



RACCOMANDAZIONI PER LE PRESCRIZIONI FARMACOLOGICHE E INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DEI PRONTUARI TERAPEUTICI AZIENDALI RIVOLTI AGLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL VENETO

Il documento si rivolge ai Medici operanti presso le UU.OO. Tutela Salute delle persone con limitazione della libertà, ai Medici ospedalieri che prendono in carico pazienti detenuti, alle Farmacie ospedaliere e ai Servizi farmaceutici territoriali

Documento licenziato dalla Commissione Tecnica Regionale Farmaci (ex DGR 1462/2023)
nella seduta del 14.2.2024

Data di redazione del documento: Febbraio 2024



INDICE

Introduzione	3
Obiettivo del documento	4
Misuso, diversione e appropriatezza prescrittiva dei farmaci nelle carceri	4
Strategie per limitare il misuso e la diversione dei farmaci	5
Traffic Light System	8
Insonnia	9
Depressione	11
Psicosi	13
Disturbo da uso di sostanze e di alcol	14
Disturbi d'ansia	17
Epilessia	19
Trattamento del dolore acuto e cronico.....	21
Trattamento del dolore neuropatico	23
Prescrizione e distribuzione dei farmaci	24
Conclusioni	29
Bibliografia	30

GRUPPO DI LAVORO PER LA STESURA DEL DOCUMENTO

Il Documento è stato predisposto da:

Centro Regionale di Farmacovigilanza– Prof. Gianluca Trifirò, Dott. Massimo Carollo, Dott.ssa Anna Forti

Direzione Programmazione Sanitaria – Dott. Felice Alfonso Nava

Direzione Farmaceutico-Protetica-Dispositivi Medici – Dott.ssa Giovanna Scroccaro, Dott.ssa Paola Deambrosis, Dott. Alberto Francescon

Versione 1.0

Febbraio 2024



Introduzione

In Italia si contano quasi 60.000 persone in stato di detenzione. La tutela della salute delle persone detenute riveste un'importanza cruciale per molteplici motivi. In primo luogo, studi internazionali hanno evidenziato che la popolazione carceraria è caratterizzata da un'alta prevalenza di gravi patologie. Nonostante si tratti in generale di una popolazione anagraficamente giovane, essa mostra una prevalenza significativamente superiore rispetto alla popolazione generale di disturbi psichici, disturbi da uso di sostanze, malattie infettive e alcune patologie croniche. Per molte persone detenute, l'ingresso in carcere rappresenta la prima occasione concreta per ridurre la propria vulnerabilità sanitaria e per ricevere cure appropriate. Di conseguenza, l'assistenza sanitaria in carcere assume un ruolo fondamentale nella lotta alle disuguaglianze di salute nella nostra società e rappresenta un tema di grande importanza di sanità pubblica.

Le persone detenute tendono ad utilizzare con frequenza elevata e in maniera anche inappropriata i servizi sanitari durante la detenzione per vari motivi che sono legati soprattutto alle difficili condizioni del contesto di detenzione, e per la presenza di preesistenti e precarie condizioni di salute. Queste circostanze possono portare a prescrizioni multiple, giungendo a una condizione di polifarmacoterapia, definita come l'uso regolare e cronico di almeno cinque principi attivi diversi. La polifarmacoterapia è sempre più frequente negli istituti penitenziari, aumentando il rischio di interazioni farmacologiche ed esiti clinici avversi, come ad esempio le reazioni avverse a farmaci.

A ciò si aggiungono due problematiche principali: la cessione del farmaco ad altri (diversione) o uso improprio (misuso) di farmaci prescritti e la presenza nel mercato illecito carcerario di sostanze illegali, anche non rilevabili dai normali test di laboratorio, come le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) e le *designer drugs*, che includono cannabinoidi sintetici, feniletilamine e derivati degli oppioidi. L'implementazione di strategie efficaci per affrontare queste problematiche negli istituti penitenziari è fondamentale per garantire salute e sicurezza alla popolazione con limitazione della libertà.

La Regione del Veneto ha definito nel tempo due documenti rivolti alla sicurezza delle cure negli Istituti penitenziari finalizzati a consentire una omogeneità di accesso alle prestazioni farmaceutiche e a definire standard di sicurezza per i pazienti in trattamento farmacologico (Linee di indirizzo regionale per la prescrizione, l'approvvigionamento e l'erogazione di farmaci e dispositivi medici negli istituti penitenziari", approvato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 82 del 08 aprile 2015; "Linee di indirizzo regionale per l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali per la corretta gestione della terapia farmacologica negli Istituti Penitenziari", approvato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 292 del 7.10.2015). A distanza di quasi dieci anni dall'emanazione dei suddetti indirizzi, si è valutata la necessità di fornire alcune indicazioni volte a migliorare l'impiego dei farmaci comunemente soggetti ad abuso/misuso presso le strutture carcerarie, anche in considerazione delle differenze rilevate nella tipologia di



farmaci forniti dalle Aziende ULSS agli istituti Penitenziari della Regione del Veneto (paragrafo “La distribuzione dei farmaci”).

Obiettivo del documento

L'obiettivo primario di questo documento è fornire ai medici prescrittori operanti presso le UU.OO. Tutela Salute delle persone con limitazione della libertà, informazioni pratiche riguardo i farmaci con potenziale di misuso/diversione, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, ridurre i fenomeni di misuso e diversione e gestire il rischio clinico, fermo restando che la prescrizione rimane un atto di libera scelta e responsabilità del medico in base alle evidenze scientifiche, alle esigenze cliniche del paziente e al contesto.

Il documento rappresenta inoltre un utile riferimento per gli altri professionisti sanitari, inclusi i medici ospedalieri, che devono essere informati sulle possibili criticità legate alla prescrizione farmacologica in ambito carcerario.

Questo documento è stato sviluppato principalmente attraverso una traduzione ed un adattamento al contesto Italiano del documento “*Safer Prescribing in Prisons Guidance for clinicians - Second edition - January 2019*” del *Royal College of General Practitioners*.

Si precisa che gli eventuali usi *off-label* (ovvero per un uso medico al di fuori di quanto riportato nella scheda tecnica del medicinale in rapporto a: indicazione terapeutica; via di somministrazione; modalità di somministrazione; uso in specifiche popolazioni di pazienti) devono essere limitati a casi particolari ed eccezionali e in ogni caso essere gestiti in accordo alle disposizioni nazionali e regionali vigenti.

Misuso, diversione e appropriatezza prescrittiva dei farmaci nelle carceri

Il misuso e la diversione sono due fenomeni distinti, sebbene strettamente interconnessi fra loro e riguardano non solo il contesto carcerario.

Per misuso del farmaco si intende una serie di condizioni quali: l'assunzione della terapia per vie diverse da quelle abituali (es. la somministrazione per via parenterale, intranasale); la presenza di una forma persistente nel tempo di abuso o cattivo uso del farmaco (compresa l'inosservanza della posologia e delle altre modalità prescrittive); la persistente inosservanza da parte del paziente delle indicazioni fornite dal clinico per la conservazione e l'indicazione del farmaco.

Per diversione del farmaco si intende la non assunzione di quest'ultimo da parte del paziente e la cessione o vendita ad altri. Alcune tipologie di farmaci prescritti possono essere utilizzati in modo improprio dalle persone



detenute per varie ragioni legate al contesto e al fatto che molte persone detenute presentano particolari tratti di personalità e patologie compresi fenomeni di antisocialità e devianza.

La diversione e il misuso dei farmaci prescritti presentano diversi rischi, sia per i pazienti che per altre persone detenute, tra cui eventi avversi, reazioni avverse, overdose, interazioni con altre sostanze e disturbi comportamentali legati all'uso di sostanze psicoattive.

Il fenomeno del misuso e della diversione che è presente anche nei contesti comunitari al di fuori del carcere non deve in ogni caso limitare l'uso delle diverse classi di farmaci quando indicati quanto piuttosto l'adozione di determinate misure di contenimento e di mitigazione come suggerite da questo documento. Laddove possibile, è importante utilizzare le opzioni farmacologiche che sono meno soggette a fenomeni di misuso/diversione (vedi paragrafi patologia-specifici), ponendo particolare attenzione all'appropriatezza prescrittiva per specifica indicazione d'uso. Anche in contesti come quello del carcere è fondamentale ricordare l'importanza di utilizzare trattamenti farmacologici appropriati e cioè con rischi associati al trattamento che siano inferiori rispetto ai benefici clinici attesi per quanto concerne la motivazione d'uso.

Strategie per limitare il misuso e la diversione dei farmaci

Le principali azioni per ridurre il fenomeno del misuso e la diversione all'interno del carcere sono il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la relativa adeguata vigilanza da parte dell'Amministrazione Penitenziaria che deve prevenire i comportamenti devianti, di spaccio e di accumulo.

Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva si deve basare:

- sulla conoscenza delle caratteristiche farmacologiche del farmaco (in termini farmacocinetici e farmacodinamici);
- sul dosaggio e la durata dei trattamenti (che devono essere adeguati alla risposta clinica desiderata);
- sull'utilizzo, ove possibile e appropriato, di *abuse deterrent formulation* o di particolari formulazioni come i *long acting* e i *depot*.

I principi fondamentali di una buona prescrizione, per ridurre la diversione e il misuso di farmaci, includono:

- attuare una anamnesi farmacologica completa, seguita da opportuna riconciliazione, durante la visita di primo ingresso in carcere;
- utilizzare la minima dose efficace dei farmaci in base alla risposta clinica desiderata;
- scegliere la via di somministrazione più appropriata sia per la migliore risposta terapeutica che per mitigare il fenomeno del misuso e della diversione. Le preparazioni iniettabili garantiscono di evitare il misuso e la diversione: questo beneficio è da tempo riconosciuto nell'uso dei trattamenti *depot* antipsicotici. È importante sottolineare che tutte le altre formulazioni presentano dei rischi intrinseci di



misuso e diversione. Il cambio di prescrizione da una compressa a rilascio standard a un medicamento liquido ad assunzione supervisionata riduce in linea di massima il rischio di diversione, sebbene in alcuni casi le preparazioni liquide possono essere comunque “occultate” durante la somministrazione, anche se la stessa viene supervisionata, e poi utilizzata per una via di somministrazione impropria come quella endovenosa. Le capsule possono causare problemi in quanto possono essere aperte e il contenuto in polvere o granulare può essere iniettato, sniffato o fumato;

- prevedere la somministrazione dei farmaci dotati di potenziale di misuso/diversione sotto supervisione;
- prevedere la somministrazione, sotto supervisione, dei farmaci per i pazienti che possono avere una bassa aderenza alla terapia;
- prestare particolare attenzione ai pazienti con storia di disturbo da uso di sostanze (in particolare oppioidi) che possono richiedere specifici farmaci (**Tabella 1**) lamentando dolore, ansia o insonnia;
- discutere la prescrizione di farmaci con potenziale misuso/diversione con l'*équipe*.

I soggetti che presentano anche in carcere una più alta probabilità di sviluppo di misuso e diversione sono le persone con problemi della sfera emotiva (con fluttuazioni del tono dell'umore, disforia, ecc.), consumo di sostanze, disturbi di personalità del cluster B (es. personalità antisociale, disturbo borderline), ridotta aderenza e/o *compliance* e/o comportamento deviante.

Durante la visita di primo ingresso in carcere, è cruciale condurre un'accurata anamnesi. Questa dovrebbe includere un'esplorazione dettagliata della storia clinica e farmacologica del paziente, focalizzandosi in particolare su eventuali abusi di sostanze e comportamenti disfunzionali. L'eventuale riconciliazione farmacologica deve seguire le indicazioni contenute in questo documento e quanto già previsto a riguardo dall'Allegato B del decreto del Direttore Generale Area e Sanità Sociale n.84 del 8.4.2015 e successivi aggiornamenti.

Il misuso e la diversione in ambito penitenziario riguardano prevalentemente tre classi di farmaci, che sono: le benzodiazepine, gli oppioidi e i gabapentinoidi. Le benzodiazepine sono farmaci che possono dare abuso e molte persone che entrano in carcere possono assumere elevate dosi di benzodiazepine anche senza prescrizione. Per queste tipologie di persone potrebbe essere presa in considerazione la sostituzione della benzodiazepina assunta per il trattamento dell'ansia con diazepam (che è una benzodiazepina che per le sue caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche ha il minore potenziale d'abuso) per poi eventualmente programmare una terapia a scalare del farmaco. In generale, la dose di diazepam (magari nella formulazione in gocce) che si può somministrare alle persone che entrano in carcere e che assumono grandi quantità di benzodiazepine, è di 10 mg/die (la dose massima giornaliera è di 30 mg/die); partendo da questo dosaggio, si può successivamente programmare una riduzione del farmaco di 2 mg/settimana.

**Allegato A al Decreto n. 67 del 26 aprile 2024****pag. 7/31**

Gli oppioidi, quando prescritti per il trattamento della terapia agonista nei tossicodipendenti, o quando prescritti per la terapia del dolore, devono essere garantiti a tutte le persone che entrano in carcere e ne hanno bisogno, sia al fine di garantire la continuità delle cure sia come nuovi trattamenti, laddove appropriati. In nessun caso, nel contesto penitenziario, deve essere negato l'utilizzo delle terapie agoniste ai dosaggi adeguati e anche a mantenimento. L'utilizzo appropriato di questa categoria di farmaci segue le indicazioni contenute nel presente documento.

Il gabapentin e il pregabalin sono in grado di attivare potentemente il sistema dopaminergico e possono causare dipendenza con meccanismi che non sono ancora del tutto conosciuti per cui il loro utilizzo, come verrà specificato in seguito, non è raccomandato all'interno del carcere. Alcune persone potrebbero entrare in carcere con l'assunzione in corso di questi farmaci la cui interruzione può causare astinenza. In questi casi è consigliabile una terapia a scalare del farmaco "gabapentinoide" piuttosto che la sua brusca interruzione e la sua sostituzione con l'uso di benzodiazepine.

Un'opportunità per limitare l'uso improprio dei farmaci risiede nel controllo rigoroso della loro distribuzione e somministrazione, anche attraverso la supervisione da parte degli Agenti di Polizia Penitenziaria, il cui compito è di prevenire e controllare i comportamenti che portano le persone detenute all'occultamento, allo scambio, alla vendita e all'accumulo dei farmaci.

In caso di sospetta intossicazione acuta da farmaci, contattare prontamente il 118 e il Centro Antiveleni di Verona (**800 011 858**).

Tabella 1. Principali farmaci a rischio di potenziale misuso/diversione negli istituti penitenziari. La tabella riporta anche l'eventuale disponibilità di formulazioni iniettive o soluzioni orali. A parità di indicazione terapeutica e principio attivo, tenuto conto del contesto particolare, è sempre da preferire la formulazione classificata in fascia A.

Principio attivo	Disponibili formulazioni iniettive o soluzioni orali
Benzodiazepine Es. Delorazepam Diazepam Lorazepam Alprazolam Triazolam	Sì, soluzione orale e/o soluzione iniettabile
Biperidene	Sì, soluzione iniettabile
Buprenorfina	Sì, soluzione iniettabile a rilascio prolungato e film sublinguale buprenorfina/naloxone
Bupropione	No
Clonazepam	Sì, soluzione orale
Destrometorfano	Sì, sciroppo/soluzione orale
Diidrocodina	Sì, sciroppo/soluzione orale
Lormetazepam	Sì, soluzione orale






Principio attivo	Disponibili formulazioni iniettive o soluzioni orali
Paracetamolo/Codeina	Sì, granulato/comprese effervescenti
Pregabalin	Sì, soluzione orale
Quetiapina	No
Scopolamina N-butilbromuro	Sì, soluzione iniettabile
Tapentadolo	Sì, soluzione orale
Tramadolo	Sì, soluzione orale e soluzione iniettabile
Zolpidem	Sì, soluzione orale

Traffic Light System

Nelle pagine seguenti, verranno esaminati i farmaci più comunemente soggetti ad abuso nelle strutture penitenziarie.

Di seguito lo schema “a semaforo” che è stato utilizzato per la valutazione del potenziale di misuso/diversione dei farmaci, nel contesto della medicina penitenziaria.

	Verde: farmaci che comportano un rischio minore di misuso/diversione. Dopo aver valutato l'appropriatezza prescrittiva, sono da considerare come prima scelta.
	Giallo: farmaci da considerare come trattamento di seconda scelta. Motivazioni possono includere l'insuccesso terapeutico, controindicazioni o reazioni avverse alle terapie di prima scelta. Questi farmaci hanno un potenziale di abuso riconosciuto. In talune circostanze limitate i farmaci gialli possono essere prescritti come trattamento farmacologico di prima linea.
	Rosso: sono generalmente considerati non raccomandati per la prescrizione nelle carceri per il loro potenziale di abuso. Dovrebbero essere prescritti solo quando non sono disponibili alternative più efficaci e sicure e la loro somministrazione deve essere sempre supervisionata.

**Insonnia****Considerazioni specifiche**

- La valutazione dell'insonnia è importante per identificare durata, tipologia (es. difficoltà nell'addormentamento, frequenti risvegli, risveglio precoce, ecc.), possibili cause, effetti sul funzionamento diurno. All'interno degli Istituti Penitenziari per le condizioni di vita e di detenzione l'insonnia può essere molto comune e non gestibile con indicazioni di tipo comportamentale;
- La sedazione notturna (e a volte anche diurna) è frequentemente richiesta dalle persone in detenzione. La prescrizione per l'insonnia pertanto dovrebbe essere limitata a cicli brevi, mentre dovrebbe essere evitata la sedazione diurna;
- È importante considerare che i pazienti in fase di astinenza da sostanze e alcol così come quelli che hanno recentemente concluso un trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppiacei, tendono frequentemente a manifestare insonnia.

	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per l'insonnia	Considerazioni
	Prometazina	Come sedativo ipnotico e per le turbe emotive di lieve entità.	Prima linea farmacologica. L'effetto ipnotico potrebbe diminuire entro le due settimane di trattamento. Valutare l'utilizzo ciclico (es. 7 giorni seguiti da 2 settimane di pausa, oppure 3 giorni a settimana).
	Idrossizina	Trattamento a breve termine degli stati ansiosi negli adulti.	Può essere utilizzata per l'effetto ipnoinducente e utile soprattutto per i pazienti con insonnia secondaria a stati ansiosi. L'effetto ipnotico potrebbe diminuire entro le due settimane di trattamento. Valutare l'utilizzo ciclico (es. 7 giorni seguiti da 2 settimane di pausa, oppure 3 giorni a settimana).
	Melatonina	A rilascio prolungato (RP): monoterapia per il trattamento a breve termine dell'insonnia primaria caratterizzata da una qualità del sonno scadente in pazienti da 55 anni di età in poi.	Non presenta profili di abuso. Di difficile utilizzo nel contesto penitenziario dove l'insonnia è spesso conseguenza delle difficili condizioni ambientali.
	Zopiclone	Trattamento a breve termine dell'insonnia negli adulti.	Di seconda linea nel trattamento dell'insonnia.
	Zolpidem	Trattamento a breve termine dell'insonnia.	Vedi zopiclone.
	Mirtazapina	Trattamento di episodi di depressione maggiore	Utilizzata <i>off-label</i> nel trattamento dell'insonnia per le proprietà ansiolitiche e sedative (al dosaggio di 15 mg).
	Trazodone	Trattamento dei disturbi depressivi con o senza componente ansiosa negli adulti.	Utilizzato <i>off-label</i> nel trattamento dell'insonnia per l'effetto sedativo a bassi dosaggi (50-150 mg).



	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per l'insonnia	Considerazioni
	Benzodiazepine a media-breve emivita Es: Oxazepam Lorazepam Alprazolam Triazolam	Insonnia di breve durata	Devono essere sempre prescritti con cautela, per il periodo di tempo strettamente necessario, con dosaggi appropriati e somministrati con supervisione. Nei casi di dipendenza si deve prevedere uno scalaggio graduale del farmaco prima della sua sospensione.
	Benzodiazepine a lunga emivita Es: Lormetazepam Clonazepam Flunitrazepam Delorazepam Diazepam	Insonnia di breve durata	Evitare la prescrizione di benzodiazepine a lunga emivita per l'insonnia.
	Quetiapina	Trattamento della schizofrenia e del disturbo bipolare e trattamento aggiuntivo di episodi depressivi maggiori.	Utilizzato <i>off-label</i> nel trattamento dell'insonnia. Se non vi sono alternative terapeutiche per il trattamento dell'insonnia, prescrivere un dosaggio basso (50-100 mg) per il minor tempo possibile.



Depressione

Considerazioni specifiche

- Durante la visita di primo ingresso in carcere la persona viene sottoposta a specifica valutazione psicologica secondo quelle che sono le procedure condivise a livello nazionale e regionale fra Area Sanitaria e Amministrazione Penitenziaria;
- Il rischio di autolesionismo e suicidio va gestito sempre con un approccio congiunto tra il personale sanitario e quello dell'Amministrazione Penitenziaria;
- In ambito penitenziario l'eventuale deflessione del tono dell'umore e gli episodi di suicidio non sono sempre correlati a situazioni psicopatologiche;
- Gli adulti al di sotto dei 30 anni sono particolarmente a rischio di autolesionismo e pensieri suicidari all'inizio della terapia antidepressiva, pertanto dovrebbero essere monitorati attentamente da parte dei sanitari e del personale dell'Amministrazione Penitenziaria secondo le procedure in essere;
- La prescrizione di farmaci antidepressivi avviene generalmente solo per la depressione moderata o grave in combinazione con interventi psicologici da parte degli specialisti;
- Gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono gli antidepressivi di prima linea perché sono meglio tollerati e più sicuri in caso di sovradosaggio
- Le formulazioni liquide sono di base raccomandate dove possibile, poiché sono meno facilmente occultabili e meno soggette ad abuso o diversione.

	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per la depressione	Considerazioni
	Fluoxetina	Episodi di depressione maggiore, disturbo ossessivo-compulsivo, bulimia nervosa.	Può essere un farmaco di prima linea.
	Sertralina	Episodi depressivi maggiori. Prevenzione della ricorrenza di episodi depressivi maggiori.	Può essere un farmaco di prima linea.
	Citalopram	Sindromi depressive endogene e prevenzione delle ricadute e delle ricorrenze.	Può essere un farmaco di prima linea.
	Escitalopram	Trattamento degli episodi depressivi maggiori.	Può essere un farmaco di prima linea.
	Paroxetina	Episodio di depressione maggiore.	Può essere un farmaco di seconda linea.
	Venlafaxina	Trattamento degli episodi di depressione maggiore. Prevenzione delle ricorrenze degli episodi di depressione maggiore.	Può essere un farmaco di seconda linea. Deve essere usato con cautela per via della minore tollerabilità rispetto ad altri antidepressivi e per l'aumentato rischio di eventi avversi come ad esempio sintomi di astinenza in caso di sospensione brusca.



	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per la depressione	Considerazioni
	Trazodone	Trattamento dei disturbi depressivi con o senza componente ansiosa negli adulti.	Può essere un farmaco di seconda linea. Deve essere usato con cautela perché può causare sedazione e diversione.
	Mirtazapina	Trattamento di episodi di depressione maggiore.	Può essere un farmaco di seconda linea. Deve essere usato con cautela perché può causare effetti potenzialmente tossici. Può dare sedazione e pertanto diversione.
	Amitriptilina	Trattamento del disturbo depressivo maggiore negli adulti.	Non è raccomandato nel contesto penitenziario in quanto poco maneggevole e se assunto in maniera incongrua può essere tossico. Nelle forme di depressione grave/resistente o con sintomi melanconici non responsive agli SSRI, considerare l'utilizzo di altri antidepressivi triciclici come la nortriptilina.
	Dosulepina	Trattamento degli stati depressivi e della componente ansiosa spesso associata alla patologia depressiva.	Non è raccomandato nel contesto penitenziario in quanto se assunto in maniera incongrua può essere tossico.
	Bupropione	Trattamento degli episodi di depressione maggiore negli adulti.	Può essere un farmaco di seconda linea. Non è raccomandato in ambito penitenziario per il suo potenziale abuso.
	Quetiapina	Trattamento del disturbo bipolare: per il trattamento degli episodi maniacali associati a bipolarismo da moderati a severi, per il trattamento degli episodi depressivi maggiori associati al disturbo bipolare e per la prevenzione delle ricadute nei pazienti il cui episodio maniacale o depressivo ha risposto al trattamento con quetiapina. Trattamento aggiuntivo di episodi depressivi maggiori nei pazienti con disturbo depressivo maggiore che hanno avuto una risposta sub-ottimale alla monoterapia con antidepressivi.	Evitare la prescrizione a causa del rischio elevato di misuse e diversione.



Psicosi

Considerazioni specifiche

- La diagnosi e il trattamento delle psicosi e della schizofrenia sono sempre di competenza specialistica;
- I farmaci antipsicotici con proprietà sedative come alcuni atipici (es. quetiapina, olanzapina) possono indurre misuso e diversione;
- Alcuni farmaci antipsicotici necessitano di monitoraggio terapeutico e clinico;
- Quando indicato sono preferibili i trattamenti antipsicotici *long acting/depot*, sia per migliorare l'aderenza e sia per ridurre il fenomeno del misuso e della diversione;
- I farmaci anticolinergici utilizzati per contrastare gli effetti della sindrome extrapiramidale secondaria all'uso di sostanze neurolettiche possono essere richiesti da particolari categorie di persone come i consumatori di sostanze e utilizzati con finalità di abuso.

	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica	Considerazioni
	Farmaci antipsicotici	Riconoscono varie classi di farmaci che sono prescritti dagli specialisti.	Alcuni farmaci antipsicotici atipici come la quetiapina e l'olanzapina possono avere un potenziale di abuso e diversione. I neurolettici classici e la clozapina necessitano di monitoraggio clinico periodico.



Disturbo da uso di sostanze e di alcol

Considerazioni specifiche

- Lo *screening* per l'uso e l'abuso di alcol e sostanze stupefacenti illecite o prescritte dovrebbe avvenire durante la visita di primo ingresso in carcere, in particolare per le persone che si dichiarano consumatori di sostanze o si sospettano come tali e previo consenso informato;
- I soggetti che durante la visita di primo ingresso in carcere presentano una sindrome astinenziale devono ricevere un adeguato trattamento farmacologico *evidence-based*;
- I farmaci agonisti come il metadone e la buprenorfina sono quelli di prima scelta per il trattamento farmacologico della dipendenza da oppiacei/oppioidi. Le formulazioni *abuse deterrent* e/o *long acting* hanno un minore potenziale di abuso;
- Nei pazienti con storia di disturbo da uso di sostanze evitare di prescrivere farmaci che possono creare dipendenza o che hanno un elevato rischio di misuso/diversione;
- L'utilizzo di farmaci sintomatici per la disintossicazione da sostanze e alcol in ambiente carcerario dovrebbe essere considerato come un'opzione di seconda scelta rispetto alle terapie agoniste. L'impiego di benzodiazepine e sodio oxibato, a causa delle sfide legate alla gestione e al disagio che possono causare al paziente, richiede una valutazione attenta. In ogni caso, tali farmaci devono essere prescritti in conformità alle migliori pratiche cliniche;
- Ai pazienti tossicodipendenti o che hanno consumato sostanze e/o alcol le terapie benzodiazepiniche devono essere utilizzate con cautela evitando l'uso di benzodiazepine a elevato potenziale d'abuso come il lormetazepam e il clonazepam (quest'ultimo ha indicazioni come anticonvulsivante). A tutte le persone detenute e in particolare ai consumatori di sostanze non è raccomandato l'uso di farmaci "gabapentinoidi";
- I farmaci per il trattamento delle dipendenze e dell'astinenza sono di gestione specialistica.

	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per le dipendenze	Considerazioni
	Acamprosato	Indicato per il mantenimento dell'astinenza nel paziente alcoldipendente. Deve essere associato ad un sostegno psicologico.	Il farmaco è indicato solo in selezione categorie di pazienti e non è un farmaco di prima linea nel trattamento della dipendenza da alcol nel contesto penitenziario.
	Nalmefene	Indicato per la riduzione del consumo di alcool in pazienti adulti con dipendenza da alcool che hanno livelli di consumo ad elevato rischio, senza sintomi fisici da sospensione e che non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Deve essere prescritto solo congiuntamente ad un supporto psicosociale continuativo e deve essere iniziato solo in	Il farmaco è indicato solo in selezione categorie di pazienti e non è un farmaco di prima linea nel trattamento della dipendenza da alcol. Deve essere utilizzato con cautela



		pazienti che continuano ad avere un livello di consumo ad elevato rischio due settimane dopo la valutazione iniziale.	nei pazienti con gravi epatopatie. Cautela nei pazienti che assumono metadone per un potenziale prolungamento del tratto QT.
Naltrexone		Terapia di prevenzione e nel mantenimento della disintossicazione dagli oppiacei in consumatori di oppiacei non attivi. Terapia per la dipendenza da alcol, al fine di ridurre il rischio di recidiva, di favorire l'astinenza e di ridurre il bisogno di assumere bevande alcoliche durante le fasi iniziali della cura.	Il farmaco è indicato solo in selezione categorie di pazienti e non è un farmaco di prima linea nel trattamento della dipendenza da oppiacei o alcol.
Tiaprìde*		È utilizzato nei disturbi del comportamento dovuti ad astinenza da alcol (sindromi alcoliche acute e croniche).	È utilizzato nel trattamento delle sindromi acute e croniche da alcol.
Disulfiram		Mantenimento dell'astinenza e prevenzione delle ricadute.	Il farmaco ha elevate potenzialità tossiche specie se ceduto ad altri. Cautela nell'uso in ambiente penitenziario.
Metadone Levometadone		Terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi in pazienti adulti, nell'ambito di un trattamento medico, sociale e psicologico.	È consigliabile iniziare la terapia con metadone ad un basso dosaggio e aumentarlo in base alla risposta del paziente e fino alla scomparsa dei segni e sintomi d'astinenza e/o del <i>craving</i> . Il farmaco può essere utilizzato anche a mantenimento. La somministrazione del farmaco deve essere supervisionata. Il levometadone può essere consigliato alle persone che ricevono dosaggi elevati e presentano importanti patologie cardiovascolari o interazioni farmacologiche clinicamente rilevanti con il metadone (es. farmaci con che allungano il tratto QT). Cautela nell'uso all'interno del carcere delle compresse di metadone se non rivestite.
Diazepam Oxazepam		- Trattamento sintomatico della sindrome da astinenza da alcol	Utilizzabili per il trattamento della sindrome da astinenza da alcol. Hanno un potenziale rischio di sviluppo di dipendenza, abuso e diversione. Preferire formulazioni parenterali.



			Evitare l'uso di benzodiazepine a elevato potenziale d'abuso come il lormetazepam e il clonozepam.
	Sodio oxibato	Trattamento della sindrome astinenziale da alcol etilico.	Il farmaco deve essere somministrato sotto supervisione.
	Buprenorfina/naloxone	Trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppiacei/oppioidi, nell'ambito di un trattamento medico, sociale e psicologico. L'obiettivo del componente naloxone è scoraggiare l'uso improprio per via endovenosa.	È consigliabile iniziare la terapia con buprenorfina ad un basso dosaggio e aumentarlo in base alla risposta del paziente e fino alla scomparsa dei segni d'astinenza e/o del <i>craving</i> . La somministrazione del farmaco deve essere supervisionata. La buprenorfina essendo un agonista parziale ha un rischio più basso degli agonisti pieni di determinare overdose. La combinazione buprenorfina/naloxone e/o la formulazione film e/o i <i>long acting</i> riducono il rischio di misuso/diversione.
	Buprenorfina	Trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppiacei/oppioidi, nell'ambito di un trattamento medico, sociale e psicologico.	Evitare l'utilizzo a causa del più elevato potenziale d'abuso. La combinazione buprenorfina/naloxone e/o la formulazione film e/o i <i>long acting</i> riducono il rischio di misuso/diversione.

*Per la sola specialità SEREPRILE® unica ad oggi autorizzata con questa indicazione 02/2024

**Disturbi d'ansia***Considerazioni specifiche*

- L'ansia può essere innescata o esacerbata dall'ambiente carcerario;
- L'ansia può essere gestita dai consumatori di sostanze con auto-medicazione con droghe illecite o alcol;
- Se è necessario un farmaco per un disturbo d'ansia, gli SSRI sono la scelta di prima linea. Le benzodiazepine non dovrebbero essere prescritte su base regolare e continua.

	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica nei disturbi d'ansia	Considerazioni
	Fluoxetina	Trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo.	Particolarmente indicato nel trattamento dell'ansia associata a un disturbo ossessivo compulsivo.
	Sertralina	Disturbo da attacchi di panico, associato o meno ad agorafobia. Disturbo ossessivo-compulsivo in pazienti adulti. Disturbo da ansia sociale. Disturbo post-traumatico da stress.	Particolarmente indicato negli attacchi di panico.
	Citalopram	Disturbi d'ansia con crisi di panico, con o senza agorafobia.	Particolarmente indicato negli attacchi di panico. Cautela nei pazienti che assumono metadone per un potenziale prolungamento del tratto QT.
	Escitalopram	Trattamento del disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia. Trattamento del disturbo d'ansia sociale (fobia sociale). Trattamento del disturbo d'ansia generalizzato. Trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo.	Particolarmente indicato nel disturbo da ansia generalizzata, nel disturbo ossessivo compulsivo, nel disturbo da attacco di panico e nel disturbo da ansia sociale.
	Paroxetina	Disturbo ossessivo/compulsivo. Disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia. Disturbo d'ansia sociale/fobia sociale. Disturbo d'ansia generalizzato. Disturbo da stress post-traumatico.	Particolarmente indicato nell'ansia sociale, nel PTSD, nel disturbo da ansia generalizzata, nel disturbo ossessivo compulsivo, nel disturbo da attacchi di panico.
	Duloxetina	Trattamento del disturbo d'ansia generalizzato.	Particolarmente indicato nel disturbo da ansia generalizzata.
	Clomipramina	Sindromi ossessivo-compulsive, fobie, attacchi di panico.	Particolarmente indicato nelle fobie e negli stati ossessivi. È raccomandata la consulenza specialistica.
	Venlafaxina	Trattamento del disturbo d'ansia generalizzata. Trattamento del disturbo d'ansia sociale. Trattamento del disturbo da panico, con o senza agorafobia.	Particolarmente indicato nei disturbi da ansia



	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica nei disturbi d'ansia	Considerazioni
			generalizzata e nell'ansia sociale.
	Clorpromazina	Disturbi d'ansia se particolarmente gravi e resistenti alla terapia con ansiolitici tipici.	Particolarmente indicato per un limitato periodo di tempo nell'ansia severa, nell'agitazione, nei comportamenti violenti e aggressivi.
	Benzodiazepine Es: Lormetazepam Clonazepam Flunitrazepam Delorazepam Diazepam Oxazepam Lorazepam Alprazolam Triazolam	Trattamento sintomatico a breve termine dell'ansia.	Devono essere sempre prescritti con cautela, per il periodo di tempo strettamente necessario, con dosaggi appropriati e somministrati con supervisione. Nei casi di dipendenza si deve prevedere uno scalaggio graduale del farmaco prima della sua sospensione. Evitare l'uso di benzodiazepine con elevato potenziale d'abuso come il lormetazepam e il clonazepam.
	Pregabalin Gabapentin	Trattamento del dolore neuropatico periferico e centrale negli adulti. Terapia aggiuntiva negli adulti con attacchi epilettici parziali in presenza o in assenza di generalizzazione secondaria. Trattamento del disturbo d'ansia generalizzata negli adulti. [solo pregabalin]	Utilizzo non raccomandato in carcere per la gestione dell'ansia a causa dell'alto rischio di misuso/diversione (ancora maggiore per il pregabalin) e dipendenza.
	Altri antidepressivi triciclici e antistaminici sedativi	Utilizzati per il trattamento di stati ansiosi e/o di turbe emotive di lieve entità.	Utilizzo non raccomandato per la gestione dell'ansia a causa del rischio di misuso/diversione o per la presenza di alternative terapeutiche più efficaci e sicure.



Epilessia

Considerazioni specifiche

- Alcuni farmaci anti-epilettici hanno effetti collaterali sedativi, ansiolitici o euforizzanti e sono a rischio di misuso/diversione;
- Il *management* dell'epilessia deve essere gestita dallo specialista neurologo, anche in considerazione del fatto che molti composti sono poco maneggevoli.

	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per l'epilessia	Considerazioni
	Carbamazepina	Epilessie (psicomotorie o temporali, crisi generalizzate tonico-cloniche, forme miste, crisi focali). Di norma non agisce sul piccolo male (assenze) e sugli attacchi mioclonici. Stati convulsivi dell'infanzia.	Farmaco di prima linea.
	Valproato di sodio	Epilessia generalizzata primaria: attacchi convulsivi (di tipo clonico, tonico, tonico-clonico, mioclonico) e non convulsivi o assenze. Epilessia parziale: convulsioni semplici o complesse. Convulsioni generalizzate secondarie. Trattamento di attacchi convulsivi di tipo misto ed epilessia generalizzata idiopatica e/o sintomatica (West e Lennox-Gastaut).	Farmaco di prima linea.
	Lamotrigina	Monoterapia o trattamento aggiuntivo delle crisi parziali e delle crisi generalizzate, incluse le crisi tonico-cloniche; crisi associate alla sindrome di Lennox-Gastaut; monoterapia delle crisi di assenza tipiche.	Farmaco di prima linea.
	Etosuccimide	Piccolo male epilettico.	Prima linea.
	Fenitoina	È indicata per il controllo delle epilessie generalizzate primarie, escluso il piccolo male, e delle crisi parziali.	Necessita di monitoraggio terapeutico.
	Levetiracetam	Indicato come monoterapia nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria in adulti ed adolescenti a partire dai 16 anni di età con epilessia di nuova diagnosi. Terapia aggiuntiva: - nel trattamento delle crisi ad esordio parziale con o senza secondaria generalizzazione in adulti, adolescenti, bambini ed infanti a partire da 1 mese di età con epilessia; - nel trattamento delle crisi miocloniche in adulti ed adolescenti a partire dai 12 anni di età con Epilessia Mioclonica Giovanile; nel trattamento delle crisi tonico-cloniche generalizzate primarie in adulti ed adolescenti a partire dai 12 anni di età con Epilessia Generalizzata Idiopatica.	Da utilizzare con cautela in quanto sono stati riportati casi di aggressione, irritabilità, ansia, depressione e suicidio.
	Topiramato	Monoterapia negli adulti, negli adolescenti e nei bambini di età superiore ai 6 anni con crisi parziali con o senza generalizzazione secondaria, e crisi tonico-cloniche generalizzate primarie. Terapia aggiuntiva nei bambini a partire dai 2 anni di età, negli adolescenti e negli adulti con crisi di origine parziale, con o senza generalizzazione secondaria o crisi tonico-cloniche generalizzate primarie e per il trattamento di crisi associate alla sindrome di Lennox-Gastaut.	Da utilizzare con cautela in quanto sono stati riportati casi di aggressione, irritabilità, ansia, depressione e suicidio. Non raccomandato durante la gravidanza.



	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per l'epilessia	Considerazioni
	Zonisamide	Monoterapia nel trattamento di crisi epilettiche parziali, con o senza generalizzazione secondaria, in adulti con epilessia di nuova diagnosi. Terapia aggiuntiva nel trattamento di crisi epilettiche parziali, con o senza generalizzazione secondaria, in adulti, adolescenti e bambini a partire da 6 anni di età.	Da utilizzare con cautela in quanto sono stati riportati casi di perdita di peso, agitazione, confusione, insonnia, psicosi, ecc. Non raccomandato durante la gravidanza.
	Pregabalin Gabapentin	Terapia aggiuntiva negli adulti con attacchi epilettici parziali in presenza o in assenza di generalizzazione secondaria.	Non raccomandato a causa dell'alto rischio di misuso/diversione (ancora maggiore per il pregabalin) e dipendenza. Da utilizzare solo in assenza di alternative.
	Clonazepam	La maggior parte delle forme cliniche epilettiche nel neonato e nel bambino. In particolare: <ul style="list-style-type: none">- piccolo male tipico o atipico;- crisi tonico-cloniche generalizzate, primarie o secondarie;- stato di male in tutte le sue espressioni cliniche. È inoltre indicato nell'epilessia dell'adulto e nelle crisi focali.	Non raccomandato a causa dell'alto rischio di misuso/diversione e dipendenza. Da utilizzare solo in assenza di alternative.
	Fenobarbital	È indicato nelle convulsioni tonico-cloniche del grande male e nelle convulsioni corticali focali. Può essere usato nella detossificazione dal barbiturismo cronico. È indicato come sedativo generale, con particolare riguardo all'epilessia e a tutte le condizioni che richiedono una sedazione di lunga durata. Può essere usato anche come ipnotico.	Non raccomandato a causa dell'alto rischio di misuso/diversione e dipendenza. Da utilizzare solo in assenza di alternative.

**Trattamento del dolore acuto e cronico***Considerazioni specifiche*

- Utilizzare analgesici oppioidi solo nei casi recidivi al paracetamolo/FANS.

	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per il dolore acuto o cronico	Considerazioni
■	Paracetamolo	Trattamento sintomatico delle affezioni dolorose di ogni genere (ad esempio, mal di testa, mal di denti, torcicollo, dolori articolari e lombosacrali, dolori mestruali, piccoli interventi chirurgici).	Analgesico di prima linea nel dolore acuto. Assicurarsi che venga prescritto alla dose massima prima di utilizzare altri farmaci per il dolore (massimo 3 g/die).
■	Antinfiammatori non steroidei (FANS), compresi gli inibitori della COX-2	I FANS compresi gli inibitori della COX-2 negli adulti per il trattamento sintomatico a breve termine del dolore acuto moderato e per il trattamento sintomatico a breve termine della febbre. Trattamento sintomatico del dolore e infiammazione nelle malattie artritiche (ad es. artrite reumatoide), condizioni artritiche degenerative (ad es. osteoartrite).	Prescrivere il dosaggio più basso possibile per il periodo più breve possibile. Prima di considerare una terapia analgesica più potente, utilizzare l'associazione FANS+paracetamolo ai massimi dosaggi. Quando possibile, ad esempio nei casi di dolore localizzato, preferire l'utilizzo di formulazioni topiche (es. gel). Da preferire ibuprofene e naprossene. Cautela nell'uso del diclofenac e ketorolac (indicato solamente per il dolore post-chirurgico a brevissimo termine – massimo 2 giorni – e del dolore dovuto a coliche renali) per il potenziale ma elevato rischio di reazioni avverse gravi.
■	Paracetamolo/codeina	Trattamento sintomatico del dolore da moderato a severo che non risponde al trattamento con analgesici non-oppioidi utilizzati da soli. La codeina è indicata nei pazienti di età superiore ai 12 anni per il trattamento del dolore moderato acuto che non è adeguatamente controllato da altri analgesici come il paracetamolo o ibuprofene (da solo).	Cautela nella prescrizione a pazienti con storia di abuso di sostanze. La somministrazione deve essere supervisionata.
■	Tramadolo	Trattamento sintomatico del dolore da moderato a severo negli adulti e negli adolescenti di 12 anni di età e oltre.	Cautela nella prescrizione a pazienti con storia di abuso di sostanze. Preferire la formulazione in gocce. La somministrazione deve essere supervisionata.
■	Tapentadolo	Trattamento del dolore cronico severo che può essere trattato in modo adeguato solo con analgesici oppioidi.	Cautela nella prescrizione a pazienti con storia di abuso di sostanze. La somministrazione deve essere supervisionata.
■	Ossicodone	Dolore intenso gestibile in maniera adeguata solo con analgesici oppioidi.	Potenziale d'abuso elevato. Da prescrivere previa consulenza specialistica e solo in assenza di alternative efficaci.
■	Morfina	Remissione dei dolori prolungati e gravi che richiedono l'uso prolungato di narcotici.	Potenziale d'abuso elevato. Da prescrivere previa consulenza



	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per il dolore acuto o cronico	Considerazioni
		Dolori cronici intensi e/o resistenti agli altri antidolorifici, in particolare dolori di origine cancerosa.	specialistica e solo in assenza di alternative efficaci.
	Oppioidi transdermici (fentanyl, buprenorfina)	Nel dolore cronico grave che può essere adeguatamente gestito solo con analgesici oppiacei. [Fentanyl] Trattamento del dolore non maligno di intensità moderata quando è necessario un oppioide per ottenere un'analgesia adeguata. Non è adatto per il trattamento del dolore acuto ed è indicato negli adulti. [Buprenorfina]	Potenziale d'abuso elevato. Da prescrivere previa consulenza specialistica.

**Trattamento del dolore neuropatico***Considerazioni specifiche*

- È necessario prestare particolare attenzione nella prescrizione dei farmaci gabapentinoidi. La somministrazione di tali farmaci a pazienti in carcere dovrebbe essere limitata, e una revisione della terapia farmacologica è raccomandata per tutti i pazienti che seguono tale trattamento;
- Il trattamento del dolore neuropatico deve essere gestito da uno specialista del dolore.

	Farmaco	Indicazioni d'uso secondo scheda tecnica per il dolore neuropatico	Considerazioni
	Duloxetina	Trattamento del disturbo depressivo maggiore. Trattamento del dolore neuropatico diabetico periferico. Trattamento del disturbo d'ansia generalizzato.	Basso potenziale di misuso/diversione.
	Amitriptilina	Trattamento del dolore neuropatico negli adulti. Profilassi della cefalea tensiva cronica negli adulti. Profilassi dell'emicrania negli adulti.	Sono segnalati casi in cui i pazienti hanno accumulato e assunto una quantità eccessiva del farmaco, con conseguente overdose fatale.
	Carbamazepina	Nevralgie essenziali del trigemino.	Potenziale intermedio di misuso/diversione.
	Tramadolo	Trattamento sintomatico del dolore da moderato a severo negli adulti e negli adolescenti di 12 anni di età e oltre.	Agendo sulla ricaptazione di serotonina e noradrenalina può risultare efficace nel dolore neuropatico, seppur trattasi di un farmaco non di prima linea. Cautela nella prescrizione a pazienti con storia di abuso di sostanze. Preferire la formulazione in gocce. La somministrazione deve essere supervisionata.
	Pregabalin Gabapentin	Trattamento del dolore neuropatico periferico e centrale negli adulti.	Non raccomandato a causa dell'alto rischio di misuso/diversione (ancora maggiore per il pregabalin) e dipendenza. Da prescrivere previa consulenza specialistica. Da utilizzare esclusivamente in assenza di alternative efficaci.

**Prescrizione e distribuzione dei farmaci**Il contesto regionale

Nella Regione Veneto sono presenti 9 istituti penitenziari territorialmente afferenti a 7 diverse Aziende ULSS (**Tabella 2**), per un totale di 2854 soggetti detenuti, su una capienza massima prevista di 1904 posti (Fonte dati: Ministero della Giustizia- dati al 30.6.2023).

Tabella 2. Istituti Penitenziari Regione Del Veneto (Fonte dati: Ministero della Giustizia, aggiornamento al 30.6.2023)

AULSS	Istituto Penitenziario	N. Detenuti
1 Dolomiti	Casa Circondariale di Belluno	88
2 Marca Trevigiana	Casa Circondariale Treviso	214
	Istituto Penale Minorenni di Treviso	12
3 Serenissima	Casa di Reclusione Femminile	80
	Casa circondariale "Santa Maraia Maggiore"	222
5 Polesana	Casa Circondariale Rovigo	229
6 Euganea	Casa Circondariale	132
	Casa di Reclusione	616
8 Berica	Casa Circondariale Vicenza	365
9 Scaligera	Casa Circondariale Montorio	526

Alla luce delle indicazioni contenute nel presente documento, è stata fatta una analisi sui consumi rilevati nel 2023 (gen-sett 2023) nelle strutture carcerarie della Regione del Veneto (**Tabella 3**). Tra i farmaci a più alto consumo, si rilevano le benzodiazepine e farmaci antidolorifici (paracetamolo e FANS), oltre al metadone impiegato nella dipendenza da oppiacei/oppioidi.

Tabella 3. Primi 20 principi attivi erogati agli Istituti Penitenziari, per consumo (n.confezioni), gen-sett 2023

Principio attivo	N. Confezioni
DIAZEPAM	22014
METADONE	15780
TRIAZOLAM	13081
LORAZEPAM	12814
ALPRAZOLAM	11746
PARACETAMOLO	7164
OMEPRAZOLO	6226
IBUPROFENE	5148
PANTOPRAZOLO	4904
DICLOFENAC	4712



CLONAZEPAM	4286
QUETIAPINA	4266
PROMAZINA	3058
RAMIPRIL	3025
AMOXICILLINA ED INIBITORE DELLE BETA-LATTAMASI	3016
METFORMINA	2633
ATORVASTATINA	2166
AMLODIPINA	2152
MIRTAZAPINA	2139

Fonte dati: DWH, DDF3- distribuzione diretta (estrazione al 28.12.2023)

Per i principali farmaci comunemente soggetti a misuso/diversione, è stato quindi effettuato un conforto tra le diverse Aziende ULSS (**Tabella 4**).

Tabella 4. Farmaci distribuiti dalle Aziende ULSS agli istituti penitenziari per principio attivo, anno 2023.

ATC	Azienda ULSS 1 Dolomiti	Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana	Azienda ULSS 3 Serenissima	Azienda ULSS 5 Polesana	Azienda ULSS 6 Euganea	Azienda a ULSS 8 Berica	Azienda ULSS 9 Scaligera
N02AA. ALCALOIDI NATURALI DELL'OPPIO							
MORFINA	ND	ND	ND	D	ND	ND	ND
OXICODONE	ND	D	D	ND	ND	ND	ND
OXICODONE E NALOXONE	D	D	D	ND	D	ND	ND
N03AE. DERIVATI BENZODIAZEPINICI							
CLONAZEPAM	D	D	D	ND	D	ND	D
N05CD. DERIVATI BENZODIAZEPINICI							
FLURAZEPAM	D	ND	D	D	ND	D	D
TRIAZOLAM	D	D	D	D	D	D	D
LORMETAZEPAM	ND	D	ND	ND	ND	D	D
MIDAZOLAM	ND	D	ND	ND	ND	ND	D
N06AB. INIBITORI SELETTIVI DELLA RICAPTAZIONE DELLA SEROTONINA							
FLUOXETINA	D	D	D	ND	D	D	D
CITALOPRAM	D	D	D	D	D	D	D
PAROXETINA	D	D	D	D	D	D	D
SERTRALINA	D	D	D	D	D	D	D
FLUVOXAMINA	ND	ND	ND	D	D	ND	ND
ESCITALOPRAM	ND	D	ND	D	D	D	ND
N06AX. ALTRI ANTIDEPRESSIVI							
MIANSERINA	D	ND	ND	ND	ND	ND	ND
TRAZODONE	D	D	D	D	D	D	D
MIRTAZAPINA	D	D	D	D	D	D	D



BUPROPIONE	ND	D	ND	ND	D	D	D
VENLAFAXINA	D	D	D	D	D	D	D
DULOXETINA	D	D	D	D	D	D	D
VORTIOXETINA	D	ND	ND	ND	D	ND	ND

N07BC. FARMACI UTILIZZATI NELLA DIPENDENZA DA OPIOIDI

BUPRENORFINA	D	ND	D	D	ND	D	ND
METADONE	D	D	D	D	D	D	D
LEVOMETADONE	ND	ND	D	ND	D	ND	ND
BUPRENORFINA, ASSOCIAZIONI	D	ND	D	D	D	D	D

ND = non disponibile - D = disponibile

In accordo alle norme vigenti, le Aziende ULSS garantiscono l'assistenza farmaceutica a favore della popolazione detenuta fornendo i farmaci necessari inclusi nel Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA) che, aggiornato con cadenza almeno annuale, dovrà essere messo a disposizione delle UU.OO. Tutela Salute delle Persone con limitazione della libertà.

Si richiamano di seguito le principali indicazioni contenute nei DDR n.82/2015 e 292/2015, che devono essere applicate in coerenza con il presente documento Per quanto non espressamente esplicitato, si rimanda ad una lettura integrale dei suddetti decreti.

Prescrizione

Il medico, all'atto della prescrizione deve sempre attenersi alle regole di prescrivibilità ed appropriatezza definite a livello nazionale e regionale, incluso il rispetto delle note AIFA.

La prescrizione di farmaci con potenziale di misuso/diversione nel contesto nella medicina penitenziaria, deve essere effettuata tenuto conto delle indicazioni riportate nei paragrafi sopra riportati, con particolare attenzione ai farmaci identificati secondo *Traffic Light System* con il colore Rosso, ovvero non raccomandati.

La prescrizione deve sempre essere completa con i riferimenti del paziente e del farmaco, inclusa la forma farmaceutica, il dosaggio giornaliero e la durata del trattamento. Per eventuali terapie “**al bisogno**” va sempre riportato il dosaggio, incluso il dosaggio massimo giornaliero, la durata massima di terapia e l'intervallo minimo tra le somministrazioni. Il medico inoltre, deve sempre specificare come modificare il dosaggio in caso di risposta insufficiente.

Qualora il medico della struttura penitenziaria ritenga necessario, per particolari condizioni del detenuto, prescrivere un farmaco *off-label*, la richiesta adeguatamente motivata deve essere autorizzata del responsabile della UU.OO. Tutela Salute delle Persone con limitazione della libertà ed inviata alla Farmacia Ospedaliera la



quale, verificata la completezza della stessa e la sussistenza di tutti i requisiti di legge, la inoltrerà alla Direzione Sanitaria secondo quanto previsto dalla DGR n.685 del 13.05.2014.

I medici delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali, anche diverse dalle Aziende Sanitarie su cui insistono gli Istituti penitenziari, che prendono in carico i detenuti in occasione di ricoveri, visite ambulatoriali e approfondimenti diagnostici, all'atto della prescrizione di farmaci, si attengono alle raccomandazioni riportate nel presente documento. Le Farmacie Ospedaliere attivano modalità di comunicazione ai Medici delle proprie strutture per condividere i contenuti del documento e mettono in atto sistemi di verifica delle prescrizioni.

Approvvigionamento e gestione farmaci

Con riferimento all'approvvigionamento dei farmaci, è compito del medico operante presso l'Istituto penitenziario redigere l'apposita modulistica da inviare alla Farmacia Ospedaliera, specificando per principio attivo i dosaggi e le quantità necessaria, previo nulla osta da parte del responsabile della UU.OO. Tutela Salute delle Persone con limitazione della libertà.

Le richieste vanno inoltrate con cadenza da concordare, fatte salve eventuali urgenze. La Farmacia Ospedaliera è tenuta a valutare di volta in volta la congruenza dei quantitativi e delle tipologie di farmaci richiesti, in accordo ai contenuti del presente documento.

Qualora le richieste di approvvigionamento riguardino uno o più farmaci identificati secondo *Traffic Light System* con il colore Rosso, dovrà essere presentata apposita Richiesta Motivata (RM) –anche cumulativa- indicando le ragioni cliniche che hanno portato alla scelta del farmaco, ivi compresa, tra le altre, la prescrizione derivante da una dimissione da ricovero/visita specialistica e/o da accesso ospedaliero.

Per garantire la tempestività di accesso al trattamento per la persona detenuta, la RM –anche cumulativa- potrà essere inviata anche successivamente alla somministrazione, secondo specifiche modalità concordate con la Farmacia ospedaliera dell'ULSS di riferimento.

Presso la struttura carceraria, tutti i farmaci dovranno essere conservati in appositi armadi, anche informatizzati, e/o frigoriferi allo scopo dedicati. Il carico e lo scarico dei farmaci forniti dovrà essere verificabile da appositi registri o dai diari sanitari dei detenuti.

Ogni Azienda ULSS adotta e aggiorna periodicamente una procedura operativa per la gestione dei farmaci (approvvigionamenti, scorte, conservazione, scadenze) che definisce ruoli e responsabilità di tutti gli operatori coinvolti. Inoltre la farmacia ospedaliera della Aziende ULSS è tenuto ad effettuare ispezioni con frequenza almeno annuale per accertare la corretta conservazione dei farmaci.

Prontuario Terapeutico Aziendale

Ogni Azienda ULSS sede di Istituti Penitenziari, è tenuta ad aggiornare il proprio PTA coerentemente con le indicazioni riportate nel documento, specie in relazione ai farmaci che per il loro potenziale di abuso sono considerati non raccomandati (individuati dal colore Rosso secondo *Traffic Light System*). Copia del PTA aggiornato dovrà essere trasmesso alla Direzione Farmaceutico-Protesica Dispositivi Medici.

Indicatori di monitoraggio

La Regione monitorerà annualmente l'adesione alle raccomandazioni riportate nel presente documento, attraverso i seguenti indicatori:

- ✓ Indicatore 1: Utilizzo preferenziale dei farmaci raccomandati (identificati con colore verde e giallo secondo *Traffic Light System*); verrà effettuato un monitoraggio regionale annuale dei consumi dei farmaci presso gli istituti penitenziari, suddivisi nelle tre categorie (n. confezioni erogate di ogni categoria per Principio Attivo/specialità vs anno precedente);
- ✓ Indicatore 2: Attuazione da parte delle Farmacie Ospedaliere -FO- o dei Servizi Farmaceutici Territoriali -SFT- delle verifiche ispettive finalizzate a verificare la corretta tenuta dei farmaci presso le carceri (N. Ispezioni /anno richieste ≥ 1);
- ✓ Indicatore 3: Verifica da parte delle FO o dei SFT della corrispondenza tra prescritto con Richiesta Motivata –anche cumulativa- ed erogato, tramite processi di Audit (N° audit richiesti ≥ 1 /anno);
- ✓ Indicatore 4: Aggiornamento del PTA da parte delle CTA/CTS, in linea con le indicazioni contenute nel presente documento, trasmettendone copia alla Direzione Farmaceutico-Protesica Dispositivi Medici;
- ✓ Indicatore 5: Adozione da parte delle Aziende Sanitarie entro 6 mesi dall'approvazione del presente documento di una procedura operativa per la gestione dei farmaci (approvvigionamenti, scorte, conservazione, scadenze) che definisce ruoli e responsabilità di tutti gli operatori coinvolti (o aggiornamento se già presente) ed invio alla Regione (Direzione Farmaceutica-protesica-dispositivi medici).
- ✓ Indicatore 6: Attuazione da parte delle Farmacie Ospedaliere delle Aziende Sanitarie che non sono sede degli Istituti Penitenziari, di almeno una iniziativa divulgativa con i medici ospedalieri.



Conclusioni

Lo *standard* di assistenza sanitaria offerto negli Istituti Penitenziari dovrebbe essere paragonabile a quello disponibile nella comunità, puntando ai più alti *standard* possibili.

Le strutture carcerarie rappresentano ambienti complessi, abitati da popolazioni con esigenze particolari. Risulta pertanto fondamentale che alcune aree dell'assistenza sanitaria vengano adattate per rispondere specificatamente ai bisogni e ai rischi presenti in tali contesti. La personalizzazione delle cure per i pazienti detenuti in base ai loro bisogni specifici avviene anche attraverso l'accesso a programmi strutturati per il trattamento dell'abuso di sostanze, assistenza psichiatrica in loco, servizi odontoiatrici disponibili all'interno della struttura, *screening* per virus trasmessi per via parenterale, cura della salute sessuale, programmi di vaccinazione, iniziative per la prevenzione del suicidio e disponibilità di assistenza medica d'emergenza.

Questo documento è un adattamento della linea guida “Safer prescribing in prisons: Guidance for clinicians 2019. 2nd ed.” [Royal College of General Practitioners, 2019] alla realtà specifica e alle esigenze del contesto carcerario italiano. Tuttavia, è fondamentale sottolineare che questo documento non deve sostituire i principi basilari della buona pratica medica e la libertà della scelta del farmaco da parte del medico che opera secondo scienza e coscienza nel rispetto delle evidenze scientifiche e dei bisogni clinici del paziente bilanciando i rischi e benefici del trattamento anche in considerazione del contesto. Le decisioni da parte del medico sulla prescrizione farmacologica si fondano sempre su un'accurata raccolta anamnestica, sia clinica che farmacologica, su un esame obiettivo dettagliato, su indagini diagnostiche appropriate, nonché sulla definizione di un percorso terapeutico e di un adeguato *follow-up*.

Le Aziende Sanitarie sede degli Istituti Penitenziari aggiornano i propri PTA coerentemente con le indicazioni riportate nel documento.

I medici delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali che prendono in carico detenuti in occasione di ricoveri, visite ambulatoriali, approfondimenti diagnostici, si attengono, all'atto della prescrizione di farmaci, alle raccomandazioni riportate nel presente documento.



Bibliografia

Agenzia regionale di sanità della Toscana (2015). La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Italia

Aikoye, S., Basiru, T. O., Nwoye, I., Adereti, I., Asuquo, S., Ezeokoli, A., Hardy, J., & Umudi, O. (2023). A Systematic Review of Abuse or Overprescription of Bupropion in American Prisons and a Synthesis of Case Reports on Bupropion Abuse in American Prison and Non-prison Systems. *Cureus*, 15(3), e36189. <https://doi.org/10.7759/cureus.36189>

Annaheim, B., Wangmo, T., Bretschneider, W., Handtke, V., Elger, B. S., Belardi, A., Meyer, A. H., Hösli, R., & Lutters, M. (2019). Polypharmacy and drug-drug interactions among older and younger male prisoners in Switzerland. *International journal of prisoner health*, 15(3), 250–261. <https://doi.org/10.1108/IJPH-07-2018-0040>

Bicknell, M., Farmer, D., & Watson, C. (2019). Safer prescribing in prisons: Guidance for clinicians 2019 (2nd ed.). Royal College of General Practitioners

Bi-Mohammed, Z., Wright, N. M., Hearty, P., King, N., & Gavin, H. (2017). Prescription opioid abuse in prison settings: A systematic review of prevalence, practice and treatment responses. *Drug and alcohol dependence*, 171, 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.032>

Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 82 del 08 aprile 2015 ad oggetto "Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionale per la prescrizione, l'approvvigionamento e l'erogazione di farmaci e dispositivi medici negli istituti penitenziari"

Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 292 del 7.10.2015 ad oggetto "Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionale per l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali per la corretta gestione della terapia farmacologica negli Istituti Penitenziari".

Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Ministero della Giustizia. Linee guida per gli istituti penitenziari del Triveneto in materia di "prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere". <https://repository.regione.veneto.it/public/eee39665f40f9e0259e4f0145e5a0b23.php?dl=true>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018), New psychoactive substances in prison, EMCDDA. Rapid Communication, Publications Office of the European Union, Luxembourg

Gruppo Regionale Gestione sicura dei farmaci negli istituti penitenziari. 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 n.2, Regione Emilia-Romagna, Aprile 2015.

Hilliard, W. T., Barloon, L., Farley, P., Penn, J. V., & Koranek, A. (2013). Bupropion diversion and misuse in the correctional facility. *Journal of correctional health care : the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 19(3), 211–217. <https://doi.org/10.1177/1078345813486448>

Magola-Makina, E., Abuzour, A. S., Ashcroft, D. M., Dunlop, J., Brown, P., & Keers, R. N. (2022). Exploring the challenges to safer prescribing and medication monitoring in prisons: A qualitative study with health care staff. *PloS one*, 17(11), e0275907. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275907>



Marshall, T., Simpson, S., & Stevens, A. (2001). Use of health services by prison inmates: comparisons with the community. *Journal of epidemiology and community health*, 55(5), 364–365. <https://doi.org/10.1136/jech.55.5.364>

McMurrin M. (2007). What works in substance misuse treatments for offenders?. *Criminal behaviour and mental health* : CBMH, 17(4), 225–233. <https://doi.org/10.1002/cbm.662>

Morrison, E. E., Sandilands, E. A., & Webb, D. J. (2017). Gabapentin and pregabalin: do the benefits outweigh the harms?. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47(4), 310–313. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2017.402>

Nava F., D'Egidio P., Cecchini I., Fregosi S., Lucchini A., 2011. Il misuso e la diversione nella terapia agonista nei SerT italiani: dati dello studio DeMoS. *Italian Journal of Addiction Research*, 1 (special issue), 1, 5-14

Nava F. (2013). Il management dell'abuso di benzodiazepine in carcere. In: *Benzodiazepine: uso, abuso e dipendenza. Dall'epidemiologia al trattamento. Edizioni Clad-Onlus, Verona*, 253-262.

Nava F.A., Padovan G.B., 2018. Il management della terapia con buprenorfina/naloxone nei consumatori di sostanze in carcere: efficacia e sicurezza. *AboutOpen*, 4(1): 13-28.

Perry, A. E., Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J. M., Aboaja, A., Thakkar, P., Santosh Kumar, K. M., Pearson, C., Wright, K., & Swami, S. (2019). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD010901. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010901.pub3>

Voller, F., Silvestri, C., Martino, G., et al. (2016). Health conditions of inmates in Italy. *BMC Public Health*, 16(1), 1162. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3830-2>