferma essere l'alta percentuale di diagnosi nel gruppo Psicologico/Disturbi psichici, che appaiono essere le più frequenti, sia tra le prime che tra le seconde diagnosi, come anche tra le diagnosi confermate, in entrambi i contesti. Sebbene le strutture penitenziarie abbiano adottato aver adottato specifiche misure per seguire adeguatamente questi pazienti, non tutti i pazienti che riferiscono questo tipo di disturbi usufruiscono in maniera adeguata dei servizi messi a disposizione dalla struttura carceraria.

I soggetti che riferiscono di essere in condizioni di tossicodipendenza (ASL Roma 2) o che hanno avuto perlomeno una diagnosi associata all'uso o l'abuso di alcool e sostanze stupefacenti (Toscana), seguono i soggetti con diagnosi psicologica. Anche questo gruppo di ospiti delle strutture penitenziarie non utilizza appieno i servizi disponibili per le tossicodipendenze nella ASL Roma 2, mentre i dati della Toscana necessitano di una verifica.

In generale possiamo affermare che le procedure richieste nei due contesti siano abbastanza simili, con una prevalenza delle richieste per visite specialistiche tra i soggetti della ASL Roma 2, mentre tra i soggetti della Toscana le richieste più frequenti sono per analisi ematologiche e delle urine. Ulteriori indagini sono necessarie per comprendere meglio queste differenze operative tra le varie strutture.

I dati su peso, altezza e BMI, che venivano già raccolti dalla regione Toscana, sono stati raccolti per la prima volta dalla ASL Roma 2 in un campione di popolazione detenuta, come anche le informazioni su attività fisica, attività educative e lavorative. I dati disaggregati erano disponibili solo per la ASL Roma 2, dove emerge un'alta percentuale di soggetti obesi e in sovrappeso; al contempo, una grande maggioranza di soggetti trascorre più di



12 ore in camera di pernottamento (84%) e quasi il 40% della popolazione carceraria della Roma 2 ne trascorre più di 18.

Tra le attività svolte in carcere, quelle praticate meno di frequente sono decisamente le attività sportive e, per Rebibbia, anche le attività educative. In Toscana, invece, troviamo un maggior numero di detenuti coinvolti in attività educative (59,5%). Le attività lavorative sono quelle che vengono privilegiate, sia in Toscana che nella ASL Roma 2, con più di un terzo degli ospiti, in entrambi i contesti, coinvolti in tali attività.

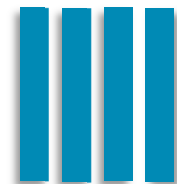
ALL ELEG ATTI

Al rapporto vengono viene allegata la seguente documentazione:

ALLEGATO 1: [Scheda di progetto, cronoprogramma, piano di azione](#)

ALLEGATO 2: [Scheda inserimento dati sviluppata ed utilizzata per la sperimentazione](#)

ALLEGATO 3: [Sistema di codifica ICPC-2R \(in italiano\)](#)



Allegato 1

Scheda di progetto, cronoprogramma, piano di azione

SCHEDA PROGETTO - Progetto Salute&Carcere - Sperimentazione di un sistema Informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani

ENTE RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE: Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO: Dr. Filippo Curtale, Direttore UOC IRP

UNITÀ OPERATIVE:

- UOC Rapporti internazionali, con le Regioni e gestione del ciclo di progetto (INMP)
- UOC Epidemiologia (INMP)
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) – Ministero della Giustizia
- Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSPe)
- Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo (ASST SSPC) – Regione Lombardia
- Agenzia Regionale di Sanità (ARS) – Regione Toscana
- ASL Roma 2 – Regione Lazio

DURATA: 24 mesi dalla firma degli accordi di collaborazione, prorogato per 82 giorni (ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 103, comma 1, D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 e 37 D.L. n. 23 dell'8.4.2020)

FINANZIAMENTO allocato: euro 225.000,00

FINANZIAMENTO erogato: euro 49.212,73

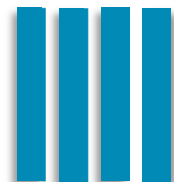
FINANZIAMENTO rendicontato: euro 41.712,73

Progetto Salute&Carcere

Sperimentazione di un sistema informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani

CRONOPROGRAMMA

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Obiettivo specifico 1	Ricognizione e analisi strumenti informativi già disponibili																							
Obiettivo specifico 2	Realizzazione scheda																							
	Sviluppo software																							
	Coinvolgimento degli istituti penitenziari ai fini della sperimentazione																							
	Addestramento del personale da coinvolgere nella rilevazione																							
Obiettivo specifico 3	Avvio fase pilota																							
	Sperimentazione del sistema informativo																							
	Analisi dei dati																							
	Stesura di un rapporto																							
	Evento conclusivo e disseminazione																							



PIANO DI AZIONE

In verde gli obiettivi raggiunti.

In giallo quelli parzialmente conseguiti.

In bianco quelli non conseguiti.

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Sviluppare una scheda clinico-epidemiologica a partire da un set minimo di informazioni socio-demografiche e sanitarie.
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico-scientifico; • ricognizione preliminare degli strumenti informativi sanitari già in uso a livello nazionale nell'ambito della medicina penitenziaria; • classificazione e analisi degli strumenti individuati; • definizione di un set di informazioni socio-demografiche e sanitarie; • sviluppo di modalità di organizzazione dei dati a carattere modulare e progressivo, con una struttura di raccolta dei singoli accessi sanitari in rapporto a specifici determinanti clinici (logica "a grappolo"); • realizzazione di un prototipo di scheda clinico-epidemiologica.
OUTPUT	✓ Scheda di rilevazione da utilizzare come base del sistema informativo.
OBIETTIVO SPECIFICO 2	Progettare e realizzare un software per la raccolta, l'archiviazione e la gestione delle informazioni.
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo dello strumento informatico sulla base della scheda di rilevazione; • implementazione di funzioni (menu a tendina dinamici, interdizione automatica dei campi non applicabili ecc.) per agevolare la compilazione della scheda, e di procedure per il controllo della coerenza dei dati; • inserimento di una guida rapida alla scelta dei codici nosologici relativi alle diagnosi; • sviluppo di un modulo per l'elaborazione locale di statistiche descrittive; • sviluppo di un sistema di esportazione dei file, anche in forma anonimizzata, nel rispetto delle norme sul trattamento dei dati personali (disgiunzione dei dati anagrafici da quelli clinici, password di protezione)
OUTPUT	✓ Produzione di un software da utilizzare come strumento base del sistema informativo.

OBIETTIVO SPECIFICO 3	Sperimentare un modello di <i>data flow</i> in alcuni istituti penitenziari italiani.
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento degli istituti penitenziari ai fini della sperimentazione; • acquisizione di informazioni circa la dotazione di strumenti informatici presso gli istituti penitenziari individuati (disponibilità di PC, eventuali cartelle informatizzate già in uso); • addestramento del personale sanitario da coinvolgere nella rilevazione e nell'informatizzazione dei dati; • organizzazione di un sistema standardizzato di <i>data flow</i> (compilazione della scheda, codifica e archiviazione informatizzata, invio in sicurezza dei dati anonimizzati, creazione e gestione di una <i>repository</i>); • realizzazione di una fase pilota e successiva sperimentazione multicentrica; • analisi dei dati a fini epidemiologici e valutazione della sostenibilità e implementabilità del sistema informativo; <ul style="list-style-type: none"> • organizzazione di momenti di consultazione degli <i>stakeholder</i>, finalizzati a una discussione partecipata dei risultati; <ul style="list-style-type: none"> • stesura di un rapporto finale; <ul style="list-style-type: none"> • disseminazione dei risultati attraverso l'organizzazione di attività di formazione.
OUTPUT	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Corsi di addestramento per i rilevatori; ✓ sperimentazione del sistema informativo negli istituti penitenziari selezionati; <ul style="list-style-type: none"> ✓ rapporto finale; <ul style="list-style-type: none"> ✓ convegno conclusivo; ✓ eventi divulgativi e di formazione.

Allegato n. 2: Scheda clinico-epidemiologica - Progetto Salute&Carcere

ISTITUTO PENITENZIARIO

COMPILATORE

N. IDENTIFICATIVO

DATA COMPILAZIONE ___/___/___

NOME _____

COGNOME _____

CODICE FISCALE:

CODICE STP/ENI

(riportare il codice in possesso del paziente al momento dell'ingresso)

Dati socio-demografici

DATA DI NASCITA ___/___/___

GENERE 1 maschio 2 femmina 3 transgender

LUOGO DI NASCITA

(Stato estero, se straniero)

CITTADINANZA

PAESE DI NASCITA MADRE

PAESE DI NASCITA PADRE

Solo se il detenuto è cittadino straniero

DATA DEL PRIMO ARRIVO IN ITALIA mm aa

ERA IN POSSESSO DI UN PERMESSO DI SOGGIORNO PRIMA DELLA DETENZIONE 1 sì 2 no 3 non risponde

SE SÌ, QUALE TIPOLOGIA DI PERMESSO DI SOGGIORNO (riportare la motivazione dell'ultimo permesso)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 lavoro | <input type="checkbox"/> 5 rifugiato | <input type="checkbox"/> 9 motivi religiosi |
| <input type="checkbox"/> 2 motivi familiari | <input type="checkbox"/> 6 protezione sussidiaria | <input type="checkbox"/> 10 in attesa di rinnovo |
| <input type="checkbox"/> 3 studio | <input type="checkbox"/> 7 casi speciali e protezione speciale | <input type="checkbox"/> 11 altro |
| <input type="checkbox"/> 4 richiedente protezione internazionale | <input type="checkbox"/> 8 cure mediche | |

SE NO:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 scaduto e non rinnovato | <input type="checkbox"/> 2 mai avuto | <input type="checkbox"/> 3 visto per turismo |
|--|--------------------------------------|--|

CONOSCENZA LINGUA ITALIANA (a giudizio dell'operatore):

- | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 nessuna | <input type="checkbox"/> 3 sufficiente | <input type="checkbox"/> 5 ottima |
| <input type="checkbox"/> 2 scarsa | <input type="checkbox"/> 4 buona | |

LINGUA PREVALENTE

https://it.wikipedia.org/wiki/Lingue_per_numero_di_parlanti_madrelingua

STATO CIVILE 1 celibe/nubile 2 coniugato/a 3 vedovo/a 4 divorziato/a

LIVELLO DI ISTRUZIONE (in anni di scolarità)

Storia penitenziaria

DATA INIZIO DETENZIONE IN QUESTO ISTITUTO ___/___/___

PROVENIENZA DA:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 libertà senza precedenti reclusioni | <input type="checkbox"/> 3 altri istituti penitenziari | <input type="checkbox"/> 5 misure cautelari |
| <input type="checkbox"/> 2 libertà con precedenti reclusioni | <input type="checkbox"/> 4 misure alternative alla detenzione | |

NUMERO COMPLESSIVO DI ANNI TRASCORSI IN DETENZIONE (al momento dell'ingresso nell'istituto)

Scheda clinico-epidemiologica - Progetto Salute&Carcere

Dati sanitari

N. IDENTIFICATIVO

DATA DELLA VISITA: ___/___/___

PESO ___ (in chilogrammi)

ALTEZZA __, __ (in metri)

IMC __, __ (Kg/m²)

NUMERO DI ORE/DIE TRASCORSE IN CAMERA DI PERNOTTAMENTO

ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA:

SVOLGE ATTIVITÀ SPORTIVA

1 sì

2 no

SE SÌ, NUMERO DI ORE SETTIMANALI

ADERISCE ALL'OFFERTA DI ATTIVITÀ EDUCATIVO-TRATTAMENTALE

1 sì

2 no

SVOLGE ATTIVITÀ LAVORATIVA

1 sì

2 no

CONSUMO DI TABACCO

1 sì

2 no

SE SÌ, NUMERO SIGARETTE/DIE

STORIA DI DIPENDENZA

1 sì

2 no

SE SÌ, DA QUALI SOSTANZE:

1 alcol

3 eroina

5 cannabis

2 cocaina

4 allucinogeni

6 altro

EPISODI DI AUTOLESIONISMO NELL'ULTIMO ANNO

1 sì

2 no

SE SÌ, NUMERO DI EPISODI

SE SÌ, MODALITÀ DI MESSA IN ATTO:

1 lesioni con taglienti

3 trauma autoprovocato

2 ingestione di corpi estranei

4 altro

TENTATIVI DI SUICIDIO NELL'ULTIMO ANNO

1 sì

2 no

SE SÌ, NUMERO DI EPISODI

SE SÌ, MODALITÀ DI MESSA IN ATTO:

1 avvelenamento

3 inalazione di gas

5 taglio delle vene

2 impiccaggione

4 soffocamento

È IN CARICO A:

SERVIZI PER LE DIPENDENZE

1 sì

2 no

SERVIZI DI SALUTE MENTALE

1 sì

2 no

PROBLEMA/DETERMINANTE CLINICO

1 prima visita per uno specifico problema clinico

2 controllo

[per "prima visita" si intende il primo accesso per uno specifico problema clinico e non in assoluto il primo contatto con il personale sanitario; per "controllo" si intende ogni visita successiva a un primo contatto riconducibile al medesimo problema clinico o a un unico ciclo di cura]

DATA PRIMA VISITA: ___/___/___

[solo per le visite di controllo, indicare la data della prima visita per il medesimo problema clinico]

DIAGNOSI O SOSPETTO DIAGNOSTICO PRINCIPALE

(descrizione della diagnosi o, in mancanza di essa, del sintomo che ha determinato la visita)

DIAGNOSI SECONDARIE

+

PROCEDURE

+

DIAGNOSI CONFERMATA

ICPC-2R – Italiano
Classificazione Internazionale
delle Cure Primarie – 2° Edizione
CICP

Wonca International
Classification Committee
WICC



Procedure

- 30 Esame clinico completo
- 31 Esame clinico parziale
- 32 Test di sensibilità
- 33 Esame microbiologico/immunologico
- 34 Esame ematologico
- 35 Esame urine
- 36 Esame su feci
- 37 Esame citologico/istologico
- 38 Altri esami di laboratorio NAC
- 39 Test funzionale
- 40 Esame endoscopico
- 41 Esame per immagini
- 42 Tracciato elettrico
- 43 Altre procedure diagnostiche
- 44 Immunizzazione/profilassi
- 45 Ed. sanitaria/osservazione/consigli/dieta
- 46 Consulto con erogatore di cure primarie
- 47 Consulto con specialista
- 48 Chiarimenti/discussione su motivi incontro
- 49 Altre procedure preventive
- 50 Prescrizione-somm. di farm./iniezione
- 51 Incisione/drenaggio/aspiraz./rimoz. fluidi
- 52 Esciss./rimoz. tessuto/sbrigliamento/cauterizzazione/biopsia
- 53 Intub./dilat./cateterizz./interv. strumentale
- 54 Sutura/fissazione/riparaz./gesso/protesi
- 55 Infiltrazione/trattamento locale
- 56 Tamponamento/compressione/bendaggio
- 57 Riabilitazione/terapia fisica
- 58 Ascolto/consigli terapeutici/psicoterapia
- 59 Altre proc. terap./chirurgia minore NAC
- 60 Risultato di esami/procedure diagnostiche
- 61 Risultato di esami/procedure/storia clinica registrata da alti operatori
- 62 Procedure amministrative
- 63 Incontro di follow-up non specificato
- 64 Incontro/problema iniziato dal medico
- 65 Incontro/problema iniziato altri operatori
- 66 Invio ad altro operatore non medico
- 67 Invio ad altro medico (spec./ospedale)
- 68 Altri invii NAC
- 69 Altri motivi di incontro NAC

Generale/Non Specificato

- A01 Dolore generale o in siti multipli
- A02 Brividi
- A03 Febbre
- A04 Astenia/stanchezza generale
- A05 Sensazione di essere malato
- A06 Lipotimia/sincope
- A07 Coma
- A08 Gonfiore
- A09 Problema di sudorazione
- A10 Sanguinamento/emorragia NAC
- A11 Dolore toracico NAC
- A13 Preoccupazione/paura per un trattamento
- A16 Bambino irritable
- A18 Preoccupazione per il proprio aspetto
- A20 Richiesta di eutanasia/discussione
- A21 Fattore di rischio per neoplasia maligna
- A23 Fattore di rischio NAC
- A25 Paura della morte, di morire
- A26 Paura di neoplasia maligna NAC
- A27 Paura di altra malattia NAC
- A28 Limitazione funzionale/disabilità NAC
- A29 Altro sintomo o disturbo generale
- A70 Tubercolosi
- A71 Morbillo
- A72 Varicella
- A73 Malaria
- A74 Rosolia
- A75 Mononucleosi infettiva
- A76 Altri esantemi virali
- A77 Altra malattia virale/NAC
- A78 Altra malattia infettiva/NAC
- A79 Neoplasia maligna NAC
- A80 Trauma/lesione traumatica NAC
- A81 Politraumatismo/lesioni multiple
- A82 Postumo di trauma
- A84 Intossicazione da farmaco
- A85 Effetto collaterale di farmaco
- A86 Effetto tossico di sostanza non medicinale
- A87 Complicanze da trattamento
- A88 Effetto collaterale da fattore fisico
- A89 Danno da materiale protesico
- A90 Anomalie congenite multiple/NAC
- A91 Risultati anormali di indagini NAC
- A92 Allergia/ reazione allergica NAC
- A93 Neonato prematuro
- A94 Altra morbosità perinatale
- A95 Mortalità perinatale
- A96 Morte
- A97 Nessuna malattia
- A98 Mantenimento salute/medicina preventiva
- A99 Malattia o condizione o sede non definita

Sangue, Organi emopoietici e Sistema Immunitario

- B02 Linfoghiandola/e ingrossata/e dolorosa/
- B04 Sintomo o disturbo legato al sangue
- B25 Paura di AIDS/HIV
- B26 Paura di neopl. maligna sangue o org. linf.
- B27 Paura altra malattia del sangue o org. linf.
- B28 Limitazione funzionale/disabilità (B)
- B29 Altro sint. o disturbo del sangue o org. linf.
- B70 Linfadenite acuta
- B71 Linfadenite cronica o non specifica
- B72 Morbo di Hodgkin/linfoma
- B73 Leucemia
- B74 Altra neoplasia maligna ematologica
- B75 Neoplasia benigna/inc. sangue o org. linf
- B76 Rottura traumatica della milza
- B77 Altra les. Traum. sangue/org. linf./milza
- B78 Anemia emolitica ereditaria
- B79 Altra anom. congenita di sangue o org. linf.
- B80 Anemia da carenza di ferro
- B81 Anemia da carenza di vit. B12/acido folico
- B82 Altra anemia/non specificata
- B83 Porpora/difetto di coagulazione
- B84 Anomalia di globuli bianchi inspiegata
- B87 Splenomegalia
- B90 Infezione HIV/AIDS
- B99 Altra malattia del sangue/org. linf./milza

PROCEDURE
SINTOMI/DISTURBI
INFEZIONI
NEOPLASIE MALIGNI
TRAUMATISMI
ANOMALIE CONGENITE
ALTRE DIAGNOSI

Digestivo

- D01 Dolore addominale generale/crampi
- D02 Dolore addominale epigastrico
- D03 Bruciore di stomaco/pirosi
- D04 Dolore rettale/ anale
- D05 Fastidio perianale
- D06 Altro dolore addominale localizzato
- D07 Dispepsia/indigestione
- D08 Flatulenza/meteorismo/eruttazione
- D09 Nausea
- D10 Vomito
- D11 Diarrea
- D12 Stipsi
- D13 Itterizia
- D14 Ematemesi/vomito ematico
- D15 Melena
- D16 Sanguinamento rettale
- D17 Incontinenza rettale
- D18 Modificazione di feci/movimenti intestinali
- D19 Sintomo/disturbo riferito a denti o gengive
- D20 Sintomo o disturbo bocca/lingua/labbra
- D21 Problema di deglutizione
- D23 Epatomegalia
- D24 Massa addominale NAC
- D25 Distensione addominale
- D26 Paura di neoplasia maligna app. digerente
- D27 Paura di altra malattia apparato digerente
- D28 Limitazione funzionale/disabilità (D)
- D29 Altro sintomo/ disturbo apparato digerente
- D70 Infezione gastrointestinale
- D71 Parotite epidemica
- D72 Epatite virale
- D73 Gastroenterite di presunta origine infettiva
- D74 Neoplasia maligna dello stomaco
- D75 Neoplasia maligna del colon/retto
- D76 Neoplasia maligna del pancreas
- D77 Altra neoplasia maligna app. dig. NAC
- D78 Neoplasia benigna/di inc. natura app. dig.
- D79 Corpo estraneo nell'apparato digerente
- D80 Altra lesione traumatica organi digerenti
- D81 Anomalia congenita apparato digerente
- D82 Malattia di denti o gengive
- D83 Malattia della bocca/lingua/labbra
- D84 Malattia dell'esofago
- D85 Ulcera duodenale
- D86 Altra ulcera peptica
- D87 Disordine gastrico funzionale
- D88 Appendicite
- D89 ernia inguinale
- D90 ernia jatale
- D91 Altra ernia addominale
- D92 Malattia diverticolare
- D93 Sindrome del colon irritable
- D94 Enterite cronica/colite ulcerosa
- D95 Ragade anale/ascoso perianale
- D96 Vermi/parassiti intestinali
- D97 Malattia del fegato NAC
- D98 Colecistite/colelitiasi
- D99 Altra malattia del sistema digerente

Occhio

- F01 Occhio dolente
- F02 Occhio rosso
- F03 Secrezione congiuntivale
- F04 Macchie visive fisse o fluttuanti
- F05 Altro disturbo visivo
- F13 Sensazione oculare anormale
- F14 Movimenti anormali dell'occhio
- F15 Aspetto anormale dell'occhio
- F16 Sintomo o disturbo della palpebra
- F17 Sintomo o disturbo dovuto ad occhiali
- F18 Sintomo o disturbo dovuto a lenti a contatto
- F27 Paura di malattia all'occhio
- F28 Limit. funzionale/disabilità oculare (F)
- F29 Altro sintomo o disturbo all'occhio
- F70 Congiuntivite infettiva
- F71 Congiuntivite allergica
- F72 Blefarite/orzaio/calazio
- F73 Altra infezione/inflammazione all'occhio
- F74 Neoplasia di occhio/annessi
- F75 Contusione/emorragia oculare
- F76 Corpo estraneo nell'occhio
- F79 Altra lesione traumatica dell'occhio
- F80 Stenosi del canale lacrimale nel bambino
- F81 Altra anomalia congenita dell'occhio
- F82 Distacco di retina
- F83 Retinopatia
- F84 Degenerazione maculare
- F85 Ulcera corneale
- F86 Tracoma
- F91 Difetto di rifrazione
- F92 Cataratta
- F93 Glaucoma
- F94 Cecità
- F95 Strabismo
- F99 Altra malattia di occhio/annessi

Orecchio

- H01 Dolore d'orecchio/otalgia
- H02 Disturbo dell'udito
- H03 Acufene/tinnito/ronzio all'orecchio
- H04 Perdita dall'orecchio
- H05 Sanguinamento dall'orecchio
- H13 Sensazione di orecchio chiuso
- H15 Preoccupazione aspetto proprio orecchio
- H27 Paura di avere malattia dell'orecchio
- H28 Limitazione/disabilità uditiva (H)
- H29 Altro sintomo o disturbo all'orecchio
- H70 Otitis esterna
- H71 Otitis media acuta/miringite
- H72 Otitis media sierosa
- H73 Salpingite d'Eustachio
- H74 Otitis media cronica
- H75 Neoplasia dell'orecchio
- H76 Corpo estraneo nell'orecchio
- H77 Perforazione del timpano
- H78 Lesione traumatica superficiale orecchio
- H79 Altra lesione traumatica dell'orecchio
- H80 Anomalia congenita dell'orecchio
- H81 Eccesso di cerume
- H82 Sindrome vertiginosa
- H83 Otosclerosi
- H84 Presbiacusia
- H85 Trauma acustico
- H86 Sordità
- H99 Altra malattia di orecchio/mastode

Cardiocircolatorio

- K01 Dolore cardiaco
- K02 Oppressione/costrizione cardiaca
- K03 Dolore cardiocircolatorio NAC
- K04 Palpitazioni/percezione di battiti cardiaci
- K05 Altri battiti cardiaci irregolari
- K06 Vene prominenti
- K07 Caviglie gonfie/edema
- K22 Fattore di rischio malattia cardiovascolare
- K24 Paura di malattia cardiaca
- K25 Paura di ipertensione arteriosa
- K27 Paura di altra malattia cardiovascolare
- K28 Limitaz. funzionale/disabilità cardiov. (K)
- K29 Altro sintomo o disturbo cardiocircolatorio
- K70 Infezione del sistema circolatorio
- K71 Febbre reumatica/malattia reum. Cardiaca
- K72 Neoplasia cardiocircolatorio
- K73 Anomalia cardiocircolatorio congenita
- K74 Cardiopatia ischemica con angina
- K75 Infarto miocardico acuto
- K76 Cardiopatia ischemica senza angina
- K77 Scompenso cardiaco
- K78 Fibrillazione atriale/flutter
- K79 Tachicardia parossistica
- K80 Aritmia cardiaca NAC
- K81 Soffio cardiaco/arterioso NAC
- K82 Cuore polmonare
- K83 Valvulopatia NAC
- K84 Altra malattia cardiaca
- K85 Pressione arteriosa elevata
- K86 Ipertensione arteriosa non complicata
- K87 Ipertensione arteriosa complicata
- K88 Ipertensione posturale
- K89 Ischemia cerebrale transitoria
- K90 Accidente vascolare cerebrale/stroke
- K91 Malattia cerebrovascolare
- K92 Arteriosclerosi/mal. vascolare periferica
- K93 Embolia polmonare
- K94 Flebite/tromboflebite
- K95 Varici venose arti inferiori
- K96 Emorroidi
- K99 Altra malattia cardiocircolatorio

Muscoloscheletrico

- L01 Sintomo o disturbo del collo
- L02 Sintomo o disturbo del dorso
- L03 Sintomo o disturbo regione lombo sacrale
- L04 Sintomo o disturbo del torace
- L05 Sintomo o disturbo di fianco/ascella
- L07 Sintomo o disturbo di mandibola
- L08 Sintomo o disturbo di spalla
- L09 Sintomo o disturbo di braccio
- L10 Sintomo o disturbo di gomito
- L11 Sintomo o disturbo di polso
- L12 Sintomo o disturbo di mano/dito
- L13 Sintomo o disturbo di anca
- L14 Sintomo o disturbo di gamba/coscia
- L15 Sintomo o disturbo di ginocchio
- L16 Sintomo o disturbo di caviglia
- L17 Sintomo o disturbo di piede/dito di piede
- L18 Dolore muscolare
- L19 Sintomo o disturbo muscolare NAC
- L20 Sintomo o disturbo ad una articolazione NAC
- L26 Paura di avere neopl.maligna osteoarticolare
- L27 Paura di avere altra malattia musc.schel.
- L28 Limit.funzionale/disabilità muscolosc. (L)
- L29 Altro sintomo o disturbo osteoarticolare
- L70 Infezione del sistema osteoarticolare
- L71 Neoplasia maligna muscolo scheletrica
- L72 Frattura di radio/ulna
- L73 Frattura di tibia/perone
- L74 Frattura di mano/piede
- L75 Frattura di femore
- L76 Altra frattura
- L77 Distorsione/stiramento di caviglia
- L78 Distorsione/stiramento di ginocchio
- L79 Distorsione/stiramento di articolazione NAC
- L80 Lussazione/sublussazione
- L81 Lesione traumatica muscoloscheletrica NAC
- L82 Anomalia congenita muscoloscheletrica
- L83 Sindrome cervicale
- L84 Sindrome dorso lombare senza irradiazione
- L85 Deformità acquisita della colonna
- L86 Sindrome dorso lombare con irradiazione
- L87 Borsite/tendinite/sinovite NAC
- L88 Artrite reumatoide siero positiva
- L89 Coxoartrosi
- L90 Gonartrosi
- L91 Altra artrosi
- L92 Sindrome della spalla
- L93 Gomito del tennista
- L94 Osteocondrosi
- L95 Osteoporosi
- L96 Lesione acuta interna del ginocchio
- L97 Neoplasia benigna/incerta muscolosc.
- L98 Deformità acquisita degli arti
- L99 Altra malattia muscoloscheletrica

Neurologico

- N01 Mal di testa
- N03 Dolore al viso
- N04 Gambe senza riposo
- N05 Formicolio alle dita/piedi/arti
- N06 Altra alterazione della sensibilità
- N07 Convulsioni/crisi comiziale
- N08 Movimenti involontari anormali
- N16 Disturbo dell'odorato e gusto
- N17 Vertigine/capogiro
- N18 Paralisi/debolezza
- N19 Disordine della parola
- N26 Paura di avere neopl. maligna sist.nervoso
- N27 Paura di altra malattia neurologica
- N28 Limit. funzionale/disabilità neurologica (N)
- N29 Altro sintomo o disturbo neurologico
- N70 Poliomielite
- N71 Meningite/encefalite
- N72 Tetano
- N73 Altra infezione neurologica
- N74 Neoplasia maligna del sistema nervoso
- N75 Neoplasia benigna del sistema nervoso
- N76 Neopl. natura indeterminata sistema nervoso
- N79 Commozione cerebrale
- N80 Altra lesione traumatica della testa
- N81 Altra lesione traumatica del sistema nervoso
- N85 Anomalia neurologica congenita
- N86 Sclerosi multipla
- N87 Parkinsonismo
- N88 Epilessia
- N89 Emicrania
- N90 Cefalea a grappolo
- N91 Paralisi facciale/paralisi di Bell
- N92 Nevralgia trigeminale
- N93 Sindrome del tunnel carpale
- N94 Neurite periferica/neuropatia
- N95 Cefalea muscolo tensiva
- N99 Altra malattia neurologica

Psicologico P

Table with 2 columns: Code (P01-P99) and Description (e.g., Sensazione di nervosismo/ansietà/tensione, Reazione da stress acuto, Senzazione di depressione).

Respiratorio R

Table with 2 columns: Code (R01-R99) and Description (e.g., Dolore attribuito al sistema respiratorio, Respiro corto/dispnea, Respiro sibilante).

PROCEDURE
SINTOMI/DISTURBI
INFEZIONI
NEOPLASIE
TRAUMATISMI
ANOMALIE CONGENITE
ALTRE DIAGNOSI

Cutaneo S

Table with 2 columns: Code (S01-S03) and Description (e.g., Dolore/ipersensibilità cutanea, Prurito, Verruche).

Table with 2 columns: Code (S04-S99) and Description (e.g., Gonfiore/protuberanza cutanea localizzata, Eruzione localizzata, Eruzione generalizzata).

Endocrino/Metabolico e Nutrizionale T

Table with 2 columns: Code (T01-T99) and Description (e.g., Sete eccessiva, Appetito eccessivo, Perdita dell'appetito).

Urologico U

Table with 2 columns: Code (U01-U79) and Description (e.g., Disuria/minzione dolorosa, Minzione frequente/imperiosa, Incontinenza urinaria).

Table with 2 columns: Code (U80-U99) and Description (e.g., Lesione traumatica delle vie urinarie, Anomalia congenita delle vie urinarie).

Gravidanza, Parto, Program-mazione familiare W

Table with 2 columns: Code (W01-W99) and Description (e.g., Sospetto di gravidanza, Paura di gravidanza, Sanguinamento in gravidanza).

Genitale Femminile X

Table with 2 columns: Code (X01-X99) and Description (e.g., Dolore genitale nella donna, Dolore mestruale, Dolore intermestruale).

Genitale Maschile Y

Table with 2 columns: Code (Y01-Y05) and Description (e.g., Dolore del pene, Dolore del testicolo/scroto, Perdite uretrali nell'uomo).

Table with 2 columns: Code (Y06-Y99) and Description (e.g., Sintomo o disturbo alla prostata, Impotenza sessuale NAC, Altro sintomo o disturbo sessuale nell'uomo).

Problemi Sociali Z

Table with 2 columns: Code (Z01-Z29) and Description (e.g., Povertà/problema economico, Problema approvvigionamento cibo/acqua, Problema di abitazione o vicinato).

Abbreviazioni

Table with 2 columns: Abbreviation and Full Name (e.g., Aliment. Alimentazione, anom. Anomalia, Bronch. Bronchiale).

Traduzione a cura di

Buono Nicola, Caserta
Cavicchi Angelo, Ferrara
Casadei Fabio, Ferrara
Petrazzuoli Ferdinando, Caserta
Capone Alessandro, Henley (UK)
Soler Jean karl, Malta
membro WICC

