

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Ufficio Studi, Ricerche, Legislazione e Rapporti Internazionali

**TOSSICODIPENDENZA E DOPPIA DIAGNOSI
IN CARCERE
REALTÀ E PROSPETTIVE**

**Atti del convegno
Roma 27 ottobre 2005**

Ministero della Giustizia

DOPPIA DIAGNOSI E DIAGNOSI NASCOSTA

Progetto di ricerca finanziato dal Fondo nazionale per la lotta contro la droga ai sensi dell'art. 127 del Testo Unico 309/90.

Gruppo degli esperti della ricerca:

*Daniele Berto, Luigi Ciotti, Maurizio Fiasco, Mario Greco,
Leopoldo Grosso, Sandro Libianchi*

Coordinatore scientifico: *Gilberto Gerra*

Segreteria Tecnica del Progetto Doppia Diagnosi c/o ULSS 16 di Padova:

*Daniele Berto, Susanna Lavorato, Lisa Bovini, Isabella De Toni,
Barbara Tabacchi, Morena Tartari*

Coordinatore del progetto: *Giuseppe Capoccia*

Staff di progetto dell'Ufficio Studi DAP:

*Rita Montanari, Antonella Paloscia, Lucia Marzo, Stefano Villa,
Angelo Simonetti, Roberto Caponeri, Annunziata Rotondo,
Rosaria Falasca*

con il contributo di *Paola Gubbiotti e Simona Pasquali*, Direzione generale del personale - Ufficio Formazione.

Tel. 06.6650.17.411 / 412 - E mail: ufficiostudi.dap@giustizia.it

Le relazioni pubblicate in questo volume sono state rielaborate dagli Autori sulla base degli interventi presentati al Convegno, e dei contributi scientifici forniti per l'occasione.

INDICE

Presentazione GIUSEPPE CAPOCCIA	pag.	1
Saluto del Capo del Dipartimento GIOVANNI TINEBRA	»	7
Interventi		
GILBERTO GERRA - DANIELE BERTO <i>Doppia diagnosi tra i tossicodipendenti detenuti</i>	»	9
LUIGI CIOTTI <i>Ripartire dai più fragili</i>	»	45
SANDRO LIBIANCHI <i>Difficoltà ed aspetti critici del lavoro in carcere con pazienti affetti da doppia diagnosi: i pregiudizi, i limiti oggettivi, il quadro delle relazioni istituzionali</i>	»	51
SEBASTIANO ARDITA <i>Innovazione e appropriatezza degli interventi: la progettazione di "buone pratiche" per il detenuto tossicodipendente difficile</i>	»	79
MASSIMO CLERICI <i>"Doppia diagnosi": epidemiologia, psicopatologia ed assessment della comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze</i>	»	87
MAURIZIO FIASCO <i>La dimensione sociologica emersa dalla ricerca sulla doppia diagnosi</i>	»	107

PRESENTAZIONE

GIUSEPPE CAPOCCIA *

È per me motivo di profonda soddisfazione avere l'opportunità questa mattina di presentare questo importante progetto che l'Amministrazione penitenziaria ha sostenuto nella convinzione che esso offrirà importanti prossimi sviluppi concreti in ambito penitenziario.

Il progetto sulla “**Doppia Diagnosi e Diagnosi Nascosta in carcere**” – finanziato dal Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga - ha inteso sviluppare la ricerca sulle **interferenze e sovrapposizioni tra sofferenza psichiatrica e tossicodipendenza in ambito penitenziario**, che aveva già formato oggetto, nel triennio 2000/2003, del precedente *progetto pilota* attuato presso gli istituti di Roma Regina Coeli e Padova Casa di Reclusione.

La ricerca si è sviluppata per tre anni ed è stata affidata alla conduzione scientifica di un Gruppo di Esperti - tutti presenti oggi e coordinati dal prof. Gilberto GERRA – i quali illustreranno, nel corso di questa giornata, cosa è stato il progetto e quali ne siano stati i risultati.

Io mi limiterò ad una breve sintesi.

Per prima cosa, sento il bisogno di rivolgere il mio ringraziamento al Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga che, con il finanziamento accordato per ben due volte alla nostra Amministrazione, ha consentito la realizzazione di questa ricerca.

Grazie anche al prof. Gerra, coordinatore della ricerca, ed al gruppo di Esperti – Daniele Berto, don Luigi Ciotti, Maurizio Fiasco,

* Direttore del l'Ufficio Studi, Ricerche, Legislazione e Rapporti Internazionali - DAP

Mario Greco, Leopoldo Grosso e Sandro Libianchi – cui va il merito della conduzione di un così vasto lavoro.

Un ringraziamento ai Direttori dei 19 Istituti penitenziari – sedi delle attività progettuali – ed ai loro staff, nonché agli operatori delle A.S.L. di riferimento territoriale: tutti si sono prodigati con grande entusiasmo e professionalità, fornendo un apporto prezioso ed indispensabile sia allo svolgimento delle attività progettuali, sia alla realizzazione di questo incontro conclusivo.

E poi consentitemi di ringraziare pubblicamente la d.ssa Rita Montanari, vice direttore dell'Ufficio Studi, cui va il merito organizzativo di aver tenuto le fila di questo progetto anche in momenti difficili e di essersi impegnata con generosità nell'organizzazione di questo convegno.

Il titolo "Doppia Diagnosi e Diagnosi Nascosta" si riferisce alla situazione di quei pazienti tossicodipendenti nei quali, in associazione alla tossicomania, si manifestano anche disturbi psichiatrici che rendono la dipendenza da droghe ancora più problematica e difficile da trattare.

Questi disturbi non sono facili da diagnosticare, perché spesso confusi tra le complesse reazioni comportamentali e psichiche prodotte dall'assunzione delle sostanze; e questa difficoltà di valutazione clinica abbiamo voluto indicare con l'espressione "*diagnosi nascosta*".

Nel tossicodipendente detenuto le problematiche di duplice natura indotte dalla tossicodipendenza e dai disturbi psichiatrici si vanno ad aggiungere alle condizioni tipiche dell'istituzione penitenziaria, con conseguenze ancora più drammatiche. L'accurata identificazione di queste forme di psicopatologia complessa e la opportunità di cure mirate – che tengano conto degli aspetti psichici, farmacologici e comportamentali – appaiono fondamentali per indirizzare gli interventi, migliorando la salute e la qualità di vita dei soggetti detenuti.

Dopo i buoni risultati del progetto-pilota si è deciso di ampliare la ricerca effettuando un nuovo rilevamento diagnostico presso ulteriori 19 istituti dislocati sul territorio nazionale, per raccogliere indicazioni più significative sull'incidenza di disturbi psichiatrici nella popolazione detenuta tossicodipendente, **e trasformare l'attenzione diagnostica sperimentale in "buone pratiche" che possano entrare nella quotidianità del lavoro in carcere.**

L'obiettivo ambizioso è quello di porre le basi per **soluzioni pe-**

nitenziarie di tipo organizzativo e operativo, proponendo nuove ipotesi sperimentali di accoglienza per i detenuti tossicodipendenti – che siano individuati come portatori di sofferenza psichiatrica – per fornire risposte qualitativamente più adeguate ai bisogni assistenziali e trattamentali dei detenuti portatori anche di patologia psichiatrica, potenziando le indicazioni per un **percorso integrato di responsabilità e di cura**, nell'ambito del quale l'accoglienza in carcere si armonizzi con l'intervento degli enti territoriali di tutela della salute, anche anteriore e successivo all'esperienza della detenzione, sostenendo e accompagnando l'utente sotto il profilo sia clinico sia psico-sociale, al fine di ridurre il consumo di farmaci e tracciare specifici percorsi di reinserimento.

Presso i 19 Istituti, individuati sulla base di una significativa presenza di detenuti tossicodipendenti, la ricerca è stata condotta in condizioni di assoluta tutela della privacy ed è consistita, in una prima fase, in una valutazione epidemiologica delle diagnosi psichiatriche tra i suddetti detenuti; ci si è avvalsi, per lo screening iniziale, dell'opera del personale di polizia penitenziaria e, successivamente, degli operatori penitenziari dell'area trattamentale e degli operatori (psicologi e psichiatri) delle A.S.L. di riferimento territoriale.

Il progetto è stato sostenuto da **interventi formativi** posti in essere dal coordinatore scientifico della ricerca – dott. Gerra – e dagli altri componenti del Gruppo di ricerca - dott. Berto e dott. Libianchi - interventi rivolti al personale che opera nelle strutture penitenziarie sedi della ricerca.

Tali interventi formativi si sono svolti su due livelli:

Un primo livello è consistito in interventi a carattere informativo e di sensibilizzazione rivolti ad un significativo numero di personale, soprattutto di polizia penitenziaria, che nella relazione quotidiana con il detenuto ha bisogno di leggere i comportamenti quali sintomo di disagio psichico e di rispondere adeguatamente.

Un secondo livello ha invece previsto interventi di formazione per gruppi interprofessionali (équipe di osservazione e trattamento) per migliorare la capacità di individuare le manifestazioni di disagio psichico e di promuovere le iniziative trattamentali più adeguate.

La ricerca ha rappresentato una assoluta novità perché gli analoghi studi condotti su soggetti liberi soddisfano solo marginalmente le esigenze di conoscenza dell'Amministrazione penitenziaria,

tenuto conto delle caratteristiche peculiari proprie dei soggetti che entrano nel circuito penitenziario e della conseguente specificità delle risposte che l'Amministrazione è chiamata a fornire, nell'ottica di una visione "unitaria" della persona.

Conformemente alle aspettative, le indicazioni e i suggerimenti che scaturiscono dai risultati attribuiscono alla ricerca un significato che va ben oltre il semplice approfondimento scientifico, e consentono di tracciare la strada per significativi miglioramenti della qualità dell'assistenza in carcere.

I dati emersi dalla ricerca suggeriscono una serie di considerazioni di ordine pratico che possono contribuire al reale cambiamento delle modalità terapeutiche e riabilitative con cui vengono gestiti i pazienti tossicodipendenti detenuti affetti da concomitanti disturbi psichiatrici.

Innanzitutto, l'individuazione dell'elevata percentuale di disturbi psichiatrici maggiori e di disturbi di personalità tra i tossicodipendenti studiati nella ricerca ha evidenziato quanto sia importante la "consapevolezza" di queste forme complesse di malattia per orientare l'approccio relazionale, gli interventi riabilitativi e di cura, nonché eventuali misure di prevenzione delle complicanze e di garanzia per la sicurezza: è dunque di tutta evidenza la necessità di garantire a tutti i detenuti tossicodipendenti una **diagnosi dettagliata e dinamica da parte dello psichiatra.**

In conseguenza della diagnosi, non potranno mancare, per i tossicodipendenti detenuti - per i quali emerga la compresenza di una patologia psichiatrica - quegli interventi specialistici che rispondano specificamente alle problematiche psichiche e alle difficoltà relazionali di questi soggetti. Fondamentale, al riguardo, è il ruolo dell'"**équipe carcere**" del Ser.T. nell'ambito di trattamenti personalizzati e differenziati che integrino l'approccio psicoterapico, l'eventuale terapia di gruppo, la terapia socio-relazionale con interventi psico-farmacologici mirati. È emersa, altresì, l'importanza di poter disporre - per i tossicodipendenti affetti da disturbi psichiatrici concomitanti **e in alternativa all'uso di generici ansiolitici e sedativi** - di terapie farmacologiche appropriate e specifiche per le malattie mentali, oltre che di farmaci per la terapia dei disturbi indotti dalla tossicodipendenza (per la disassuefazione o per la prevenzione della ricaduta).

L'offerta di **interventi diagnostico-terapeutici di qualità, che integrino l'approccio psico-sociale con quello biomedico e farmacologico** in questi detenuti "tossicodipendenti difficili", con-

sente di ottenere un miglioramento sostanziale della qualità della vita e della salute dei pazienti, di ridurre i rischi di comportamenti problematici per la sicurezza in carcere, di rendere meno frequenti la ricaduta nell'assunzione di sostanze dopo il periodo di detenzione, conseguentemente la recidiva nel commettere reati e la reiterazione della detenzione.

Per i detenuti affetti da problematiche complesse - che associano l'incapacità a controllare l'impulso ad assumere sostanze d'abuso con impegnativi disturbi psichici e comportamentali - vanno, in sostanza, individuati percorsi riabilitativi differenziati rispetto ai tossicodipendenti in generale, in associazione con un supporto psicologico intensivo, un approccio "protetto" alle relazioni interpersonali e all'inserimento lavorativo, ed eventualmente uno specifico trattamento psico-farmacologico.

Per poter determinare questi percorsi innovativi personalizzati, e offrire al detenuto - affetto da queste forme multiple di sofferenza psichica - standard di cura analoghi a quelli disponibili all'esterno del carcere, è sicuramente necessaria una **stretta interazione tra sanità penitenziaria, ASL, polizia penitenziaria** e tutti gli **operatori del trattamento**, con la promozione, in analogia di quanto sperimentato dalla ricerca, di occasioni formative e di progettazione degli interventi in comune tra le diverse componenti istituzionali.

Come vedete, vi è abbondanza di ragioni per augurare a tutti noi una intensa giornata di proficuo lavoro.

Grazie a tutti.

SALUTO

GIOVANNI TINEBRA *

Sono lieto di dare il benvenuto agli illustri relatori e ai graditi ospiti di questa giornata di studi, dedicata alla riflessione sui risultati di un impegno di ricerca e sperimentazione, nel quale l'Amministrazione penitenziaria ha fermamente creduto, tanto da dedicare alla **Doppia diagnosi in ambito penitenziario** ben due progetti del nostro Ufficio Studi, a partire dall'anno 2000.

Fu in quell'anno infatti, che l'Ufficio Studi presentò all'allora Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri una proposta di **progetto pilota** per la presa in carico di soggetti **detenuti tossicodipendenti e affetti contemporaneamente da un disturbo psichiatrico**.

Il progetto pilota fu realizzato in due soli istituti (la C.C. "Regina Coeli" a Roma e la C.R. "Due Palazzi" a Padova). Quella prima esperienza rivelò pienamente le difficoltà dell'impresa (legate soprattutto al rapido turn-over dei detenuti nelle case circondariali); ma, al tempo stesso, dette conferma della validità dell'idea e della possibilità concreta di riconoscere e di "prendersi cura" in modo corretto di una categoria di detenuti così problematica e fragile.

Si decise dunque di estendere la sperimentazione su scala nazionale, coinvolgendo nel successivo progetto, ben **19 istituti e 10 Provveditorati regionali**.

È di questa realizzazione che ci parleranno stamane gli illustri componenti del Comitato scientifico di esperti, che – in stretta collaborazione con l'Ufficio Studi - hanno impostato la ricerca e seguito il progetto, ed altri professionisti che di doppia diagnosi si occupano da anni ad un altissimo livello.

* Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Lascio dunque, doverosamente, la parola ai relatori per la descrizione degli aspetti tecnici e scientifici dell'argomento.

Mi preme però sottolineare **due aspetti** che a mio avviso conferiscono a questo lavoro sulla Doppia diagnosi in carcere un valore particolare.

In primo luogo, il progetto, nato da una volontà ricerca e di conoscenza del fenomeno (in linea con il mandato istituzionale dell'Ufficio Studi), ha, sin dall'inizio, tenuto fermo l'obiettivo di una **ricaduta positiva nella pratica e nell'operatività del carcere**. E ciò non soltanto per la durata triennale del progetto stesso, ma con una forte proposta per "portare a regime", in collaborazione con le Aziende Sanitarie del territorio, protocolli di intervento certi, verificati e adattabili alle condizioni individuali di ogni detenuto portatore di una "doppia problematica", tossicologica e psichiatrica.

Ai rappresentanti delle Aziende Sanitarie va dunque un ringraziamento per la disponibilità, la lungimiranza e lo spirito di collaborazione dimostrati, poiché l'integrazione con le risorse del territorio si è rivelata - e sarà in futuro - un bene fondamentale per il successo e la prosecuzione di quanto è stato intrapreso.

In secondo luogo, non meno importante, desidero esprimere il mio più vivo apprezzamento per il contributo portato alla realizzazione, in ciascuno degli istituti partecipanti, da **tutte** le figure professionali dell'Amministrazione penitenziaria: dall'area sanitaria all'area educativa a quella della sicurezza, **con il coinvolgimento diretto della Polizia penitenziaria in un'opera di trattamento tanto delicata e complessa**, mettendo in atto preziose **sinergie**, che non hanno mancato di dare ottimi risultati e che - ritengo - rappresentano in se stesse un aspetto importante di quelle **realità e prospettive**, delle quali si ascolterà e si discuterà nel corso di questa importante giornata.

Un augurio di buon lavoro a tutti.

DOPPIA DIAGNOSI TRA I TOSSICODIPENDENTI DETENUTI

GILBERTO GERRA * E DANIELE BERTO **

Evidenze sempre più consolidate mostrano quanto sia consistente la prevalenza di pazienti con doppia diagnosi tra i tossicodipendenti che approdano ai servizi per la cura e la riabilitazione al di fuori della realtà carceraria (Brooner et al., 1997; Agosti 2002; Johnson et al., 2002; Gerra et al., 2004; Gerra et al., in press). I disturbi più comunemente rilevati in comorbidità con la dipendenza da sostanze sarebbero i disturbi d'ansia e dell'umore, i disturbi di personalità del cluster B (antisociale, borderline) e in ordine di prevalenza quelli del cluster C (evitante, passivo aggressivo, ossessivo compulsivo) (Skinstad and Swain, 2001). Una stima percentuale sicuramente capace di sintetizzare la realtà del problema per i tossicodipendenti in generale indicherebbe nel 47-48% l'entità dei disturbi psichiatrici in comorbidità. D'altro canto, se si valuta la percentuale di soggetti che abusano di sostanze tra i pazienti psichiatrici, cioè quelli che approdano direttamente ai Servizi per la Salute Mentale, gli studi più recenti indicano una prevalenza di soggetti affetti dalla "doppia" problematica che varia tra il 44% e il 74% (Weaver et al., 2003; Ogloff et al., 2004).

I pazienti che associano al disturbo da uso di sostanze anche uno o più disturbi psichiatrici sono in realtà, già all'esterno del carcere, i soggetti più svantaggiati e problematici: hanno colto meno frequentemente l'opportunità del trattamento, includono elevate quote di disoccupati, sono maggiormente compromessi dal punto di vista sanitario, hanno un funzionamento più povero in varie aree operative, spesso sono senza casa (Johnson et al., 2002).

Non è difficile immaginare che siano proprio questi soggetti con doppia diagnosi, scarsa integrazione sociale e problematiche comportamentali più gravi ad incorrere più facilmente nel rischio di

* Tossicologo, Dipartimento politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

** Psicologo, Responsabile U. F. Carcere della ASL16 Padova

commettere reati ed essere condannati a sanzioni detentive. Uno studio greco del 1995 sottolinea quanto più elevate siano le quote di doppia diagnosi in carcere, rilevate tra i tossicodipendenti (66,1%), rispetto ai dati ottenuti al di fuori delle strutture penitenziarie nella stessa popolazione di pazienti affetti da disturbi addittivi (Kokkevi et al., 1995). Sebbene alcuni ricercatori abbiano investigato la prevalenza dei disturbi psichiatrici negli Istituti Penitenziari e nella popolazione carceraria in generale (Lurigio et al., 2003; Regier et al., 1990), pochi studi hanno esaminato la prevalenza dei disturbi mentali in comorbidità nei detenuti trattati per la tossicodipendenza (Swartz et al., 1999). Tra quanti commettono reati e vengono condannati alla detenzione, coloro che sono affetti da disturbi da uso di sostanze (alcool e droghe) presenterebbero quote consistenti di disturbi psichiatrici, in associazione con il comportamento addittivo (Pelissier and O'Neil, 2000).

Studi sui detenuti nel Regno Unito (Farrell et al., 2002) indicano relazioni specifiche tra la tipologia di sostanza utilizzata e i disturbi psichiatrici associati: l'assunzione di cannabis e amfetamino-derivati sarebbe più comunemente associato alle psicosi, che invece appaiono meno rappresentate tra gli eroinomani.

La depressione e l'ansia sarebbero le più rappresentate tra i detenuti anziani. Tra essi il 53,7% presentano un disturbo psichiatrico, in elevata frequenza in associazione con l'abuso di sostanze, uno stato di salute peggiore e un ridotto supporto sociale, ma una percentuale esigua avrebbe l'opportunità di un trattamento specifico per tali problematiche (Koenig et al, 1995).

D'altra parte, oltre ai disturbi affettivi, alla depressione e all'ansia, che come si è visto si associano alla tossicodipendenza in carcere in elevata frequenza, porzioni molto ampie di detenuti che abusano di sostanze sono affetti dal disturbo da personalità antisociale (Pelissier and O'Neil, 2000) e richiederebbero una specifica valutazione diagnostica dal punto di vista psichiatrico. La definizione di un vero e proprio "assessment", di un inquadramento diagnostico d'insieme, che consideri anche le relazioni interpersonali, la storia clinica e familiare, il tessuto ambientale e sociale, nonché le caratteristiche comportamentali, consentirebbe di definire programmi terapeutici "tagliati su misura", specifici e mirati sulle problematiche individuali. Secondo Swartz (1999) alla valutazione "lifetime" il 48% dei detenuti tossicodipendenti sarebbero anche antisociali. Alla diagnosi clinica, effettuata al momento dello studio, almeno un quarto (25%) dei pazienti con disturbo da uso di sostanze in carcere corrisponde ai criteri DSM per il disturbo da personalità antisociale.

Anche nell'ambito del carcere minorile circa un terzo dei giovani detenuti appaiono affetti sia dal disturbo psichiatrico che da disturbi da uso di sostanze, lasciando intuire quanto il problema possa manifestarsi nella dimensione evolutiva, piuttosto che come semplice esito dell'esposizione alle sostanze (Robertson et al., 2004). Una valutazione che polarizzi l'attenzione sui disturbi psichiatrici maggiori, quali la psicosi, la mania e i disturbi depressivi, tralasciando i disturbi di personalità nello studio dei tossicodipendenti più giovani, evidenzia comunque quote di doppia diagnosi tra l'11 e il 14% (Abram et al., 2003). Le diagnosi più comuni rilevabili tra i minori in carcere sarebbero i disturbi da uso di sostanze (38%), il disturbo della condotta, che precede lo sviluppo della personalità antisociale (16.7%) e la depressione maggiore (10%) (Duclos et al., 1998).

Considerando i disturbi psichiatrici dei detenuti tossicodipendenti in relazione al genere, i soggetti di sesso femminile presentano una elevata incidenza di disturbo post traumatico da stress (PTSD) e di episodi di depressione maggiore, giungendo sino ad una percentuale del 70% di doppia diagnosi (Teplin et al., 1996; Abram et al., 2003). Le detenute in carcere, valutate in un disegno epidemiologico analogo, mostrano nella maggioranza dei casi di aver dovuto ricorrere sia ai Servizi psichiatrici sia ai Servizi per le dipendenze (Jordan et al., 2002).

Se da un lato a condurre i tossicodipendenti in carcere possono contribuire i reati commessi sotto l'effetto delle droghe, o quelli commessi per la necessità di denaro per procurarsi le sostanze d'abuso, dall'altro, il rischio del carcere è verosimilmente incrementato in modo sinergico dalle violazioni della legge relative ai disturbi di personalità che preesistono o si associano alle droghe. Le caratteristiche di impulsività, aggressività e perdita del controllo comportamentale (Scott et al., 1998), insieme con una maggiore difficoltà a rendersi conto delle conseguenze dei propri atti, possono contribuire a determinare, nei tossicodipendenti con comorbidità psichiatrica, un'elevata incidenza di condanne alla detenzione, il che spiegherebbe le differenze in termini di doppia diagnosi tra la popolazione afferente ai Servizi e quella degli Istituti Penitenziari. Sempre secondo i rilievi di Swartz (1999) i soggetti affetti da comorbidità psichiatrica sarebbero arrestati per reati contro la proprietà, piuttosto che per crimini droga-correlati, e sarebbero affetti da forme di poliabuso. Secondo uno studio svedese, il prevalere tra i detenuti del disturbo di personalità antisociale e del disturbo borderline di personalità spiegano in gran parte la propensione di questi soggetti a commettere reati, a violare le regole e a perdere il controllo degli impulsi (Stalenheim and von

Knorring, 1996).

Occorre inoltre ricordare che il disturbo psichiatrico affiancato alla tossicodipendenza induce situazioni di disagio aggiuntive e drammatiche, capaci di compromettere ulteriormente la qualità della vita del detenuto. Tra i soggetti tossicodipendenti in carcere quelli che presentano difficoltà della sfera affettivo-emotiva appaiono subire un vero e proprio rifiuto nei rapporti interpersonali da parte degli altri detenuti, e sono d'altra parte meno desiderosi di coinvolgersi nelle relazioni con gli altri (Marcus et al., 2001). Si vengono pertanto a produrre condizioni di isolamento, marginalizzazione o possibile strumentalizzazione. La probabilità che un detenuto tossicodipendente non completi un programma riabilitativo, interrompendo il percorso terapeutico, è strettamente connessa con la compresenza di una diagnosi psichiatrica in associazione con il disturbo addittivo (Brady et al., 2004). Le maggiori problematiche bio-psico-sociali, con più grave maladattamento sociale, minore percezione del rischio di usare le droghe e minore motivazione al cambiamento caratterizzerebbero proprio i tossicodipendenti in carcere affetti da doppia diagnosi (Brochu et al., 1999). A questo proposito, i detenuti tossicodipendenti con disturbi mentali richiedono dunque uno specifico approccio che integri insieme le strategie della salute mentale con i percorsi di prevenzione della ricaduta e riabilitazione (Munetz et al., 2001). Da più parti è ribadita a necessità che, per i detenuti con disturbi psichiatrici, si attivino strumenti terapeutici integrati, mirati al trattamento dello specifico disturbo psichiatrico, alla socializzazione, al controllo dell'aggressività (Cote et al., 1997).

Nonostante questa evidenza, i programmi terapeutici per la tossicodipendenza nel sistema degli Istituti Penitenziari hanno focalizzato in passato, sia nel nostro paese che all'estero, soprattutto sul trattamento del disturbo da uso di sostanze, non indirizzando obiettivi specifici, e adeguati all'estensione del fenomeno, verso la cura dei disturbi psichiatrici associati (Edens et al., 1997). I disturbi psichiatrici sono strettamente associati alla tossicodipendenza in carcere, ma a dispetto di questa evidenza l'attenzione per la cura dei disturbi mentali non è incrementata proporzionalmente in questi pazienti (Franke et al., 2003).

Secondo la letteratura scientifica, trattare i disturbi psichiatrici dei pazienti tossicodipendenti con semplici interventi aggiuntivi rispetto al trattamento principale non sarebbe sufficiente: i pazienti con disturbi addittivi e comorbidità psichiatrica dovrebbero seguire percorsi clinici distinti, rispetto a quelli affetti dalla tossicodipendenza soltanto (El-Mallakh, 1998; Mueser et al., 1997), con una me-

totodologia più intensiva, in considerazione delle maggiori difficoltà comportamentali, della facilità ad un esito negativo del trattamento e a contrarre infezioni quali l'HIV e l'epatite (Cournos and McKinnon, 1997).

L'attuazione di programmi residenziali specifici in carcere per questo sottogruppo altamente problematico può prevenire le condizioni critiche successive alla scarcerazione e ridurre la quota dei nuovi arresti e dell'assunzione di sostanze nei primi 6 mesi (Pelissier et al., 2001)

Programmi di questo tipo per i detenuti con disturbi mentali devono riuscire a superare alcune barriere al trattamento quali un duplice livello di stigmatizzazione, una radicale mancanza del supporto sociale e familiare, i problemi di adattamento dei pazienti, i limiti istituzionali delle strutture carcerarie (Roskes et al., 1999).

I dati preliminari della prima rilevazione

Con la *ricerca pilota* condotta su due Istituti penitenziari (C.R. "Due Palazzi" di Padova e C.C. "Regina Coeli" di Roma), tesa a valutare da un punto di vista clinico tutti coloro che arrivavano all'Istituto con una "diagnosi" di tossicodipendenza, si è confermato che un'alta percentuale (circa il 45%) presenta il fenomeno della "doppia diagnosi". Oltre ad avere una storia di abuso di sostanze stupefacenti fino alla dipendenza, è presente una seconda diagnosi psichiatrica che, indipendentemente dalla prima, configura un disturbo psichiatrico che di per sé merita il trattamento.

In questa seconda rilevazione, oltre ad una estensione e ad una proposta della prassi sperimentata, si è voluto anche verificare se l'incidenza della condizione di Doppia Diagnosi avesse percentuali simili.

Obiettivi

Il lavoro svolto nelle Carceri oggetto della estensione della nuova ricerca si poneva i seguenti obiettivi:

1. Valutare in tempi brevi i detenuti che entrano negli Istituti penitenziari come tossicodipendenti, per verificare se sia presente una diagnosi psichiatrica oltre a quella da abuso di sostanze;
2. Attivare una procedura di intervento e/o un protocollo terapeutico coerente con la doppia diagnosi.

Tali obiettivi sono stati raggiunti attraverso tre distinte fasi di lavoro:

Prima fase: somministrazione del questionario ASI-mod, nella maggior parte dei casi a cura degli Ispettori di Polizia Penitenziaria ai soggetti con diagnosi di tossicodipendenza.

Seconda fase: somministrazione, a cura del personale individuato dal Ser.T. che collabora con l'Istituto penitenziario, del test MMPI-2 e della SCID-II in grado di fornire elementi per l'identificazione dell' eventuale seconda diagnosi.

Terza fase: in rapporto alla diagnosi, individuazione, proposta e attuazione di un progetto terapeutico.

Risultati

Il campione di detenuti tossicodipendenti inclusi nel presente studio comprende 822 soggetti provenienti da 16 Istituti penitenziari, in prevalenza eroinomani. Considerando il numero estremamente esiguo di tossicodipendenti da psicostimolanti e cannabinoidi inclusi nel campione attuale, si può ritenere che la ricerca abbia avuto per oggetto i detenuti dipendenti dall'eroina.

Applicando la metodologia dello studio, finalizzato a rendere sistematico nei tossicodipendenti detenuti uno screening diagnostico appropriato per i disturbi psichiatrici in comorbidità, emergono importanti risultati, in accordo con le evidenze della letteratura internazionale. Infatti, nel 59,64% dei pazienti inclusi nello studio è stato diagnosticato almeno un disturbo psichiatrico in aggiunta alla diagnosi di dipendenza da eroina, se si sommano i disturbi conclamati (Asse I) ed i disturbi di personalità (Asse II).

I soggetti affetti da disturbi psichiatrici maggiori (Asse I - DSM IV), diagnosticati clinicamente e mediante l'approccio "indiretto" del test MMPI, rappresenterebbero il 23.6% del campione, con una prevalenza, come indicato nella tabella 1, dei disturbi d'ansia nel 27.15% dei casi, del disturbo psicotico di tipo paranoide nel 23.84%, del disturbo depressivo maggiore nel 13.24%, della psicosi non altrimenti specificata nel 12.58%, dei disturbi dell'umore non altrimenti specificati nel 7.28% e del disturbo schizofreniforme nel 9.26%. La assenza di diagnosi per schizofrenia è verosimilmente dovuta al fatto che tale patologia è prevalentemente trattata presso gli OPG o ha consentito di evitare il carcere in relazione allo stato di riconosciuta infermità mentale.

Tab. 1

IPOTESI DIAGNOSTICHE DELL'ASSE I UTILIZZANDO IL TEST MMPI-2	PREVALENZA
DISTURBO D'ANSIA	27,15%
DISTURBO PSICOTICO DI TIPO PARANOIDE	23,84%
DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	13,24%
PSICOSI NON ALTRIMENTI SPECIFICATA	12,58%
DISTURBO DELL'UMORE NON ALTRIMENTI SPECIFICATO	7,28%
DISTURBO SCHIZOFRENIFORME	9,26%

In ogni caso, i risultati ottenuti indicano che circa un quarto dei tossicodipendenti in carcere nel nostro Paese sono affetti da un disturbo psichiatrico conclamato (Asse I), in comorbidità con la tossicodipendenza, tale da richiedere un trattamento specifico.

La quota significativa di soggetti depressi che emerge dalla presente valutazione indica quanto possa essere importante la diagnosi precoce ed il supporto terapeutico mirato per questi pazienti, più di altri esposti al rischio di comportamenti auto-lesivi e suicidari.

La consistente incidenza della psicosi paranoide è tra le altre diagnosi quella verosimilmente maggiormente connessa agli esiti dell'esposizione alle sostanze d'abuso, tutte capaci di indurre tale quadro psichico, che spesso persiste anche a lungo termine rispetto alla disassuefazione.

Appare chiaro dunque quanto sia essenziale che questi pazienti vengano immessi in programmi terapeutici specifici, guidati dallo specialista psichiatra, orientati alla socializzazione ed alla integrazione affettivo-relazionale, sostenuti da interventi farmacologici appropriati e non da generiche medicazioni con sedativi.

La componente più significativa della valutazione diagnostica attuata nel presente studio ha inteso investigare in particolare la prevalenza dei disturbi di personalità (Asse II - DSM IV) tra i detenuti tossicodipendenti: tali disturbi, spesso sottovalutati, non diagnosticati e difficili da trattare sia dal punto di vista farmacolo-

gico che psicosociale, possono divenire estremamente importanti nel compromettere il funzionamento dell'individuo, le sue capacità relazionali, il suo comportamento in generale.

Le nuove conoscenze rispetto ai correlati neurobiologici dei disturbi di personalità, e inerenti le serie espressioni sintomatologiche con cui possono manifestarsi, non permettono di sottovalutare queste condizioni psicopatologiche che nel nostro campione di detenuti tossicodipendenti si presentano nella percentuale del 51.0%.

Sembra importante sottolineare che i disturbi di personalità possono non soltanto accompagnare il comportamento addittivo o il disturbo da uso di sostanze, ma anche associarsi e sovrapporsi ai disturbi di Asse I, caratterizzandone e spesso complicandone la natura clinica. Questo insieme pato-plastico non può essere interpretato come l'assiepararsi di più diagnosi, intese in modo scolastico, ma come un complesso ed embricato nucleo della sofferenza mentale dell'individuo, radicato nella sua condizione evolutiva e nel suo tessuto ambientale e relazionale. Si pensi che nel nostro campione una quota di pazienti del 14.96% presenta sia un disturbo psichiatrico maggiore in Asse I che un disturbo di personalità (Asse II), oltre al disturbo da uso di sostanze. Nell'ambito dei pazienti con disturbo di Asse I solo l'8.64% (circa un terzo) presentano il disturbo psichiatrico maggiore non associato ad un disturbo di personalità (Asse II).

A maggior ragione, il quadro psicopatologico non può essere affrontato mediante risposte standardizzate, ma impone progetti terapeutici personalizzati e continuamente sottoposti a monitoraggio.

Il disturbo da personalità antisociale e il disturbo borderline di personalità appaiono tra i più rappresentati nel nostro campione, rispettivamente nel 32,3% e nel 25,9% dei disturbi di personalità, seguiti dal disturbo narcisistico, in ordine di prevalenza, con il 10,1%, e dal disturbo paranoide di personalità (5,5%). Occorre ricordare che i disturbi di personalità del cluster B (cluster drammatico) (borderline e antisociale) appaiono essere tra i più gravi e invalidanti, connessi in misura consistente alla propensione a commettere reati, alla trasgressione e all'impulsività. L'assoluta prevalenza dei disturbi del cluster B appare in piena sintonia con la letteratura sulla comorbidità psichiatrica, sia rispetto agli studi attuati all'esterno delle strutture carcerarie, sia in relazione alle ricerche realizzate entro il carcere.

I dati ottenuti mostrano inoltre come proprio il disturbo borderline e quello antisociale di personalità si associno tra loro in

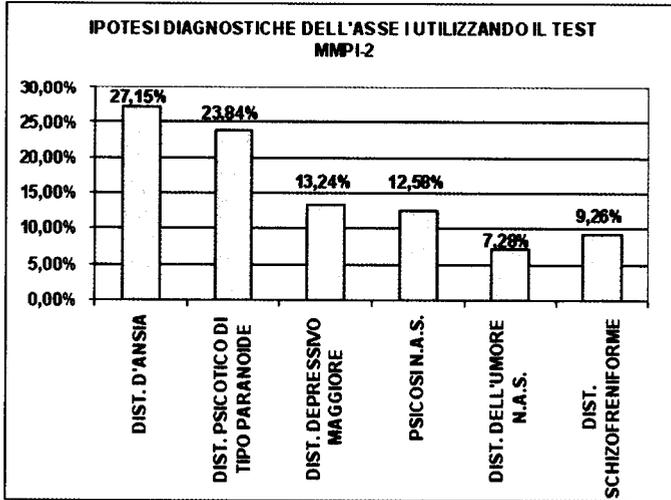
elevatissima frequenza, a confronto con le relazioni rilevabili tra gli altri disturbi di personalità. In misura minore, ma comunque più significativa delle altre sovrapposizioni diagnostiche, sono evidenti le associazioni tra disturbo borderline di personalità, disturbo narcisistico e paranoide.

Sono questi i pazienti che esauriscono le risorse dei Servizi Tossicodipendenze all'esterno del carcere, che presentano un elevato tasso di ricadute nella dipendenza da sostanze nonostante i più variegati tentativi di trattamento ambulatoriale o residenziale, farmacologico o psicosociale. Questi pazienti si ripresentano in carcere più volte nel corso di un anno, o vengono condannati a pene detentive più consistenti. Possono commettere più frequentemente acting out, gesti aggressivi e violenti, auto o etero-diretti, mettendo a rischio la sicurezza propria, quella degli altri detenuti e del personale.

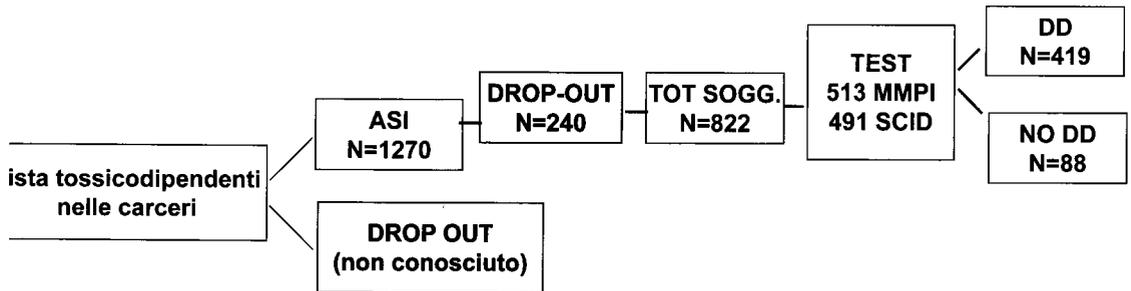
La risposta agli interventi farmacologici da parte dei disturbi di personalità appare ad oggi molto meno incoraggiante di quella che si può ottenere nel trattamento dei disturbi psichiatrici maggiori (Asse I). Se da un lato farmaci appropriati devono essere indirizzati al trattamento del desiderio impulsivo per le sostanze psicotrope d'abuso (craving), alla cura dei disturbi psichiatrici maggiori e anche dei disturbi di personalità, dall'altro questi ultimi richiedono primariamente una forte relazione con il terapeuta e un rinnovato clima terapeutico nell'ambiente penitenziario, che veda anche il coinvolgimento degli operatori della Polizia Penitenziaria, adeguatamente formati, sensibilizzati e consapevoli.

Da ultimo, è per questi pazienti più difficili che la collaborazione tra struttura penitenziaria e équipe sanitaria del Servizio Tossicodipendenze (ASL) deve presentarsi particolarmente intensa, solida e articolata, al fine di accompagnare senza discrasie percorsi clinici così complessi e prevenire in modo tempestivo le conseguenze più drammatiche di queste patologie.

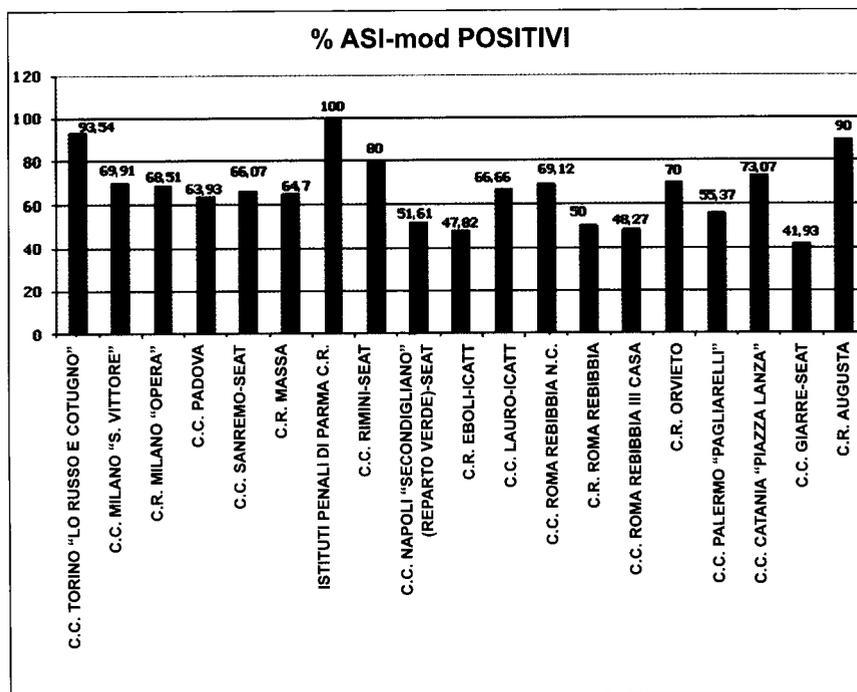
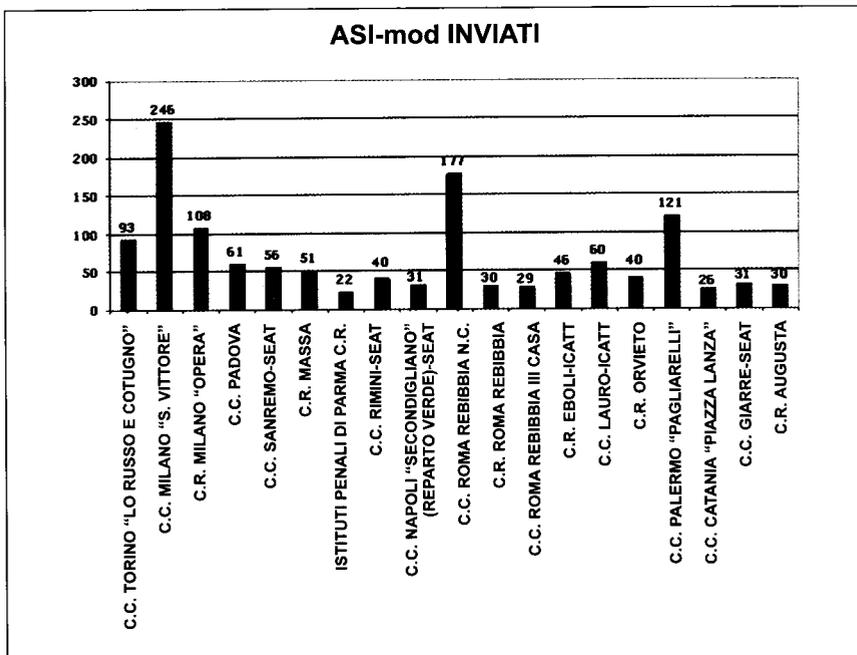
La prevalenza dei disturbi emersa dal presente studio, sia di quelli in Asse I che in Asse II, richiede una profonda riflessione istituzionale e una forte assunzione di responsabilità da parte di tutti i protagonisti del settore, finalizzate a garantire, nel prossimo futuro, gli interventi adeguati per questi pazienti, sostenuti dagli investimenti di risorse economiche ed umane, nonché dalle innovazioni nel campo della formazione e dell'organizzazione, che ne possano realmente assicurare la attuazione permanente.

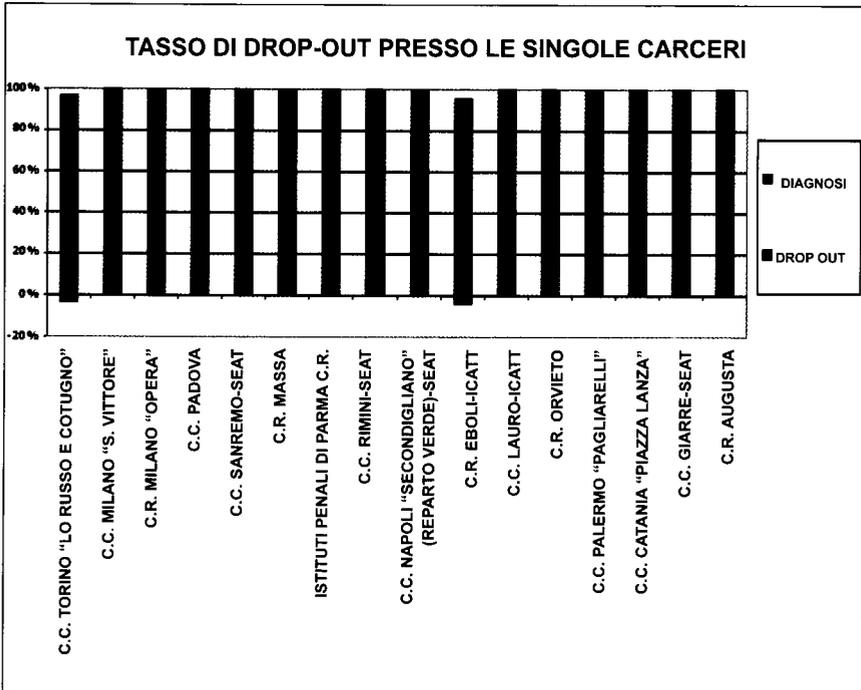
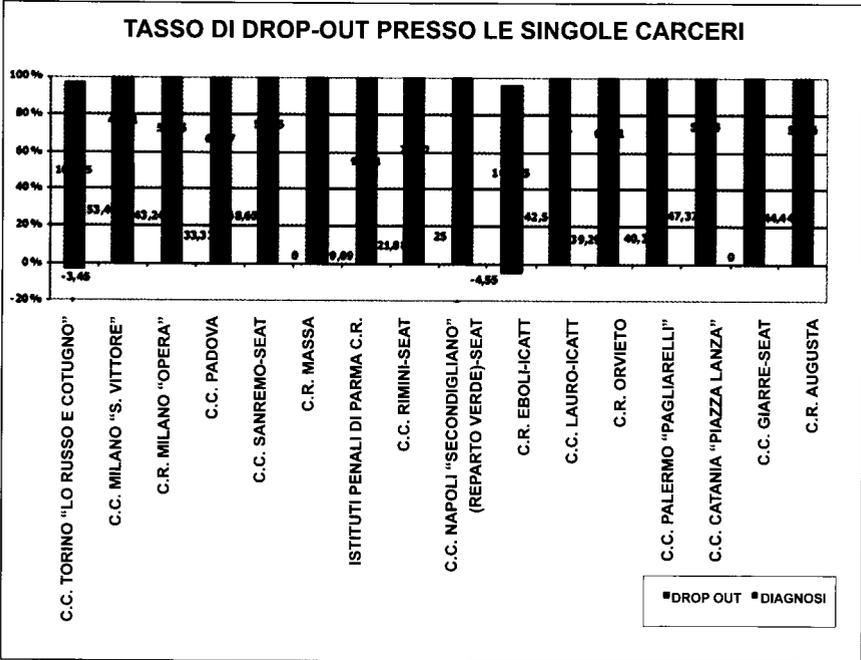


**PROGETTO DOPPIA DIAGNOSI E DIAGNOSI NASCOSTA
IL PROCESSO DI VALUTAZIONE NELLE CARCERI***



* Vedi tabella riassuntiva





Tenuto conto che il numero dei soggetti è pari a **822** (il seguente numero è dato dal numero dei soggetti contattati con ASI-mod pari a 1062 meno il drop-out calcolato pari a 240) si ottiene la seguente tabella:

	DATI RICAVATI DALLO STUDIO DEL TEST MMPI-2	DATI INVIATI DALLE CARCERI
TOSSICODIPENDENTI CON DIAGNOSI ASSE II ottenute da MMPI-2 e SCID-II	N=419 (51%)	N=419 (51%)
TOSSICODIPENDENTI CON SOLA DIAGNOSI IN ASSE II	N=339	N=423 ¹ (51,46%)
TOSSICODIPENDENTI CON DIAGNOSI IN ASSE II E IPOTESI DIAGNOSTICA IN ASSE I	N=80	-
TOSSICODIPENDENTI CON IPOTESI DIAGNOSTICA SOLO IN ASSE I	N=71 (8,64%)	N=16 (1,95%)
PERCENTUALE TOSSICODIPENDENTI CON DOPPIA DIAGNOSI	59,64% (=51%+8,64%)	53,41% (=51,46%+1,95%)

PROSPETTO GENERALE DATI R

	CARCERE	SOGG. CONTATTATI SOTTOPOSTI ALL'ASI-MOD	N. ASI PI
1	C.C. Torino "Lo Russo e Cotugno"	93	87
2	C.C. Milano "San Vittore"	246	172
3	C.R. Milano "Opera"	108	74
4	C.C. Padova	61	39
5	C.C. Sanremo -SEAT	56	37
7	C.R. Massa	51	33
8	Istituti penali di Parma C.R.	22	22
9	C.C. Rimini -SEAT	40	32
10	C.C. Napoli "Secondigliano" (Reparto Verde)- SEAT	31	16
11	C.R. Eboli- ICATT	46	22
12	C.C. Lauro- ICATT	60	40
13	C.C. Roma Rebibbia N.C.	149	103
14	C.R. Roma Rebibbia	30	15
15	C.C. Roma Rebibbia III Casa	29	14
16	C.R. Orvieto	40	28
17	C.C. Palermo "Pagliarelli"	121	67
18	C.C. Catania "Piazza Lanza"	26	19
19	C.C. Giarre- SEAT	31	13
20	C.R. Augusta	30	27
	TOTALE	1270	860

ULTI PROGETTO "DOPPIA DIAGNOSI"

ASI NEG.	MMPI	SCID	SOGGETTI DROP-OUT	TASSO % di DROP-OUT	N. D.	DOPPIA DIAGNOSI (IN ASSE II)	TOTALE
6	90	90	-3	-3,45	3	107	110 *
74	83	80	92	53,49	20	60	80
34	42	43	32	43,24	14	27	41
22	26	26	13	33,33	12	14	26
19	21	19	18	48,65	3	16	19
18	33	33	0	0	0	33	33
0	20	21	2	9,09	11	10	21
8	25	26	7	21,88	0	26	26
15	12	12	4	25	0	12	12
24	23	23	-1	-4,55	1	22	23
20	27	23	17	42,5	2	21	23
46	n.p.	n.p.	-	-	-	-	0
15	n.p.	n.p.	-	-	-	-	0
15	n.p.	n.p.	-	-	-	-	0
12	22	17	11	39,29	8	9	17
54	43	40	27	40,3	9	31	40
7	13	10	9	47,37	4	6	10
18	13	13	0	0	0	11	11
3	20	15	12	44,44	1	14	15
410	513	491	240	Media 27,54	88	419	507

* IL NUMERO SUPERA IL TOTALE DEI TEST PERCHÉ A 17 PERSONE È STATA FATTA DIAGNOSI SENZA AVER EFFETTUATO TEST IN QUANTO GIÀ CONOSCIUTI

INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Torino "Lo Russo e Cotugno"

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	% (2)
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	11	8.94
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	3	2.44
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	1	0.81
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	14	11.38
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	35	28.46
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	3	2.44
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	15	12.20
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	3	2.44
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	1	0.81
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	8	6.50
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	9	7.32
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo di Personalità</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	103	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi	0	-
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
<i>Ritardo Mentale</i>	4	3.25
TOTALE PARZIALE	4	3.25
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
<i>Psicosi</i>	3	2.44
<i>Schizofrenia</i>	2	1.63
<i>Disturbo dell'Adattamento</i>	6	4.88
<i>Disturbo Bipolare dell'Umore</i>	1	0.81
<i>Sindrome Psicorganica</i>	1	0.81
TOTALE PARZIALE	13	
NESSUNA DIAGNOSI	3	2.44
TOTALE COMPLESSIVO	123	100

(2) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Milano "San Vittore"**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	% ⁽³⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	2	2.5
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	27	33.75
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	10	12.5
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	2	2.5
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	2	2.5
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	1	1.25
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	2	2.5
<i>Dist. Depressivo</i>	2	2.5
TOTALE PARZIALE	48	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Antisociale, Dist. Borderline</i>	2	2.5
<i>Dist. Antisociale, Dist. Schizotipico</i>	1	1.25
<i>Dist. Antisociale, Dist. Narcisistico</i>	2	2.5
<i>Dist. Borderline, Dist. Paranoide</i>	3	3.75
<i>Dist. Borderline, Dist. Narcisistico</i>	1	1.25
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	1.25
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Paranoide</i>	1	1.25
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Antisociale</i>	1	1.25
TOTALE PARZIALE	12	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	20	25
TOTALE	80	100

(3) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.R. Milano "Opera"**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	% (4)
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	1	2.22
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	2	4.44
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	3	6.67
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	5	11.11
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	5	11.11
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	3	6.67
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	3	6.67
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	2	4.44
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	1	2.22
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo</i>	1	2.22
TOTALE PARZIALE	26	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Paranoide, Dist. Narcisistico</i>	1	2.22
<i>Dist. Borderline, Dist. Paranoide</i>	1	2.22
<i>Dist. Borderline, Dist. Antisociale</i>	1	2.22
TOTALE PARZIALE	3	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
<i>Psicosi</i>	1	2.22
<i>Stato Maniacale</i>	1	2.22
TOTALE PARZIALE	2	-
NESSUNA DIAGNOSI	14	31.11
TOTALE	45	100

(4) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Padova**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	% ⁽⁵⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	2	7.70
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	5	19.23
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	3	11.54
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	3	11.54
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	0	-
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	13	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Depressivo, Dist. Borderline</i>	1	3.85
TOTALE PARZIALE	1	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	12	46.15
TOTALE	26	100

(5) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Sanremo – SEAT**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	% ⁽⁶⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	3	15.79
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	0	-
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	1	5.26
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	4	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Antisociale, Dist. Borderline</i>	7	36.84
<i>Dist. Antisociale, Dist. Schizoide</i>	1	5.26
<i>Dist. Antisociale, Dist. Narcisistico</i>	1	5.26
<i>Dist. Antisociale, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	5.26
<i>Dist. Schizoide, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	5.26
<i>Dist. Borderline, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	5.26
TOTALE PARZIALE	12	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	3	15.79
TOTALE	19	100

(6) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.R. Massa**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	% (7)
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	1	3.03
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	8	24.24
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	8	24.24
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	7	21.21
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	0	-
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	24	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Antisociale, Dist. Borderline</i>	2	6.06
<i>Dist. Antisociale, Dist. Istrionico</i>	1	3.03
<i>Dist. Borderline, Dist. Narcisistico</i>	1	3.03
<i>Dist. Borderline, Dist. Schizotipico</i>	1	3.03
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Borderline</i>	2	6.06
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Dipendente</i>	1	3.03
<i>Dist. Evitante, Dist. Schizotipico</i>	1	3.03
TOTALE PARZIALE	9	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	0	-
TOTALE	33	100

(7) Incidenza calcolata sul totale complessivo

INCIDENZA DIAGNOSTICA
Istituti Penali di Parma C.R.

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	%⁽⁸⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	3	14.28
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	1	4.76
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	1	4.76
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	5	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Borderline, Dist. Antisociale</i>	5	23.81
TOTALE PARZIALE	5	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	11	52.38
TOTALE	21	100

(8) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Rimini - SEAT**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	%⁽⁹⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	3	11.54
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	1	3.85
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	0	-
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	3.85
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	5	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Antisociale, Dist. Borderline</i>	10	38.46
<i>Dist. Antisociale, Dist. Paranoide</i>	1	3.85
<i>Dist. Antisociale, Dist. Schizoide</i>	1	3.85
<i>Dist. Antisociale, Dist. Narcisistico</i>	1	3.85
<i>Dist. Borderline, Dist. Narcisistico</i>	1	3.85
<i>Dist. Borderline, Dist. Depressivo</i>	1	3.85
<i>Dist. Borderline, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	3.85
<i>Dist. Borderline, Dist. Paranoide</i>	1	3.85
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Paranoide</i>	1	3.85
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Ossessivo-Compulsivo</i>	1	3.85
<i>Dist. Paranoide, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	3.85
<i>Dist. Passivo-Aggressivo, Dist. Depressivo</i>	1	3.85
TOTALE PARZIALE	21	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	0	-
TOTALE	26	100

(9) Incidenza calcolata sul totale complessivo

INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Napoli "Secondigliano"- SEAT

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	% (10)
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	1	8.33
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	1	8.33
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	0	-
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	2	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Borderline Dist. Antisociale</i>	6	50
<i>Dist. Borderline, Dist. Paranoide</i>	1	8.33
<i>Dist. Borderline, Dist. Narcisistico</i>	1	8.33
<i>Dist. Borderline, Dist. Depressivo</i>	1	8.33
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	8.33
TOTALE PARZIALE	10	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	0	-
TOTALE	12	100

(10) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.R. Eboli – ICATT**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	%⁽¹¹⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	1	4.35
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	9	39.13
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	2	8.70
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	0	-
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	4.35
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	13	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Antisociale, Dist. Borderline</i>	1	4.35
<i>Dist. Antisociale, Dist. Evitante</i>	1	4.35
<i>Dist. Antisociale, Dist. Ossessivo-Compulsivo</i>	1	4.35
<i>Dist. Borderline, Dist. Antisociale</i>	2	8.70
<i>Dist. Paranoide, Dist. Antisociale</i>	2	8.70
<i>Dist. Passivo- Aggressivo, Dist. Antisociale</i>	2	8.70
TOTALE PARZIALE	9	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	1	4.35
TOTALE	23	100

(11) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Lauro - ICATT**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	%⁽¹²⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	2	8.70
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	1	4.35
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	2	8.70
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	1	4.35
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	6	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
<i>Dist. Antisociale, Dist. Borderline</i>	8	30.43
<i>Dist. Antisociale, Dist. Narcisistico</i>	4	17.39
<i>Dist. Antisociale, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	4.35
<i>Dist. Borderline, Dist. Narcisistico</i>	1	4.35
<i>Dist. Narcisistico, Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	4.35
<i>Dist. Dipendente, Dist. Narcisistico</i>	1	4.35
TOTALE PARZIALE	16	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	2	8.70
TOTALE	24	100

(12) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.R. Orvieto**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	%⁽¹³⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	6	35.29
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	2	11.76
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	1	5.88
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	0	-
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	9	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	8	47.06
TOTALE	17	100

(13) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Palermo "Pagliarelli"**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	%⁽¹⁴⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	2	5
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	2	5
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	9	22.5
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	8	20
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	2	5
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	3	7.5
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	1	2.5
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	1	2.5
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	0	-
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	2.5
<i>Dist. Depressivo</i>	2	5
TOTALE PARZIALE	31	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	9	22.5
TOTALE	40	100

(14) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Catania "Piazza Lanza"**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	%⁽¹⁵⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	1	10
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	1	10
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	1	10
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	1	10
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	1	10
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	10
<i>Dist. Depressivo</i>	0	-
TOTALE PARZIALE	6	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	4	40
TOTALE	10	100

(15) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.C. Giarre – SEAT**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	% ⁽¹⁶⁾
Dist. Paranoide di Personalità	3	23.08
Dist. Schizoide di Personalità	0	-
Dist. Schizotipico di Personalità	0	-
Dist. Antisociale di Personalità	4	30.77
Dist. Borderline di Personalità	2	15.38
Dist. Istrionico di Personalità	0	-
Dist. Narcisistico di Personalità	0	-
Dist. Evitante di Personalità	0	-
Dist. Dipendente di Personalità	0	-
Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.	0	-
Dist. di Personalità NAS	0	-
Dist. Passivo-Aggressivo	3	23.08
Dist. Depressivo	0	-
TOTALE PARZIALE	12	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
Dist. Schizoaffettivo	1	7.69
TOTALE PARZIALE	1	
NESSUNA DIAGNOSI	0	-
TOTALE	13	100

(16) Incidenza calcolata sul totale complessivo

**INCIDENZA DIAGNOSTICA
C.R. Augusta**

DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi	N.	%⁽¹⁷⁾
<i>Dist. Paranoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizoide di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Schizotipico di Personalità</i>	2	13.33
<i>Dist. Antisociale di Personalità</i>	4	26.67
<i>Dist. Borderline di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Istrionico di Personalità</i>	0	-
<i>Dist. Narcisistico di Personalità</i>	2	13.33
<i>Dist. Evitante di Personalità</i>	1	6.67
<i>Dist. Dipendente di Personalità</i>	1	6.67
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo di Personalità.</i>	0	-
<i>Dist. di Personalità NAS</i>	1	6.67
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	1	6.67
<i>Dist. Depressivo</i>	2	13.33
TOTALE PARZIALE	14	
DIAGNOSI IN ASSE II – come seconda diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE II – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
DIAGNOSI IN ASSE I – come unica diagnosi		
TOTALE PARZIALE	0	-
NESSUNA DIAGNOSI	1	6.67
TOTALE	15	100

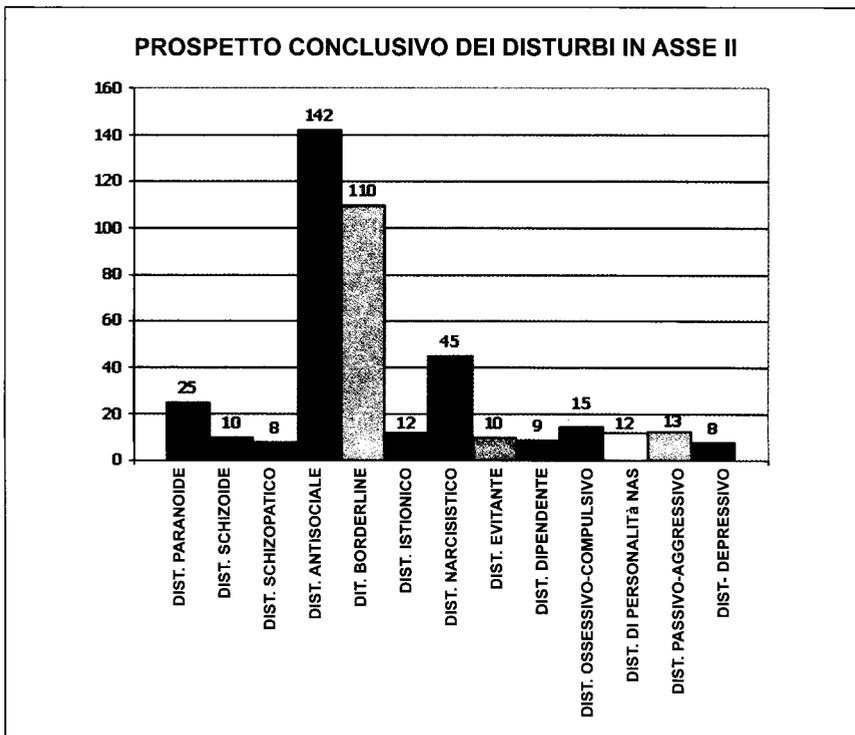
(17) Incidenza calcolata sul totale complessivo

TASSO DI DROP-OUT PRESSO LE SINGOLE CARCERI

	CARCERE	N. di DROP-OUT	TASSO di DROP-OUT
1	C.C. Torino "Lo Russo e Cotugno"	-3	-3,45
2	C.C. Milano "San Vittore"	92	53,49
3	C.R. Milano "Opera"	32	43,24
4	C.C. Padova	13	33,33
5	C.C. Sanremo - SEAT	18	48,65
7	C.R. Massa	0	0
8	Istituti penali di Parma C.R.	2	9,09
9	C.C. Rimini - SEAT	7	21,88
10	C.C. Napoli "Secondigliano" (Reparto Verde) - SEAT	4	25
11	C.R. Eboli - ICATT	-1	-4,55
12	C.C. Lauro - ICATT	17	42,5
13 14 15	C.C. Roma Rebibbia N.C. C.R. Roma Rebibbia C.C. Roma Rebibbia III Casa		
16	C.R. Orvieto	11	39,29
17	C.C. Palermo "Pagliarelli"	27	40,3
18	C.C. Catania "Piazza Lanza"	9	47,37
19	C.C. Giarre - SEAT	0	0
20	C.R. Augusta	12	44,44
	TOTALE	240	Tasso medio 27,54

**PROSPETTO CONCLUSIVO DEI DISTURBI IN ASSE II
nelle carceri coinvolte**

DIAGNOSI IN ASSE II - come unica diagnosi	N.
<i>Dist. Paranoide</i>	25
<i>Dist. Schizoide</i>	10
<i>Dist. Schizotipico</i>	8
<i>Dist. Antisociale</i>	142
<i>Dist. Borderline</i>	110
<i>Dist. Istrionico</i>	12
<i>Dist. Narcisistico</i>	45
<i>Dist. Evitante</i>	10
<i>Dist. Dipendente</i>	9
<i>Dist. Ossessivo-Compulsivo</i>	15
<i>Dist. di Personalità Nas</i>	12
<i>Dist. Passivo-Aggressivo</i>	13
<i>Dist. Depressivo</i>	8
TOTALE	419



BIBLIOGRAFIA

Abram KM, Teplin LA, McClelland GM. Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):1007-10.

Agosti V, Nunes E, Levin F. Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002 Nov;28(4):643-52.

Brady TM, Krebs CP, Laird G. Psychiatric comorbidity and not completing jail-based substance abuse treatment. *Am J Addict*. 2004 Jan-Feb;13(1):83-101.

Brochu S, Guyon L, Desjardins L. Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional services. *J Subst Abuse Treat*. 1999 Mar;16(2):173-82.

Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW Jr, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Jan;54(1):71-80.;

Cote G, Lesage A, Chawky N, Loyer M. Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. A case-control study. *Br J Psychiatry*. 1997 Jun;170: 571-7.

Cournos F, McKinnon K: HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. *Clinical Psychology Review* 17:259-269, 1997

Duclos CW, Beals J, Novins DK, Martin C, Jewett CS, Manson SM. Prevalence of common psychiatric disorders among American Indian adolescent detainees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Aug;37(8):866-73.

Edens JF, Peters RH, Hills HA: Treating prison inmates with co-occurring disorders: an integrative review of existing programs. *Behavioral Science and Law* 15:439-457, 1997

El-Mallakh P: Treatment models for clients with co-occurring addictive and mental disorders. *Archives of Psychiatric Nursing* 12:71-80, 1998

Farrell M, Boys A, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Marsden J, Singleton N, Taylor C Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *Br J Psychiatry*., 181:393-8, 2002.

Franke P, Neef D, Weiffenbach O, Gansicke M, Hautzinger M, Maier W. Psychiatric comorbidity in risk groups of opioid addiction: a comparison between opioid dependent and non-opioid dependent prisoners (in jail due to the German narcotics law) *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2003 Jan;71(1):37-44.

Gerra G, Borella F, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bubici C, Bertacca S. Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Jul 15;75(1):37-45.

Gerra G., Leonardi C., D'Amore A., Strepparola G. Fagetti R., Assi C., Zaimovic A., Lucchini A. Buprenorphine treatment outcome in dually diagnosed heroin dependent patients: a retrospective study. In press *Prog. in Neuropsychopharmacol and Biol Psychiatry*

Johnson ME, Brems C, Burke S. Recognizing comorbidity among drug users in treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002;28(2):243-61.

Jordan BK, Federman EB, Burns BJ, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM. Lifetime use of mental health and substance abuse treatment services by incarcerated women felons *Psychiatr Serv*. 2002 Mar;53(3):317-25.

Koenig HG, Johnson S, Bellard J, Denker M, Fenlon R. Depression and anxiety disorder among older male inmates at a federal correctional facility. *Psychiatr Serv*. 1995 Apr;46(4):399-401.

Kokkevi A, Stefanis C. Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*. 1995 Sep-Oct;36(5):329-37.

Lurigio AJ, Cho YI, Swartz JA, Johnson TP, Graf I, Pickup L. Standardized assessment of substance-related, other psychiatric, and comorbid disorders among probationers. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2003 Dec;47(6):630-52.

Marcus DK, Hamlin RJ, Lyons PM Jr. Negative affect and interpersonal rejection among prison inmates in a therapeutic community: a social relations analysis. *J Abnorm Psychol*. 2001 Nov;110(4):544-52.

Mueser KT, Drake RE, Miles KM: The course and treatment of substance use disorders in persons with severe mental illness, in *Treatment of Drug-Dependent Individuals With Comorbid Mental Disorders*. NIH pub 97-4172. Edited by Onken LS, Blaine JD, Genser S, et al. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1997

Munetz MR, Grande TP, Chambers MR. The incarceration of individuals with severe mental disorders. *Community Ment Health J*. 2001 Aug;37(4):361-72.

Ogloff JR, Lemphers A, Dwyer C. Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: prevalence and implications for services. *Behav Sci Law*. 2004;22(4):543-62.

Pelissier B, Wallace S, O'Neil JA, Gaes GG, Camp S, Rhodes W, Saylor W. Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2001 May;27(2):315-37.

Pelissier BM, O'Neil JA. Antisocial personality and depression among incarcerated drug treatment participants. *J Subst Abuse*. 2000;11(4):379-93.

Regier DA, Farmer ME, Rae DA, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 264:2511-2518, 1990

Robertson AA, Dill PL, Husain J, Undesser C. Prevalence of mental illness and substance abuse disorders among incarcerated juvenile offenders in Mississippi. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2004 Fall;35(1):55-74.

Roskes E, Feldman R, Arrington S, Leisher M. A model program for the treatment of mentally ill offenders in the community. *Community Ment Health J*. 1999 Oct;35(5):461-72; discussion 473-5.

Scott H, Johnson S, Menezes P, Thornicroft G, Marshall J, Bindman J, Bebbington P, Kuipers E. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry*. 1998 Apr;172:345-50.

Skinstad AH, Swain A. Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2001 Feb;27(1):45-64.

Stalenheim EG, von Knorring L. Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Oct;94(4):217-23.

Swartz JA and Lurigio *Psychiatric Illness and Comorbidity Among Adult Male Jail Detainees in Drug Treatment* *Psychiatr Serv* 50:1628-1630, December 1999

Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jun;53(6):505-12.

Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N, Paterson S, Shanahan W, Seivewright N, Ford C; Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry*. 2003 Oct;183:304-13.

RIPARTIRE DAI PIÙ FRAGILI

LUIGI CIOTTI *

Buon giorno a tutti. Intendo iniziare dai dati forniti dall'Osservatorio europeo di Lisbona che, come sapete, è l'osservatorio che, ormai da diversi anni, si occupa per l'Unione Europea di tossicodipendenze e di consumi di sostanze stupefacenti. L'Osservatorio di Lisbona dice nel suo rapporto annuale che l'istituzione che incontra il maggior numero di tossicodipendenti è il carcere. È un dato che non possiamo leggere senza una grande sofferenza e una grande inquietudine.

Nelle relazioni di questa mattina è però emerso un altro dato: una percentuale tra il 25 e il 30% dell'intera popolazione carceraria è costituita da persone che hanno vissuto il problema della dipendenza, e questo significa che la legislazione attuale, piaccia o non piaccia, non è in grado di offrire opportunità di recupero efficaci. Se tra le diverse istituzioni è il carcere quella che ha il maggiore impatto con il mondo delle dipendenze (e lo dico, guardate, con un segno di stima e di affetto per le comunità del privato sociale e per gli operatori dei Ser.T.; non è qui in discussione il valore delle persone) c'è da chiedersi se gli strumenti oggi a disposizione siano quelli più efficaci oppure ne vadano cercati altri. Chiedersi se la crescita della risposta penale nei confronti delle problematiche sociali non sia una forma di rimozione, un tappeto sotto il quale nascondere tutti i problemi più difficili scaricandoli sulla testa degli operatori penitenziari e trasformando il carcere in un contenitore di dipendenze, di malattie, di povertà. Non è qui in discussione il principio di responsabilità individuale – sono necessarie regole e paletti anche per le persone che ci chiedono aiuto – tuttavia esistono percorsi e percorsi, strumenti e strumenti, interventi e interventi.

Ascoltando questa mattina relazioni stupende e affascinanti pur nella loro difficoltà interpretativa – l'unica laurea che mi permetto di rivendicare è quella in scienze confuse... – mi sono sentito da una

* Presidente Gruppo Abele, Torino

parte stimolato, invogliato a capire e a dare una mano, dall'altra rafforzato nella convinzione che molte storie di detenuti nascono da una detenzione precedente: una "detenzione sociale". Sociale perché, prima del carcere, molte di queste storie hanno pagato il prezzo di una mancanza di politiche.

I dati di Eurostat indicano che l'Italia è ai primi posti della vulnerabilità sociale in Europa: sui 72 milioni di persone a rischio di povertà, 11 milioni sono italiane. Peggio di noi stanno solo la Slovacchia, l'Irlanda e la Grecia. E se oggi il nostro tasso di rischio povertà è stimato attorno al 19%, col venir meno di altri investimenti e forme di protezione sociale salirebbe al 42%! Ecco allora che denunciare la crescita del penale a scapito del sociale significa denunciare che alcuni diritti non sono più esigibili perché sono diritti in balia delle maggioranze politiche, qualunque esse siano. Ma i diritti non possono essere in balia delle maggioranze politiche, così come non possono essere in balia di calcoli economici, altrimenti diventano non-diritti che trovano giustificazioni in frasi del tipo «siccome non ho soldi, non offro risposte».

È qui che deve collocarsi una riflessione ampia sulla "fame chimica" di tanti giovani e non più giovani – ci sono persone che abbiamo conosciuto tanti anni fa e che continuano a consumare sostanze, entrando e uscendo dal carcere. Dobbiamo renderci conto che all'origine di questa "fame chimica" c'è una richiesta inevasa di senso, un disagio profondo di stili di vita, un'organizzazione sociale sempre più distante dai bisogni delle persone. Del resto l'unico mercato al mondo che in quarant'anni non ha mai conosciuto flessioni è quello della droga, che con le sue coperture ed i suoi giochi sanguinari di potere ha portato le mafie ad essere padrone di un business immenso. Eppure lo Stato, le istituzioni, si sono occupate di rincorrere e penalizzare soprattutto le parti più fragili del sistema – i consumatori, o i consumatori che diventano per necessità spacciatori – piuttosto che operare nella direzione di un contrasto efficace al grande crimine organizzato.

Tanti anni di lavoro mi portano a dire che quella delle droghe è una realtà talmente sfaccettata che è necessario saper distinguere per non cadere in facili confusioni. E lo dico pensando soprattutto al valore di quelle esperienze pilota che sono riuscite ad operare con grande efficacia ma anche a costruirsi una continuità, nonostante la mancanza di fondi e risorse. Come si fa a operare e a lavorare in un certo modo quando le finanziarie riducono ogni anno del 10% gli investimenti della sanità in carcere? Eppure è soprattutto in quel campo che bisognerebbe investire. Tra le persone detenute con problemi di dipendenza si evidenzia ormai uno zoccolo duro segna-

to da una doppia recidiva: la ricaduta nelle dipendenze all'uscita dal carcere e la ricaduta nella delinquenza per poter mantenere l'uso delle droghe. Ma qual'è la storia sociale, culturale e familiare che sta dietro alle doppie recidive? Si tratta di storie nelle quali è spesso difficile entrare, per noi del privato sociale come per i servizi pubblici. Tuttavia l'esperienza ci permette di fissare alcuni punti. Il primo è che nel lavoro in carcere bisogna ripartire dalle persone più fragili. È necessario strutturare l'intervento del sistema sanitario nazionale in stretta relazione con quello della medicina penitenziaria, mettere insieme il personale educativo del ministero con gli agenti di polizia penitenziaria. Ma che consistenza numerica ha questo personale educativo? Quante sono le figure in grado d'impegnarsi nell'accompagnare la storia delle persone? C'è un'evidente disparità, un rapporto sproporzionato e una mancanza di mezzi, e il risultato è un sovraccarico di lavoro fra mille difficoltà. Dobbiamo creare le condizioni per fare di più ma soprattutto fare meglio, con interventi mirati alla prevenzione e all'educazione alla salute, con l'apertura di sportelli di ascolto e di auto-aiuto, con la produzione di materiale informativo in più lingue per arrivare ai tanti amici di nazionalità diverse privi di aiuto e punti di riferimento. Ecco allora il problema del personale e della dignità del lavoro, ma anche di strumenti e servizi costruiti in funzione di uno scenario che cambia di continuo e che impone a tutti – cooperative e associazioni, comunità e servizi pubblici – una formazione e un aggiornamento costanti. È importante che gli operatori dei Sert possano dedicarsi ai trattamenti degli stati carenziali e all'accertamento dello stato di tossicodipendenza – che con l'attuale esplosione del consumo di cocaina è divenuto un compito ancora più delicato e problematico – ma al tempo stesso abbiano risorse e tempo per definire progetti per il “dopo” realistici e compatibili con le risorse della persona detenuta.

È stato detto questa mattina che in carcere la vera cosa straordinaria è riuscire a fare le cose ordinarie, e certo ci si chiede come si possa, lavorando in queste condizioni, operare senza farsi travolgere dall'emergenza del quotidiano. Credo che la risposta stia nel lavoro di rete. Dobbiamo creare una rete vasta e al tempo stesso articolata, capace di tenere in relazione il CSSA (*ndr. ora Ufficio dell'Esecuzione Penale Esterna*), i Ser.T., il privato sociale, le cooperative di inserimento lavorativo, le comunità, la magistratura di sorveglianza, il personale di polizia penitenziaria. È difficile, lo so, perché questo obbliga tutti a uno sforzo d'adattamento, a sganciarci da appartenenze familiari e rassicuranti, ma è anche l'unica strada per non vanificare il valore di esperienze che hanno saputo

davvero accompagnare la storia delle persone.

Un'altra questione urgente è quella del lavoro esterno. La persona rimessa in libertà non ha quasi mai una casa, né un'occupazione, né riferimenti relazionali significativi. Mi piacerebbe che i disegni di legge che fanno la voce grossa con i più deboli si preoccupassero finalmente di fornire strumenti per il lavoro "dentro" e "fuori" del carcere. L'offerta di un aiuto concreto sul piano dei bisogni materiali è importante, come dimostrano le tante persone riuscite con quell'aiuto a voltare pagina. Ma non basta: ci vuole un sostegno relazionale in grado di orientare la stessa fruizione dell'aiuto concreto. La solitudine delle persone uscite dal carcere è stata spesso la premessa della loro ricaduta.

Un'altra questione scottante è quella delle misure alternative, oggi ampiamente sotto utilizzate. Bisognerebbe applicarle di più, e non solo per ridurre il periodo di carcerazione ma anche, dove è possibile, per eliminarlo del tutto. A parole si continua a dire che il carcere deve essere l'*extrema ratio*: nei fatti non è così. Non sono per le vie facili, ma per percorsi concreti ed efficaci. Esistono ormai dati significativi sul successo dei trattamenti ambulatoriali fuori del carcere, quando l'opportunità di un lavoro è accompagnata da una casa e da sostegni psicologici e farmacologici adeguati. In questi casi i risultati sono addirittura migliori di quelli ottenuti dalle comunità terapeutiche dove vengono applicate quelle stesse misure.

Prima di me un funzionario ha parlato del problema del sovraffollamento e dei suoi effetti: deterioramento delle condizioni igieniche, esplosione dell'ansia e dell'aggressività. Anche qui sono soprattutto i più fragili a farne le spese. Penso proprio a quei tossicodipendenti con problemi psichiatrici di cui si è occupata la ricerca e che rappresentano, dice questo dato impressionante, il 53% della popolazione detenuta con problemi di dipendenza. Un dato peraltro riscontrato anche in un altro studio condotto con gli stessi obiettivi su un gruppo di persone "senza fissa dimora".

Credo che questa ricerca, portata avanti con grande professionalità e grazie al contributo delle molte case circondariali che vi hanno partecipato, debba essere una spina nel fianco, un costante stimolo a creare servizi idonei e non episodici sul grave problema della comorbilità tossico-psichiatrica. Ma è anche uno strumento che ci ha permesso, sia pure di sfuggita, d'imbatterci in un'altra dimensione di sofferenza, destinata ad assumere negli anni una rilevanza sempre maggiore: quella dei tossicodipendenti stranieri detenuti con problematiche di salute mentale. La disattenzione verso questi amici è tale che allo stato attuale si può dire che esistano per loro più strumenti di cura e trattamento nel carcere che fuori, ed

è veramente un paradosso inaccettabile che sia il carcere a fare da supplente alle manchevolezze del territorio.

La mia riflessione vorrebbe concludersi con un triplice augurio. Il primo è l'augurio, che rivolgo innanzitutto a me stesso, di sentirsi analfabeti, e di avvertire perciò sempre un bisogno prepotente di studiare, di confrontarsi, di approfondire, di non dare mai nulla per scontato. Il secondo augurio è di continuare a lavorare avendo in mente quella particolare vocale che è la "e". Sono le "e" – non le "o" – che mettono in relazione, e uniscono forze, competenze, ruoli. Sono le "e" che fanno lavorare in rete.

Il terzo e ultimo augurio riguarda le nostre motivazioni. Credo che non dobbiamo mai stancarci di rivisitarle e di interrogarle, perché le motivazioni vanno riconquistate, approfondite, rese permeabili ai cambiamenti della realtà. La cifra del nostro lavoro credo sia lo stupore, lo stupore che accompagna l'incontro con gli altri. Perciò quando questo stupore viene a mancare dobbiamo avere il coraggio di fermarci e di guardarci dentro, perché senza stupore il nostro impegno rischia di diventare una tecnica forse collaudata ma sterile, un mestiere smaliziato ma incapace di lasciare un segno autentico sulla vita delle persone.

**DIFFICOLTÀ ED ASPETTI CRITICI
DEL LAVORO IN CARCERE
CON PAZIENTI AFFETTI DA DOPPIA DIAGNOSI:
I PREGIUDIZI, I LIMITI OGGETTIVI,
IL QUADRO DELLE RELAZIONI ISTITUZIONALI**

SANDRO LIBIANCHI *

Il rilievo del continuo incremento dell'uso/abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti in Italia e del parallelo aumento delle relative problematiche in carcere, impone una seria riconsiderazione della natura e dell'organizzazione degli interventi terapeutici a favore delle persone coinvolte.

La ricerca scientifica nel campo delle dipendenze e l'analisi delle risorse a disposizione ha evidenziato come in taluni settori clinici, la gestione clinica della dipendenza presenta delle peculiari carenze. In particolare sarà utile citare alcuni dei quadri clinici che maggiormente risentono di queste carenze: il minore, l'extracomunitario, il portatore di problematiche connesse (psichiatriche, AIDS, epatite, recidiva, ecc.).

Un primo punto di criticità per un buon management clinico deriva dall'esistenza di una normativa specifica e dalla sua applicazione. Numerosi sono i documenti di indirizzo di derivazione internazionale ed europea, che dovrebbero poi ispirare i governi nazionali ad emanare norme in accordo con essi, ma purtroppo questo avviene in maniera limitata e spesso non conforme ai testi di partenza. A questo proposito basterà ricordare come già i dati a disposizione dei governi locali siano quasi sempre non comparabili tra loro per i diversi criteri diagnostici che ogni stato utilizza per le statistiche di settore; le norme di controllo possono essere più o meno repressive e determinare una selezione di coloro che vengono successivamente detenuti; le ripartizioni etniche variano molto da paese a paese.

Numerosi tentativi sono stati compiuti nell'ambito dei paesi

* Endocrinologo, Responsabile Medico della U.O. Ser.T. "Istituti Penitenziari di Rebibbia" – ASL Roma/B

europei per tentare di quantificare il problema della reale incidenza e prevalenza dei disturbi psichiatrici associati al consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale ed a rischio, come anche numerose sono le esperienze sperimentali di creazione di nuove forme di risposte terapeutiche ad un problema grave e poco visibile.

La valutazione della prevalenza della comorbilità nei principali paesi della UE varia infatti dal 22 all'86% in ragione alle popolazioni considerate, alla loro diversa composizione problematica e diagnosi iniziale.

Una buona prassi per la messa in campo di un'adeguata risposta terapeutica deve prevedere:

- *La realizzazione di trattamenti specifici*
- *Un'assistenza programmata a lungo termine*
- *Piani terapeutici altamente personalizzati ed integrati*
- *Individuazione di opportuni indicatori di valutazione*
- *Una formazione congiunta e condivisa*

Naturalmente ad una buona prassi deve coincidere la risoluzione dei principali problemi gestionali, che restano sempre gli stessi, come anche nei più generali interventi per la tutela della salute in carcere, e cioè:

- *La soluzione dell'incertezza organizzativa*
- *Lo scarso dialogo interistituzionale*
- *La riduzione sensibile dei fondi a disposizione.*

PREMESSA

Sono trascorsi quasi trenta anni dall'emanazione della Legge 180/78 con cui venivano superati i manicomi attraverso la loro chiusura ed era riordinata l'assistenza dei pazienti con patologie mentali attraverso un modello di intervento attuato rispettando la centralità del modello territoriale che si è rivelato efficace soltanto nelle aree laddove questo era ben applicato.

L'emergenza di nuove associazioni patologiche quali quelle tra malattia mentale, uso di sostanze stupefacenti ed il commettere reati, ha indotto il Ministero della Giustizia e gli altri organi istituzionali ad occuparsi di una realtà prima misconosciuta.

La 'Doppia Diagnosi', ovvero la coesistenza di una patologia d'interesse psichiatrico ed una di dipendenza da stupefacenti, appare da tempo una realtà rilevante quando si interviene all'interno delle strutture penitenziarie ed è in esse maggiormente concentra-

ta rispetto all'incidenza riscontrata sul territorio. Una persona che consuma droga e presenta una patologia di natura psichiatrica ha una possibilità di subire una condanna penale ed una carcerazione maggiore rispetto ad un consumatore che non presenti questa difficoltà. Una delle difficoltà che si incontrano nello studio delle prevalenze tra i detenuti dell'Unione Europea sono quelle legate alla differente legislazione di ogni paese membro, alla diversa composizione delle popolazioni generali ed alla diversa composizione della popolazione carceraria. In generale è possibile stimare che la prevalenza del consumo di droga tra i detenuti sia maggiore del 50% con ampie variazioni, dal 22 all'86%. Inoltre, sempre considerando la popolazione dell'UE, la prevalenza del consumo di regolare di droga prima dell'incarcerazione varia dal 7% al 73% ed una percentuale tra l'8% ed il 69% dei detenuti segnala un consumo di droga in carcere che è un'assunzione regolare nel 10% - 42% dei casi.

In carcere pertanto, è giustificato attendersi un'incidenza di uso di droga associata alla malattia mentale, superiore a quella che si riscontra sul territorio.

Il problema che si pone oggi al terapeuta è di poter disporre di tutti gli strumenti necessari per erogare a questi pazienti un adeguato livello assistenziale psico-socio-sanitario, ovvero riuscire a consolidare e rendere operative tutte le risorse necessarie in questo campo e disponibili sul territorio, riconoscendo comunque che il carcere non è un luogo di terapia, ma al massimo può rappresentare una buona situazione di aggancio terapeutico.

A - DEFINIZIONI

Sebbene l'uso dei termini "tossicodipendente" e "tossicodipendenza" sia ben noto e chiaro alla maggioranza dei lettori, della stampa non specializzata e dei media radiotelevisivi, ben differente è l'accezione nel contesto della medicina specialistica e nella disciplina delle Patologie da Dipendenza, anche in rapporto alle differenze, oltre che semantiche, anche clinico-diagnostiche. Un'altra variabile è rappresentata dai tentativi di nuovo inquadramento clinico-diagnostico di tutte le patologie da dipendenza unificate in "Addiction" della letteratura americana e anglo-sassone dove vengono ad essere assimilati per i loro comuni o simili meccanismi etiopatogenetici, alcuni fenomeni diversissimi tra loro come il gambling, l'internet addiction, lo shopping compulsivo, l'uso di droga, ecc.

Nell'accezione comune, il termine di tossicodipendente/nza

assume sempre una connotazione negativa con un giudizio di evidente 'vizio' di una persona che in qualche modo 'se l'è cercata'. Oltretutto, per mantenersi questo vizio commette reati e questo contribuisce ancor più alla sua etichetta sociale negativa, quindi deve essere allontanata dalla città, dalla convivenza civile e non essere visibile. Così, capita di assistere a delle vere e proprie sollevazioni popolari, quando si tratta di ottenere il trasferimento e l'allontanamento dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T.) dalla vista della gente, dalle scuole, dagli asili, lontano da tutto. Meglio se fossero del tutto eliminati. Come se eliminando le strutture delegate al recupero ed alla prevenzione degli stati di patologia da dipendenza potesse risolversi il problema della droga nelle città.

Attualmente, il riferimento di classificazione diagnostica più accreditato in Europa è rappresentato dal DSM-IV che è il manuale diagnostico degli stati di alterazione psichiatrica usato nella pratica clinica. In esso è ben differenziato il criterio di uso, abuso e dipendenza laddove il primo è la causa ed i secondi l'effetto. Ad un uso di sostanza stupefacente può conseguire un abuso, che può evolvere in dipendenza o rimanere tale. L'uso, specie quello di natura sperimentale, può rimanere un episodio limitato nel tempo o addirittura singolo e può non rappresentare un problema, anche perché solo raramente diventa di competenza clinica (intossicazione acuta). D'altra parte, l'uso di sostanze può provocare disturbi mentali che sono tra i più comuni ed invalidanti tra quelli che più frequentemente si presentano in psichiatria.

Nel DSM IV, con la dizione di "Disturbo Correlato all'uso di Sostanze" s'intendono sia quelli associati alle sostanze stupefacenti, che quelli indotti (secondari) all'uso di sostanze. Mentre i secondi sono certamente nelle normali aspettative del terapeuta come caratterizzanti il quadro clinico attuale al momento della presa in carico, i primi risultano essere di più difficile inquadramento diagnostico in quanto possono a loro volta anche rappresentare un tentativo di automedicazione del paziente che trova una falsa stabilizzazione delle sue problematiche psichiatriche attraverso l'uso di una o più sostanze stupefacenti e/o alcol.

Molti sono stati i tentativi nosografici di definizione di quest'ultima condizione di coesistenza di due differenti diagnosi, una di dipendenza da sostanze ed una di natura psichiatrica: "Doppia diagnosi", "Diagnosi duale", "Comorbidità psichiatrica".

Anche se più comunemente il termine di 'Doppia Diagnosi' è più diffuso nell'uso comune, riteniamo che la denominazione di 'Comorbidità Psichiatrica' sia più corretto.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S., 1995) definisce questa condizione quale: *“La coesistenza nello stesso individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo di natura psichiatrica”*. Secondo l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga ed il Crimine (U.N.O.D.C.C.P., 2000) un paziente comorbile è *“...una persona cui è stato diagnosticato un problema per abuso di alcol o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica, ad esempio, disturbi depressivi o schizofrenia”*.

In altri termini, per comorbidità si vuole indicare la coesistenza temporale e nella stessa persona, di due o più disturbi psichiatrici o della personalità ed il consumo problematico di sostanze stupefacenti con dipendenza.

In ultimo riteniamo che il termine di 'comorbidità' sia in ogni caso da preferire anche per il proliferare di stadi successivi di denominazioni che aggiungono altre situazioni cliniche nel tentativo di rendere unitarie le condizioni e proporre nuove sindromi (“Tripla diagnosi 1”: disturbo da uso di sostanze + patologia psichiatrica + HIV+; “Tripla diagnosi 2”: Senza fissa dimora + disturbo mentale + uso di sostanze e/o alcol, ecc.).

B - LA NORMATIVA INTERNAZIONALE

Sin dal 1948 con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, folta appare la messe di documenti di indirizzo, di organizzazione e di ricerca che sono stati pubblicati da diversi Organismi Internazionali, sia sulla salute mentale che sull'assistenza ai detenuti. In tutti i casi viene ribadito come la detenzione non possa e non debba essere un momento di perdita di diritti fondamentali dell'uomo e che ogni cura erogata all'interno delle carceri deve essere per lo meno equiparabile a quelle che si sarebbe ricevuto all'esterno del penitenziario.

I documenti più rappresentativi in questo senso sono stati:

1) 2003: Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 18 Giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causata da tossicodipendenza (2003/488/CE). È un importante documento sulla riconferma dell'importanza dell'uso degli strumenti utili alla riduzione del danno da uso di droga con particolare riferimento (art. 2.12) alla necessità di promuovere una appropriata integrazione con l'assistenza sociale e gli altri approcci

specialistici.

2) 1999: Risoluzione del Consiglio d'Europa del 18 Novembre 1999 sulla promozione della salute mentale (2000/C 86/01). Riprendendo una precedente risoluzione del Consiglio (2/6/94) nel campo della sanità pubblica dove veniva dichiarato che le malattie mentali sono causa di un elevato livello di morbilità e di spesa sanitaria globale, sottolinea (art.10) come i problemi di salute mentale sono spesso legati alla disoccupazione, all'emarginazione, all'esclusione sociale, alla mancanza di una fissa dimora e all'uso di droga ed alcol.

3) 1998: Raccomandazione n. R(98)7 del Consiglio d'Europa sugli aspetti etici ed organizzativi delle cure sanitarie in ambiente penitenziario. È senz'altro il documento più importante sul trattamento sanitario in carcere su disposizioni europee che sanciscono come la pratica medica debba essere guidata in ambiente penitenziario dagli stessi principi etici vigenti nel resto della comunità e che le misure sanitarie adottate siano per lo meno equivalenti a quelle erogate per le persone in libertà. Viene segnalata la necessità di poter disporre di consulti e visite psichiatriche ad ogni esigenza e che gli istituti più grandi siano dotati di équipe psichiatriche stabilmente formate (art. 5). I servizi di salute mentale ed i servizi sociali collegati alle prigioni hanno la missione di assistere i detenuti, di consigliarli e di rafforzare i loro strumenti d'adattamento. Questi servizi dovrebbero essere coordinati tra loro e con quelli sul territorio ed essere professionalmente indipendenti (artt. 52 - 59). Un'intera sezione è dedicata al problema della dipendenza da droghe (artt. 42 - 49).

4) 1989: Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti degradanti o inumani (adottata il 26/11/87, entrata in vigore il 1/2/89).

Viene istituito un comitato di esperti qualificati che devono vigilare sulle condizioni reali della detenzione in vari paesi e sui trattamenti o l'assenza di essi, tali da poter essere censurati.

5) 1987: Consiglio d'Europa. Raccomandazione N. R(87)3 del Comitato dei Ministri agli stati membri sulle regole penitenziarie europee. Gli scopi di queste regole sono di:

- Sollecitare le amministrazioni penitenziarie a sviluppare una politica, una gestione ed una prassi fondate su criteri moderni di finalizzazione e di equità;

- Incoraggiare il personale penitenziario a conformarsi alla deontologia professionale ed alla funzione sociale che è chiamato ad adempiere, a svolgere la propria attività in maniera da soddisfare al meglio gli interessi della collettività e dei detenuti che gli sono affidati;

- Definire criteri di base realistici che consentano alle amministrazioni penitenziarie ed ai servizi di ispezione di formulare validi giudizi sui risultati ottenuti e di migliorare ulteriormente questi ultimi;

- Stabilire un insieme di regole minime relative agli aspetti dell'amministrazione penitenziaria che sono essenziali per assicurare condizioni umane di detenzione ed un proficuo trattamento nel quadro di un sistema moderno ed avanzato.

In particolare all'art. 26 viene espressamente previsto che il servizio sanitario all'interno delle carceri deve comprendere un servizio psichiatrico per la diagnostica ed il trattamento delle problematiche psichiatriche. Deve essere quindi accertata (art. 29) l'eventuale presenza di malattie mentali che potrebbero essere di ostacolo al reinserimento dopo la liberazione (art. 32). All'art. 100 è espressamente stabilito che i detenuti 'alienati' ed 'anormali di mente' non devono essere detenuti nelle carceri e devono essere stabilite norme che ne prevedano il precoce trasferimento in stabilimenti appositi.

6) 1976: Risoluzione del Consiglio d'Europa – Comitato dei Ministri sul trattamento dei detenuti nelle reclusioni di lunga durata (76-2). Viene incoraggiata la promozione della ricerca attraverso gruppi interdisciplinari composti in particolare da psichiatri e psicologi, riguardo alle cause ed alla ripercussione di una pena prolungata sulla personalità del detenuto, accordando una particolare attenzione agli effetti delle diverse condizioni di detenzione ed alle patologie associate.

C - NORMATIVA E SUBNORMATIVA NAZIONALE

La normativa di disciplina del settore delle tossicodipendenze in carcere è in parte sovrapponibile a quella del territorio, ma con le specificità che derivano dallo stato di detenzione per le competenze del Ministero della Giustizia.

Il **D.P.R. 309/90** (Testo Unico delle leggi di disciplina degli stupefacenti) prevede espressamente all'art. 96 che ogni tossicodi-

pendente in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in funzione del proprio stato, ha diritto a ricevere le cure appropriate che sono a carico delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti per le singole strutture penitenziarie. Inoltre il Ministero della Giustizia deve organizzare reparti carcerari opportunamente attrezzati. Chi è sottoposto agli arresti domiciliari anche presso Comunità Terapeutica, grava interamente sulle competenze del Ministero. Sebbene sia in corso di promulgazione un'ampia modifica del Testo Unico per opera del Governo attuale, non sembra che questa parte delle competenze regionali sarà rettificata.

L'altra importante norma che riguarda sia il trattamento sanitario dei tossicodipendenti sia di tutti gli altri detenuti, è la **Legge 419/98** che prevede il passaggio di tutte le competenze sanitarie in carcere dal Ministero della Giustizia alle Regioni attraverso il graduale passaggio da un comparto all'altro e mediante specifici decreti. Il primo di questi è stato il **D. Lgs. n. 230/99**, sono seguiti altri cinque decreti d'attuazione fino al 2002, ma poi il processo ha subito un forte rallentamento che non ne ha ancora permesso il completamento.

La **Legge 328/2000** (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) prevede la promozione di interventi tesi a garantire la qualità della vita e le pari opportunità tra cittadini senza distinzioni, è intesa a prevenire o ridurre il disagio attraverso interventi programmati ed organizzati dagli Enti Locali secondo i principi di sussidiarietà e cooperazione interistituzionale. Viene agevolato il ruolo delle organizzazioni non-profit e di volontariato. Una parte rilevante delle progettazioni è riservata specificatamente alle persone indirizzate al superamento delle condizioni di povertà, emarginazione e di esclusione sociale.

Il **D. L. 21 Aprile 2000** (Progetto obiettivo nazionale di trasferimento delle funzioni d'assistenza in carcere dal Ministero della Giustizia alle Regioni).

Il decreto interministeriale Sanità, Giustizia, Tesoro e Bilancio definisce gli indirizzi alle Regioni tesi a garantire gli obiettivi di salute in carcere, gli interventi sanitari in tema di prevenzione, strumenti per la domiciliazione della cura, la continuità dei trattamenti e creazione di strumenti utili all'assegnazione o trasferimento delle persone con disturbi mentali.

In esso è espressamente previsto che una delle aree di mag-

gior interesse clinico sia quella della salute mentale, oltre naturalmente a quella relativa alle dipendenze.

Il **D.P.R. 230/2000** (Nuovo Regolamento di Esecuzione penale in carcere). All'art. 20 prevede particolari disposizioni per gli infermi e seminfermi di mente diversamente da quanto indicato nell'art.17 che per l'assistenza sanitaria ai detenuti, specifica che il Servizio Sanitario Pubblico "...accede in istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico...necessaria per la loro successiva reimmissione nel tessuto sociale...".

Anche il **Piano Sanitario Nazionale 2001 – 2003** riporta molti punti qualificanti del riordino della salute in carcere, quali:

- L'istituzione di Unità Operative semplici o complesse a seconda delle dimensioni della struttura penitenziaria.
- Viene previsto il ricovero nelle unità operative di degenza, per la cura degli stati acuti di malattia con la individuazione dei presidi ospedalieri e delle aziende ospedaliere nei quali istituire appositi reparti riservati ai detenuti ammalati.
- Il governo della sanità in carcere non può prescindere dall'individuazione, a livello nazionale e regionale di strutture deputate all'organizzazione, alla programmazione e al coordinamento.
- Quanto ai compiti attribuiti allo Stato, alle regioni e alle aziende sanitarie locali sono rispettate le competenze proprie di tali organi in campo sanitario, evidenziando, in ogni modo, l'esigenza di raccordo, tanto a livello centrale che locale, tra l'amministrazione della sanità e quella della giustizia, raccordo indispensabile per garantire un omogeneo ed uniforme processo di riordino.
- Notevole rilievo è dato al capitolo dedicato alla formazione e all'informazione degli operatori sanitari, degli agenti di polizia penitenziaria e dei detenuti (informazione), prioritariamente in tema di droga, AIDS, alcol e salute mentale.

I **Piani Sanitari Regionali**, pur nella loro autonomia da quello Nazionale sono tesi a realizzare i principi in esso espressi od auspicati. Diverse regioni in questi ultimi anni hanno previsto misure indirizzate alla salute in carcere con particolare riguardo alla tossicodipendenza ed alla salute mentale. In particolare la Regione Lazio nel suo Piano del triennio 2002 – 2004 ha previsto misure specifiche a favore della popolazione ristretta nelle carceri della Regione.

Anche le ASL, secondo le linee di indirizzo per la programmazione sanitaria regionale, programmano su base territoriale il dettaglio degli interventi attraverso l'**Atto Aziendale**, dove è espressa la strategia aziendale attraverso cui realizzare la missione di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini.

Anche le Municipalità e le Province, deliberano atti di indirizzo o di gestione di risorse specifiche nel settore della devianza minore e degli adulti. Tra i tanti si ricorda il "**Piano per il Carcere**" del triennio 2004-2006 del Comune di Roma. L'amministrazione comunale nella seduta del Consiglio tenutasi presso la Casa Circondariale Maschile di Rebibbia 'Nuovo Complesso' nominò le carceri di Roma quale XXI Municipio della città, impegnandosi a garantire ai cittadini detenuti gli stessi interventi e servizi previsti per i cittadini liberi ed a promuovere un percorso di lavoro che ponesse in primo piano una lettura delle problematiche tesa a realizzare reali opportunità di recupero e reinserimento. Percorso che si è reso concreto nel "Piano Permanente Cittadino per il Carcere del Comune di Roma" che ha prodotto questo primo documento che rappresenta una base di discussione e di proposta metodologica. Questo documento fu redatto con la partecipazione anche dei detenuti ed animato dalla volontà di rilanciare la questione carcere nel processo di riordino previsto dalle normative attuali.

D - TOSSICODIPENDENZA E CARCERE NELL'UNIONE EUROPEA

Le informazioni di cui si dispone circa la prevalenza e la tipologia di detenuti coinvolti nell'area dell'uso di sostanze stupefacenti nell'UE sono scarse, lacunose, spesso imprecise e difficoltosamente cumulabili.

Questa difficoltà è legata a diversi fattori critici, quali principalmente:

- le differenti legislazioni dei diversi Paesi che di fronte alla stessa tipologia di reato e della maggiore o minore tolleranza, possono determinare un evento di carcerazione o meno, selezionando di fatto la popolazione detenuta in entrata al carcere;
- i diversi criteri diagnostici, la loro assenza, condivisione o notorietà da parte delle Autorità penitenziarie dei diversi Paesi;

- l'efficienza delle forze di Polizia nella repressione dei traffici illeciti ed i conseguenti maggiori o minori arresti;
- l'attività dei Tribunali delegati alle misure alternative da applicare al tossicodipendente reo, addirittura prima dell'entrata in carcere (Italia);
- la disponibilità di opportune terapie sostitutive o di efficaci servizi sociali operanti sul territorio, la possibilità di impiego, la disponibilità di risorse aggiuntive di sostegno da parte delle Municipalità;
- l'attuazione di opportuni piani terapeutici da parte delle Comunità di Accoglienza per pazienti dediti all'uso di sostanze stupefacenti;
- l'inclusione o meno nelle valutazioni statistiche delle fasce minorili dove la diagnosi di dipendenza/abuso risulta ancor più difficoltosa.

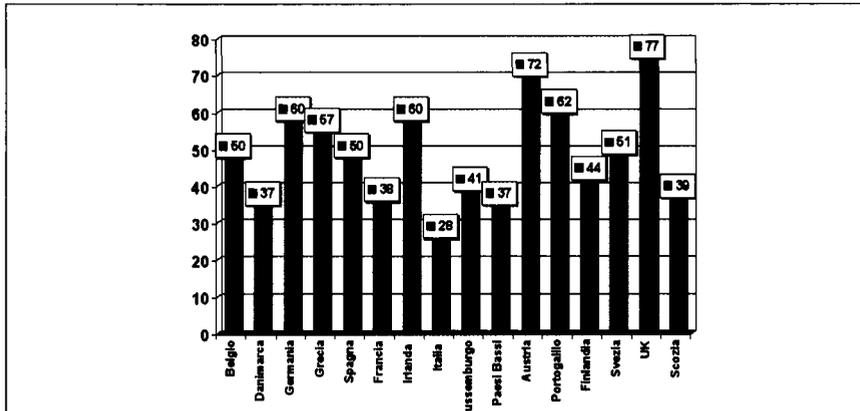
Nonostante il fatto che gli studi di cui si dispone sul tema delle tossicodipendenze e carcere in ambito della UE siano molto scarsi, questi sono caratterizzati da campioni estremamente diversi tra loro e con diverse impostazioni di rilevazione epidemiologica esistenti nei diversi Paesi ed un dato appare comune in tutti. Questo riguarda quella parte dei detenuti presente in carcere che è coinvolta nell'area delle dipendenze è stimata mediamente intorno al 50%, con una variabilità compresa tra il 20 e l'80% media nei diversi anni di rilevazione e nei diversi Paesi.

La carcerazione di una persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti e/o alcol tale da configurarne per lo meno un abuso, non sempre determina il distacco da queste, bensì è noto come la stima delle persone che consuma sostanze in carcere varia tra l'8 – 69%. Inquietante è anche il rilievo che una discreta quota di detenuti ha iniziato l'uso proprio in carcere, anche in considerazione della scarsa disponibilità nei vari Paesi di presidi sterili di riduzione del danno in carcere (disinfettanti, aghi, ecc.) che in questo momento sono presenti solo in Germania e Spagna.

In Italia, da circa 5-6 anni, si è assistito ad un decremento significativo delle presenze di tossicodipendenti in carcere a partire dall'anno 2000, così come rilevato nelle statistiche del Ministero della Giustizia. Diverse sono state le interpretazioni di questa evidenza: un incremento dell'attività dei Tribunali di Sorveglianza nell'erogare provvedimenti in misura alternativa al carcere, un maggior ricorso alle forme alternative alla detenzione in carcere (detenzione domiciliare, arresti domiciliari, semilibertà, affidamento ai Servizi

Sociali).

Tab. 1: Prevalenza dei tossicodipendenti in carcere nella UE (%)



Nelle rilevazioni del Ministero della Giustizia non è noto il sistema diagnostico di rilevazione di uno stato di tossicodipendenza, né come viene stratificata la popolazione detenuta rispetto all'abuso di sostanze stupefacenti e/o alcol. Un certo valore diagnostico assumono anche le sole autodichiarazioni di 'tossicodipendenza' in entrata al carcere rese dallo stesso interessato e dubbia è la rilevazione degli individui che vengono trasferiti da un istituto all'altro e se questi possano essere computati più volte.

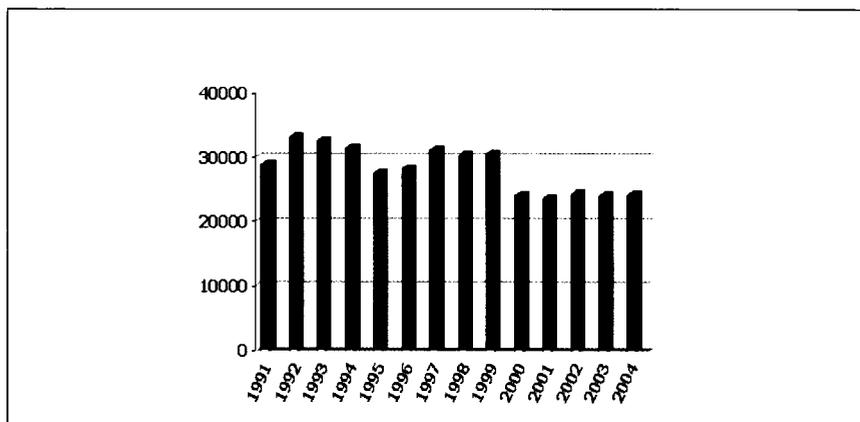
In ogni caso, numerose evidenze osservative sul confronto dei dati reali raccolti dal Ministero della Giustizia e nel contempo sulla stessa popolazione e nello stesso periodo e istituto penitenziario da un servizio specialistico per le tossicodipendenze (Ser.T.) mostrano rilevanti differenze nelle due prevalenze, attestandosi su valori più alti nel secondo caso. Quindi il dato ufficiale raccolto attualmente, appare essere ancora sottostimato in entità non trascurabile.

La piena e definitiva applicazione del D. Lgs. N. 230/99 circa il completo passaggio delle competenze in tema di dipendenza alle Regioni e quindi alle ASL, permetterebbe una rilevazione maggiormente affidabile, su basi diagnostiche certe e secondo un sistema di raccolta dati a livello nazionale, validato da anni.

Un'altra variabile nelle stime dei detenuti tossicodipendenti è quella concernente la frequente mancata considerazione della differenza tra il dato dei detenuti presenti ad una certa data ed il dato dei detenuti entrati in carcere nell'arco di un certo periodo. Il

secondo dato, senz'altro d'entità superiore all'altro è quello che a nostro avviso esprime meglio la misura del reale carico operativo di un servizio. Spesso le Amministrazioni tendono a confondere i due dati od a usarli in maniera impropria, anche a scapito del computo delle dotazioni organiche dei servizi dedicati al carcere.

**Tab. 2: Totale detenuti tossicodipendenti entrati in carcere.
Riepilogo Nazionale**



E - GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (O.P.G.)

A questi particolari Istituti di custodia e cura, l'attuale normativa demanda l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive. Essi nascono ad Aversa nel 1876, con la struttura del Manicomio Criminale. La riforma della psichiatria in Italia disposta dalla Legge n. 180/78 ha profondamente inciso sulla funzione ed il significato degli O.P.G. che sono oggetto di numerose proposte di legge nazionali e regionali, per il loro superamento.

Gli O.P.G. sono strutture eterogenee ed a gestione ministeriale per cinque di essi (Aversa, Barcellona P.G., Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Napoli) ed a completa gestione ASL quello di Castiglione delle Stiviere (MN). Altri due sarebbero in fase di apertura: Gerace (RC) e Ussana (CA).

In essi vengono allocati internati appartenenti a diverse categorie giuridiche, quali:

- Detenuti assegnati per l'accertamento della pericolosità sociale (art. 219, C.P.)

- Detenuti minorati psichici (art. 111, D.P.R. 230/00)
- Detenuti ed imputati trasferiti per perizia psichiatrica (art. 318, C.P.P.)
- Detenuti con sopravvenuta infermità mentale (art. 148, C.P.)
- Detenuti per accertamento di infermità psichica (art. 112, D.P.R. 230/00)
- Persone sottoposte a misura di sicurezza preventiva (art. 206, C.P.)
- Internati con sopravvenuta infermità mentale (art. 212, C.P.)
- Internati prosciolti per infermità mentale (art. 89-90, C.P. e art. 219, C.P.)

L'analisi della prevalenza di patologie nell'ambito degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari appare di non trascurabile importanza, poiché alcune recenti ricerche dello stesso Ministero della Giustizia hanno evidenziato come il 7,9% degli internati fosse coinvolto in reati correlati alle violazioni della Legge sugli stupefacenti (D.P.R. 309/90). Nel contempo però, soltanto il 2,34% delle diagnosi è correlato alla dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti, consolidando il sospetto della generale sottostima diagnostica in ambito penitenziario. Inoltre, tale idea è ulteriormente rinforzata dalla constatazione del tipo di disturbi presenti nei pazienti internati in O.P.G. che sono gli stessi che sul territorio più frequentemente vediamo associati a disturbi da uso delle sostanze stupefacenti, quali:

9. la schizofrenia (33,7%; DSM: 295)

10. i disturbi psicotici (23,9%; DSM: 298)

11. i disturbi di personalità (14,8%; DSM: 301, 312) che da soli costituiscono il 72,4% del totale degli stati patologici.

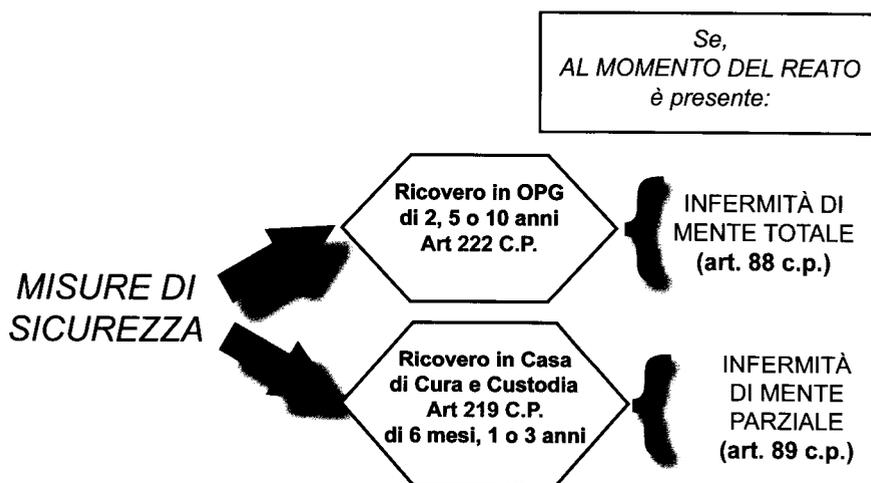
Tra le iniziative da segnalare ricorderemo la sottoscrizione da parte di tutti gli O.P.G. e le A.S.L. dei corrispondenti territori di protocolli d'intesa finalizzati alla presa in carico dei pazienti in prossimità delle loro dimissioni. Questi pazienti, ormai compensati sul piano psicopatologico e cessata pertanto la loro pericolosità sociale, possono essere riconsegnati alle famiglie ed ai territori senza correre il rischio di ingiustificate proroghe della misura di sicurezza.

Purtroppo i rapporti con i servizi psichiatrici territoriali restano abbastanza difficoltosi per vari motivi, tra i quali il timore delle rilevanti responsabilità della gestione sul territorio del 'reo-folle'; quello stesso territorio che fu luogo di reato e che oggi ostacola il reinserimento del malato di mente. Talvolta gli psichiatri stessi richiedono più o meno esplicitamente di prolungare il periodo

della misura di sicurezza e, di conseguenza, l'internamento del paziente nell'O.P.G. Un'altra ragione è la cronica carenza di quelle strutture intermedie o residenze protette per cronici bisognevoli di trattamenti di lunga durata, previste dalla legge n. 180 che dopo la definitiva chiusura dei manicomi al 31 dicembre 1996, ai sensi della Legge finanziaria del 1994, ha visto esasperare questi problemi per la mancata riconversione degli ospedali psichiatrici in queste strutture intermedie (case famiglia, comunità ad alta intensità, ecc.). Il grave ritardo nella restituzione al territorio di qualche internato in O.P.G. anche per anni, con una prolungata carcerazione ha realizzato quello che viene denominato 'ergastolo bianco'.

Oggi, i quasi 17.000 posti disponibili in queste strutture, che sono circa il doppio rispetto agli standards previsti dai diversi Progetti Obiettivo che si sono succeduti negli anni, sono occupati da pazienti per i quali non si è riusciti a completare un reinserimento con la constatazione che molte delle gestioni di queste strutture propongono più trattamenti di tipo contenitivo che di cura. In ogni modo, nonostante i notevoli progressi ottenuti nella cura farmacologica e psicoterapeutica, ancora molti sono gli abbandoni e le interruzioni con frequenti ricadute ('non compliant' e 'non responders') anche per quei pazienti che erano in remissione protratta.

Tab.3 Le misure di sicurezza e gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari



F - I REPARTI DI OSSERVAZIONE PSICHIATRICA IN CARCERE

Il Nuovo Regolamento d'Esecuzione penale in carcere, di cui al D.P.R. 230/2000, prevede all'art. 112 e 115, l'attivazione di appositi reparti di osservazione che – almeno nelle intenzioni – dovrebbero limitare l'accesso agli O.P.G., in quanto esso prevede che ogni accertamento diagnostico psichiatrico necessario, sia espletato negli istituti di normale detenzione, salvo 'particolari motivi', in luogo del ricovero in O.P.G.

Questi reparti a nostro avviso rivestono un ruolo rilevante nella valutazione e diagnostica delle patologie psichiatriche associate all'uso di sostanze stupefacenti, in quanto sono di prima accoglienza, possono disporre della diagnosi specialistica tossicologica dei Ser.T. territorialmente competenti e permettono una reale osservazione diretta del paziente nelle prime fasi del distacco presunto o reale dagli stupefacenti (v. Tab. 4).

Tab. 4: I Reparti di Osservazione Psichiatrica nelle carceri, non O.P.G.

Città	Carcere	note
Torino	'Lo Russo – Cotugno'	Due reparti (collaboratori e comuni)
Monza	Casa Circondariale	Un reparto
Bologna	Casa di Reclusione e circondariale	Un reparto
Livorno	Circondariale	-
Firenze	'Sollicciano'	Due reparti (uno femminile)
Perugia	'Capanne'	Due reparti (uno femminile) in apertura
Roma	'Nuovo Complesso' di Rebibbia	Aperto nel 2004
Napoli	'Secondigliano'	-
R. Calabria	Circondariale	Un reparto
Palermo	'Pagliarelli'	Un reparto
<i>Totale</i>		13

G - GLI ATTORI DELL'INTEGRAZIONE. LA PROGETTAZIONE

Un rilevante numero d'azioni e di interventi, spesso finalizzati alla realizzazione di progetti specifici o sperimentali, è quello

che deriva dalla collaborazione diretta tra Enti Locali ed Istituti di Pena, in genere sulla scorta di altri progetti a valenza nazionale od europea. I finanziamenti di questi progetti sono frutto di quote provenienti dall'ex Fondo Nazionale di Lotta alla Droga (oggi Fondo Sociale Nazionale), dai fondi dell'integrazione socio-sanitaria della L. 328/2000, da fondi europei su assi specifici (B1, B2), dal Ministero della Sanità e da singoli fondi erogati dalle amministrazioni coinvolte.

L'esecuzione di queste progettazioni esita comunemente la loro attuazione in seno ad **Accordi Locali** tra Direzione delle strutture penitenziarie ed Enti Locali (ASL, Comuni e Province). L'apporto delle risorse derivanti da queste progettazioni, spesso risulta essere importante anche per sanare le spese di routine delle singole carceri, che notoriamente hanno subito regolari riduzioni nella loro attribuzione al Ministero della Giustizia. Questa riduzione delle quote di spesa ha indotto gravi carenze che devono comunque essere colmate e spesso l'acquisizione di materiale di uso corrente avviene per questa via. Il limite di questo 'neosistema' di finanziamento è il rischio della mancata massimizzazione dell'impiego del fondo stesso, lo scarso raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto, la bassa riproducibilità dei modelli sperimentati e la conseguente perdita di una occasione di miglioramento della qualità delle prestazioni.

Ormai si ritiene indispensabile una '*Cabina di Regia*' indipendente, che ottimizzi e verifichi il corretto impiego dei fondi dei progetti finanziati, sia al Ministero della Giustizia che agli Enti Locali, poiché talora se ne riscontra una gestione non esente da critiche.

Una medesima analisi circa la gestione delle risorse progettuali, va riferita anche al Terzo Settore ed al Volontariato che, partner di pari dignità, intervengono spesso nell'esecuzione dei piani di lavoro.

H - PRINCIPI PER UNA BUONA PRATICA CLINICA IN CARCERE

Il paziente comorbile per una patologia psichiatrica ed una patologia da dipendenza, in carcere rappresenta un rilevante problema diagnostico e terapeutico. La diagnosi di questi pazienti tipicamente elusivi nella loro identificazione è resa difficoltosa per vari motivi. In primo luogo, la presa in carico del paziente con problemi di uso di droga non è sempre agevole da parte della sanità penitenziaria a causa della sua scarsa capacità selettiva. Non pos-

sedendo caratteri di medicina specialistica, non è sempre in grado di valutare pienamente soprattutto quelle fasce di pazienti che non hanno caratteri tipici di tossicodipendenti (venopuntura, sindrome da astinenza manifesta, ecc.). I pazienti che risultano essere più difficoltosamente identificabili, sono quelli che usano cocaina, quelli dediti all'abuso alcolico, gli utilizzatori di nuove droghe e di 'smart drugs'. Anche quando l'uso di queste sostanze è associato tra loro e/o all'eroina, la loro identificazione diagnostica risulta inferiore al numero reale.

Lo stesso tipo di difficoltà diagnostica può essere operata per coloro che sono portatori di una patologia psichiatrica. Infatti, considerando sia lo shock da arresto, che la probabile recente sospensione di eventuali terapie farmacologiche o di automedicazione con sostanze stupefacenti, all'entrata in carcere esiste la concreta possibilità che questi pazienti sfuggano ad un primo e non specialistico colloquio. D'altra parte lo Psicologo del c.d. 'Presidio Nuovi Giunti' può non essere in grado di identificare una patologia nascosta. Pertanto, appare necessaria l'attivazione di una procedura sperimentata e validata per un *riconoscimento ed intervento precoce* con un protocollo terapeutico coerente per pazienti comorbili. Critica appare essere la presa in carico precoce intracarceraria con stabilizzazione della fase acuta, laddove identificata o presente, ed un trattamento postcarcerario long term.

Una volta effettuato l'"*aggancio terapeutico*" del paziente potrà avere inizio il programma terapeutico vero e proprio e dovrà essere personalizzato, quindi multimodale ed integrato, soprattutto nella previsione degli obiettivi terapeutici che si prefigge (astinenza, terapia sostitutiva a lungo termine, stabilizzazione, controllo dell'io pulsionale, riduzione del danno, ecc.). Se il terapeuta riesce a realizzare un buon aggancio terapeutico, stabilendo anche un rapporto di empatia col paziente, sarà possibile ridurre il rischio delle ricadute psichiatriche o nell'uso di droga che tanto frequenti sono all'uscita dalle situazioni protette (carcere, comunità terapeutiche, ospedali, ricoveri, ecc.).

La ricaduta nell'uso di droga oltre che esporre al concreto rischio di overdose per bassa tolleranza agli stupefacenti, espone a medio e lungo termine al rischio della 'revolving door', per la quale alle uscite dal carcere si susseguono i rientri e le nuove uscite, senza soluzione di continuità.

Purtroppo, ad oggi, non possediamo ancora trattamenti specifici per pazienti comorbili in carcere e sarà pertanto necessario adattare gli specifici *trattamenti evidence-based* sui diversi e più rilevanti sintomi presenti.

In carcere e negli ambiti terapeutici esterni ad esso, il *'peer support'* appare essere una risorsa da non sottovalutare, anzi da alimentare e guidare.

In tutti casi deve essere riconfermata l'importanza della centralità del paziente e della sua cura che è condizione differente e completamente separata dal suo stato giuridico di quel momento. Per nessuna ragione quest'ultimo può creare e sostenere momenti di mancata presa in carico od interruzione terapeutica, anche se non infrequentemente ciò ancora avviene come ad esempio nei trasferimenti da un carcere all'altro. In tali casi la causa risiede nella mancanza di preavviso e della possibilità di predisporre una immediata presa in carico presso il carcere accettante. In questi casi, ma anche in tutti i casi di pazienti detenuti e portatori di uno stato patologico è auspicabile l'istituzione della figura del *'Case Manager'* che è un professionista che segue il paziente nel suo percorso di vita e quindi indipendentemente dallo stato giuridico o logistico. Egli è il suo riferimento completo, lo prende in carico all'entrata in carcere, cura la stesura e la verifica del trattamento e degli obiettivi raggiunti o da raggiungere, lo riconsegna al territorio e ne cura il seguito post carcerario. Il Case Manager è anche responsabile della rilevazione e della verifica di opportuni indicatori di valutazione terapeutica, come le ricadute sia nell'uso di sostanze stupefacenti e/o alcol, sia per gli abbandoni di terapia o di comunità terapeutica. Se il modello organizzativo lo prevede è possibile la coesistenza di due Case Manager: uno interno al carcere ed uno esterno, sul territorio. Entrambi valutano gli indicatori rilevati e calibrano le modifiche terapeutiche, anche dopo ed attraverso una *formazione* continua, congiunta e condivisa.

Sia all'interno del carcere attraverso i momenti di socialità, sia al suo esterno, deve essere previsto un forte e costante *coinvolgimento delle famiglie* di origine od acquisite e delle risorse locali in tema di opportunità lavorative.

L'accesso alle terapie deve essere classificabile quale *'bassa soglia'* ed i servizi erogati devono essere centrati sulle esigenze del paziente (no wrong door: non c'è una porta sbagliata)

Organizzare una risposta terapeutica in carcere per pazienti comorbili è senz'altro una grossa sfida nei riguardi delle croniche carenze culturali, operative e di risorse che rendono *'orfana'* tale situazione patologica ed ogni intervento comporta necessariamente una grande attenzione e continua verifica.

A tale proposito possiamo distinguere diverse aree d'intervento, quali:

1. Interventi nell'area penitenziaria

Nel contesto del carcere si realizzano una serie di condizioni peculiari, raramente sperimentate in precedenza e tali da costituire spesso un ostacolo da superare per l'avvio di programmi terapeutici evoluti come quello necessario per il paziente comorbile. La maggior parte delle difficoltà operative risiede nel fatto di dover richiedere ed ottenere una serie di autorizzazioni per qualunque atto che non rientri in una rigida e preordinata routine. Le autorizzazioni riguardano la costituzione e riunione dei gruppi di peer support, il reperimento dei locali, la sorveglianza da parte della polizia penitenziaria che deve essere visiva e non uditiva. Laddove si riesca ad organizzare un gruppo di questo genere sarebbe utile valutare anche la possibilità della partecipazione attiva degli agenti di polizia penitenziaria. Non una semplice sorveglianza quindi, ma partecipazione attiva oppure una sorveglianza 'esterna'.

È auspicata una progettazione interistituzionale degli eventi formativi che preveda la partecipazione di rappresentanti del terzo settore (volontariato e comunità terapeutiche).

Importanti momenti di riabilitazione intracarceraria possono essere rappresentati dalla cura verso le attività di socializzazione: teatro, musica, accudimento di piccoli animali, lettura, cinema, attività culturali, attività lavorativa interna, graduale gestione dei contatti con i familiari anche con mediazione degli operatori.

2. Interventi nell'area organizzativa

La chiave di volta tesa ad ottenere la massima integrazione tra i diversi servizi dell'A.S.L, dell'ospedale e del resto del territorio, prevede la stesura di specifici protocolli operativi tra gli enti coinvolti. I piani di zona, esperiti ai sensi della Legge 328/2000, costituiscono una buona base di partenza e di reperimento di fondi. Come nell'applicazione clinica è auspicabile l'individuazione del Case Manager, anche in questo caso deve essere individuata una struttura A.S.L che funga da capofila (Ser.T. o D.S.M) ed organizzatore, superando ogni velleità di prevalenza di un servizio o l'altro e l'attuale scarso dialogo tra istituzioni. Anche la collaborazione diretta dei Tribunali di Sorveglianza, costituisce un valore aggiunto di notevole entità. Il network finale di intervento prevede quindi una partecipazione allargata di diverse entità pubbliche e private e que-

sto tipo di organizzazione non deve sembrare troppo impegnativo o costoso in quanto alta sarà la resa sociale in termini di mancata ricaduta nella malattia e di recupero ad una certa produttività lavorativa. Oltre a ciò va sempre considerato il mancato costo concernente la commissione di nuovi reati in relazione ai Tribunali, alle carceri, alle vittime dei delitti contro la persona, ecc.

3. Interventi nell'area sociale

Una particolare attenzione dovrà essere posta da parte delle Municipalità nel reperire risorse economiche, assistenziali, alloggiative e lavorative, da inserire in un piano terapeutico mirato alla misura alternativa. Un paziente di questo genere presenta più alte possibilità di 'tenuta' sul territorio, laddove possa ricevere un sussidio minimo di avvio dopo l'uscita dal carcere. Ogni Municipio con un carcere sul proprio territorio dovrebbe prevedere linee progettuali specifiche per detenuti ed ex detenuti nei piani di zona che restano una fonte qualificata di reperimento di risorse. Un sostegno anche alle famiglie d'origine appare opportuno poiché spesso sono portatrici di multiproblematicità.

4. Interventi nell'area clinico-farmacologica

Senza dubbio l'area d'intervento clinico-farmacologico è quella che maggiormente risente di protocolli noti e validati, ma che non sono oggetto di questa trattazione e pertanto ci si soffermerà solo sulla parte della gestione pratica di terapie in atto. Quindi, dando per scontato che siano adottati modelli farmacologici a nota efficacia e che rispettino le principali linee guida del settore, bisognerà porre l'attenzione sulle variazioni posologiche e qualitative che possono intercorrere in corso di terapia. È, infatti, noto che nelle situazioni di emergenza o presunte tali c'è l'intervento immediato del medico di guardia il quale usualmente non è uno specialista in psichiatria né appartenente all'area delle farmaco-tossicodipendenze. In queste condizioni spesso si assiste ad incongrue somministrazioni specialmente di benzodiazepine che possono causare effetti paradossi in questo tipo di pazienti talvolta politrattati, anche con farmaci sostitutivi. Attenzione dovrà essere posta nell'attento monitoraggio circaquindicinale delle urine in quanto è frequente l'accumulo e lo scambio di farmaci tra detenuti controllando – per quanto possibile – che assumano la terapia prescritta. Inattese ricadute od aggravarsi di sintomi psichiatrici possono essere rivelatori di mancate od improprie assunzioni di farmaci o stupefacenti. L'alcol (vino)

può rappresentare un problema se assunto contemporaneamente alle terapie, anche perché utilizzato spesso in automedicazione. A questo proposito si ricorda come esso sia ricompreso nella tabella degli alimenti vittuari e come tale difficilmente proscrivibile dalla razione giornaliera del detenuto; scarsamente efficaci sono le proibizioni all'uso di vino al di fuori delle sezioni protette e drug free.

I farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina, idrossibutirrato) dovranno essere utilizzati in dosi adeguate e che realizzino stabilizzazione anche con trattamenti protratti (c.d. 'a mantenimento'). Indicazioni per l'uso di farmaci protettivi in fase di dimissione all'esterno si hanno con il naltrexone associato al monitoraggio congiunto con i servizi territoriali.

Tra le risorse terapeutiche non farmacologiche, ricordiamo – oltre i gruppi di peer support – anche il counselling individuale (settimanale), il 'mood group', la metodologia dei 12 passi degli Alcolisti Anonimi, la terapia cognitivo-comportamentale e la progettazione esperienziale.

La costruzione di un progetto terapeutico del genere presenta particolari difficoltà e perciò, più che altrove, vanno individuati indicatori di valutazione precoce di ricaduta e di efficacia terapeutica, tali da soddisfare la richiesta di questi pazienti di integrare strategie di salute mentale e di prevenzione delle ricadute tossicomane.

Al fine di una precoce e valida presa in carico è necessario creare un Set Diagnostico Minimo calibrato sulle specifiche esigenze locali e con il quale operare con metodologia standard. Esso deve comprendere:

- Schede e strumenti per la raccolta socioanagrafica con particolare riguardo alla famiglia di origine (sindrome fetto-alcolica)
- Anamnesi tossicologica
- Indagini diagnostiche sullo stato psicofisico
- Situazione giudiziaria precedente ed in atto
- Interventi terapeutici precedenti
- Tests psicodiagnostici (MMPI, ASI, SCID-II, ecc.)
- Adozione di criteri diagnostici validati (DSM-IV, ICD-10) con codifica
- Relazioni cliniche verso il territorio con conclusioni diagnostiche
- Modulistica per contesti
- Regolamenti e protocolli operativi

Indicazioni per un corretto approccio terapeutico al paziente comorbile in carcere

Il primo contatto di un paziente comorbile col terapeuta in carcere è un momento di grande rilievo per i successivi passi verso una presa in carico efficace. Il carcere di per sé esaspera le reazioni, estremizza i comportamenti, aumenta le paure e la reattività specialmente all'inizio della carcerazione e soprattutto nelle prime volte. Pertanto, è importante tentare di fornire alcune indicazioni utili all'approccio di questo paziente.

Usualmente ci si trova di fronte ad un uomo (rapporto uomini/donne: 7:1) della 2a - 4° decade, con una sindrome da astinenza in atto o controllata, agitato o meno, frequentemente con precedenti carcerazioni per cui può essere già noto agli operatori, che assume una terapia farmacologica di tipo psichiatrico che viene riportata imprecisamente e scarsamente affidabile sia per le dosi che per il tipo di farmaco. Spesso viene riferito il solo farmaco più gradito in luogo di quello prescritto. Un contatto telefonico con il Ser.T./D.S.M. di appartenenza potrà fornire utili elementi terapeutici.

Il primo obiettivo da perseguire è l'ottenere un campione di urine per il dosaggi dei cataboliti degli stupefacenti e farmaci, che sarà il punto di riferimento per le successive prescrizioni farmacologiche.

Il paziente viene usualmente segnalato dai medici di guardia medica che curano gli ingressi e che segnalano un 'nuovo giunto' con problemi di alcol-tossicodipendenza o sintomi psichiatrici evidenti e già sin da qui c'è l'inizio di una dicotomia terapeutica. Da una parte agisce lo psichiatra del penitenziario e dall'altra il Ser.T. di zona che interviene in carcere. Entrambi possono intervenire indipendentemente ed è solo laddove esistono accordi specifici in tal senso che è possibile una osservazione congiunta, ma ciò raramente avviene. In ogni caso il terapeuta che per primo incontra il paziente dovrà prevedere due differenti modalità di approccio a seconda che il paziente sia in stato di agitazione o sia trattabile. Se prevale lo stato di agitazione la visita-colloquio va condotta con il personale di polizia penitenziaria nelle immediate vicinanze, sebbene siano rarissime le segnalazioni di incidenti avvenuti in tali frangenti a carico degli operatori. La sala della visita è rappresentata dall'infermeria di sezione o del carcere. Il paziente va avvicinato lentamente e di fronte ma senza causare sorpresa o allarme. Ci si siede comodamente, ma comunicando attenzione verso i suoi problemi e guardando negli occhi senza fissare per evitare la sensazione dell'indagine. L'eloquio dell'operatore dovrà essere lento

e chiaro, specie se si tratta di pazienti che non parlano bene la lingua, iniziando con il presentarsi e dichiarando il proprio ruolo. Stante la situazione è, infatti, sempre possibile essere scambiati con altre professionalità non terapeutiche, quindi percepite come ostili. Il tempo del colloquio deve essere non troppo lungo da innescare meccanismi di difesa, né troppo breve da non permettere una raccolta anamnestica minima. Appena possibile o ritenuto utile il personale di polizia deve iniziare – a richiesta del medico – una vigilanza attiva solo visiva e non uditiva.

Con un paziente agitato è importante evitare comportamenti che possano innescare reazioni violente o non prevedibili, tali da essere anche pericolose per l'incolumità del professionista, come il minacciare propositi di contenzione forzata o di chiamare 'le guardie' o non prenderlo sul serio deridendolo. Evitare di compiere movimenti improvvisi o di toccare il paziente in modo inaspettato o scherzoso.

Purtroppo, talora, tutti questi accorgimenti non sono sufficienti ed è necessaria la contenzione forzata per opera del personale di polizia. Questi rimedi devono essere riservati solo ai casi in cui non sia ragionevolmente possibile fare altrimenti, a richiesta del medico e con una presenza sufficiente di personale sanitario e di polizia tale da impedire l'auto ed eteronocimento.

I - UN MODELLO OPERATIVO IN CARCERE DI INTERAZIONE SER.T. - DSM

Un recente studio condotto sui un campione significativo di Servizi per le tossicodipendenze ha evidenziato che nel 62,1% dei Servizi opera uno psichiatra strutturato od a contratto, con sede nel Servizio stesso. Nel caso delle comunità terapeutiche invece solo nel 22,2% dei casi viene utilizzato un servizio specialistico.

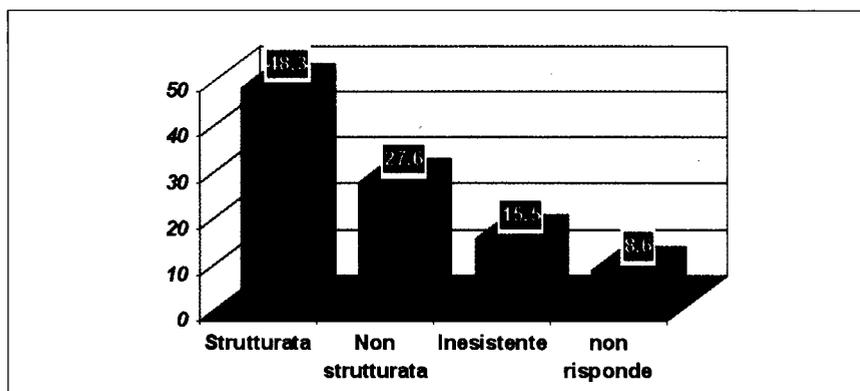
Nonostante la buona diffusione della presenza di specialisti nei Ser.T., questa non è certamente in grado di rispondere alle necessità riguardanti la presa in carico ed alla cura di pazienti con un concomitante disturbo psichiatrico.

Appare evidente quindi che esiste la chiara necessità di attivare utili sinergie interservizi con il personale e le strutture del Dipartimento di Salute Mentale. Nell'indagine sopra citata è stata indagata la presenza o meno di collaborazioni strutturate tra servizi per le tossicodipendenze e Dipartimento di Salute Mentale ed il 48,3% del campione afferma che esiste una collaborazione strutturata con il Dipartimento di Salute Mentale, mentre per il 27,6% dei Ser.T. la

collaborazione esiste anche se non strutturata. Solo un quarto circa del campione (24,1%) afferma che non esiste alcuna collaborazione o non risponde.

D'altra parte la competenza della psichiatria in campo tossicologico è conquista recente, basti pensare che la Legge 685/1975 sugli stupefacenti (quella precedente al DPR 309/90) aveva categoricamente escluso il trattamento dei tossicodipendenti presso i reparti psichiatrici. In questo gruppo di Ser.T. sono attivati programmi terapeutici e riabilitativi differenziati, specifici per i soggetti con doppia diagnosi nel 95,2% dei Servizi, nel 62,5% dei casi un paziente con doppia diagnosi incontra uno psichiatra per un colloquio più di due volte al mese e nel 50% dei Servizi del campione il paziente incontra lo specialista per una psicoterapia due o più volte al mese.

Tab. 5: Collaborazione tra Ser.T. e Dipartimenti di Salute Mentale (dati studio SIMI Italia)



Pur non esistendo una medesima ricerca nell'ambito penitenziario, è noto che simili accordi realizzati specificamente per pazienti detenuti sono molto rari ed i progetti limitati nel tempo.

I vincoli di una progettazione tra Servizi

Una progettazione tra servizi per l'erogazione di prestazioni specialistiche in carcere necessita di una progettazione rigorosa e sostenibile che possa essere sufficientemente elastica da far fronte alle mutevolezze della popolazione detenuta oggetto di assistenza, superando ogni incertezza organizzativa e strutturale.

Fermo restando che – a nostro parere – devono essere i Ser.T. a dotarsi di soluzioni per il problema della comorbidità psichiatrica, già solo in quanto questa è una sottopopolazione dei tossicodipendenti globalmente considerati, resta aperta la diatriba sul come recuperare modalità condivise nella definizione dei ruoli e nella programmazione degli interventi.

Un altro limite storico, è senz'altro legato ai differenti modi di operare dei Servizi interessati, ai differenti stili di lavoro ed alla loro integrazione, oltre alla difficoltà tecnica nel definire protocolli operativi. Questa difficoltà senz'altro riflette una più generale difficoltà nell'introdurre procedure operative innovative ed originali nei servizi pubblici. A questo proposito ricordiamo la differenza tra i due servizi nella risposta ad una richiesta di 'urgenza'. Nessun Ser.T. sul territorio ha la possibilità di rispondere sulle 24 ore in quanto sono tutti impostati su base ambulatoriale, risultano scarsissimi i posti letto per le patologie da dipendenza, non esiste il criterio della reperibilità festiva e notturna e i tossicodipendenti rientrano più facilmente nell'area penale e penitenziaria rispetto ai malati psichici.

Le risorse del SSN in costante riduzione ed il mancato passaggio dei fondi dal Ministero della Giustizia alle Regioni ai sensi del D. Lgs n. 230/99 creano senz'altro un limite rilevante specie in assenza di accreditamento di questi servizi con mancata tariffazione D.R.G..

Indicazioni per una risposta immediata del S.S.N.

Le attuali evidenze cliniche ci mostrano come l'attuazione di programmi specifici residenziali in carcere può prevenire le condizioni critiche successive alla scarcerazione e ridurre la quota dei nuovi arresti e dell'assunzione di sostanze, almeno nei primi sei mesi dopo l'uscita. Inoltre, in carcere c'è un'incidenza maggiore di pazienti comorbili rispetto al territorio e da qui si evidenzia la necessità che per i detenuti si attivino strumenti terapeutici integrati e mirati al trattamento sia del disturbo psichiatrico, sia del controllo dell'aggressività anche attraverso successivi percorsi di risocializzazione.

Sulla scorta di queste considerazioni e sulle recenti innovazioni in tema di riordini delle competenze sanitarie in carcere, le Regioni devono farsi carico a pieno titolo di questi problemi incrementando ed alimentando questo processo virtuoso di presa in carico. Anche se permangono delle rilevanti difficoltà applicative le Regioni debbono fornire utili indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali al fine di:

1. Formulare un piano d'azione per lo meno biennale
2. Fornire strumenti per implementare la parte clinica ed epidemiologica
3. Individuare specifici obiettivi da assegnare alle Direzioni Generali delle A.S.L.
4. Incrementare le dotazioni organiche
5. Creare percorsi di premialità per obiettivi riferiti agli operatori
6. Identificare centri di costo e di responsabilità
7. Favorire la formazione congiunta e condivisa tra operatori
8. Favorire l'integrazione in rete degli operatori pubblici e privati delle Comunità
9. Sostenere i processi di accreditamento di queste strutture

CONCLUSIONI

1. Lo sviluppo di una progettazione unitaria implica lo specificare ed il realizzare attività trattamentali penitenziarie e terapeutiche sanitarie che devono esitare in un cambiamento misurabile della capacità di un sistema sanitario di migliorare lo stato di salute della popolazione comorbile detenuta.

2. Una buona strategia operativa deve prevedere l'avvio di una collaborazione diretta e strutturata tra operatori dei Ser.T. e dei D.S.M. e delle strutture penitenziarie, al fine di attuare interventi altamente qualificati e con l'adozione di indicatori di esito, di qualità e di attività.

BIBLIOGRAFIA GENERALE DI RIFERIMENTO

- W.H.O.: "Lexicon of alcohol and drug terms"; Ginevra (1995).
W.H.O.: "Mental health promotion in prisons"; (1999).
W.H.O.: "Preventing suicide: a resource for prison officers"; (2000).
W.H.O.: "WHO resource book on mental health, human rights and legislation"; (2005).
U.N.O.D.C.: "World Drug Report"; (June 2005).
U.N.O.D.C.: "Demand reduction: a glossary of terms"; New York (2000).
O.E.D.T.: "Relazione annuale 2005: Focus su criminalità e situazione carceraria".
N.I.D.A.: "Principles of drug abuse treatment for criminal justice population"; (2006).
E.M.C.D.D.A.: "An overview study: assistance to drug young users in European Union prisons. Information sources"; (August 2001)
E.M.C.D.D.A.: "2004 National Report: ITALY". (2005)

C.A.S.A.: "Crossing the bridge: An evaluation of the drug treatment alternative to prison program of the National Centre of Addiction and substances abuse at Columbia University"; (March 2003).

Consiglio dell'Unione Europea: "Strategia della U.E. in materia di droga: 2005 – 2012"; (18 Aprile 2005).

Ministero della Sanità: "Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlate - X revisione"; (2001).

Ministero della Salute: "Rilevazione del settore tossicodipendenze"; Anno 2005.

Ministero della Salute: "Relazione al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30/3/01 n. 125 (Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati)"; (2005).

Ministero della Solidarietà Sociale: "Relazione annuale al parlamento sulle tossicodipendenze del 2005".

I.S.T.A.T.: "L'ospedalizzazione dei pazienti affetti da disturbi psichici (1999-2002)" – 2005.

Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome: Documento di Osservazioni e Proposte al "Piano Nazionale di Interventi in Materia di Prevenzione dell'uso di Sostanze Stupefacenti e Psicotrope, di Contrasto al Traffico Illecito e di Trattamenti Sanitari e Reinserimento Sociolavorativo delle Persone Tossicodipendenti (2004-2008): Osservazioni e Proposte"; Roma, 3 marzo 2005.

Albanese MJ, Pies R.: "The Bipolar Patient With Comorbid Substance Use Disorder: Recognition And Management". Cambridge Health Alliance, Somerville, MA, USA. CNS Drugs. 2004;18(9):585-96.

Andreoli V. (a cura di): "Doppia diagnosi tossicodipendenza e carcere". Ministero della Giustizia. 2004.

Andreoli V. (a cura di): "Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani". Ministero della Giustizia; (2002).

Leibovici L.: "Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial". British Medical Journal, 2001; 323:1450-1.

Libianchi S.: "La riduzione del danno in carcere"; in: M. Palma (a cura di) Atti del Convegno 'Il vaso di Pandora. Carcere e pena dopo le riforme' Roma. Istituto dell'Enciclopedia Italiana. 16 - 18 Maggio 1996.

Libianchi S.: "La certificazione medica in tema di affidamento a misure alternative di tossicodipendenti detenuti". In: F. S. Fortuna e S. Grieco: Atti del Convegno di Studi: "Droga e controllo penale. Tra proibizionismo e depenalizzazione". Cassino, 21 Dicembre 2004. Edizioni Università degli studi di Cassino. pp. 83-101.

McElroy et al. : "Axis I Psychiatric Comorbidity And Its Relationship To Historical Illness Variables In 288 Patients With Bipolar Disorder". Am J Psychiatry 158: 420-426, 2001.

Solivetti L.M. (a cura di): Il sistema penitenziario italiano. Dati ed analisi. Ministero della Giustizia 2003.

Vieta et al.: "Bipolar Disorder And Comorbidity". University of Barcelona, Spain, Compr. Psychiatry. 2000 Sep-Oct; 41(5): 339-43.

**INNOVAZIONE E APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI:
LA PROGETTAZIONE DI “BUONE PRATICHE”
PER IL DETENUTO TOSSICODIPENDENTE DIFFICILE**

SEBASTIANO ARDITA *

Alla luce della gran mole di dati e studi presentati nell'incontro odierno si impongono alcune considerazioni sulla dimensione normativa che funge da attuale cornice alla gestione dei reati connessi alla tossicodipendenza.

In estrema sintesi tale dimensione normativa si articola intorno a due capisaldi fondamentali: disciplina dell'uso delle droghe e dei reati connessi; condizione del tossicodipendente in quanto soggetto autore di reati, con particolare riguardo alla detenzione dello stesso.

A tal proposito è bene considerare che la tossicodipendenza appare oggi una realtà profondamente mutata rispetto al periodo degli anni 60/70 del secolo scorso, in cui il fenomeno fece irruzione per la prima volta nella società italiana, sconvolgendo i giovani e mettendo in crisi le famiglie. Altrettanto risultano di conseguenza mutate le normative che disciplinano l'uso delle droghe ed il trattamento penitenziario del tossicodipendente.

In quel periodo la dimensione del disagio culturale, della reazione disperata ad una realtà sociale considerata opprimente ed antagonista, individua nella tragica figura dell'eroinomane uno stato estremo di emarginazione e di rifiuto sociale del modello borghese. L'emarginazione era vissuta da una nicchia modesta di persone, generando un senso di "appartenenza" ad una dimensione eroico/politica oggi largamente superata.

L'attuale consumo di droghe ha perso completamente la dimensione di nicchia, diventando purtroppo un fenomeno generalizzato, e coinvolgendo sempre più spesso soggetti pienamente inseriti anche nei ruoli sociali di maggior spicco, come tristemente sottolineato dalla cronaca quotidiana.

* Direttore della Direzione Generale per i Detenuti e il Trattamento - DAP

In questa nuova ottica il fenomeno della tossicodipendenza si presta all'occultamento più che all'emarginazione, e si lega strettamente a problematiche di disagio psichico largamente diffuse nella società.

Negli anni 60/70 del secolo scorso tossicodipendenza e contesto psichiatrico erano distaccati culturalmente e metodologicamente. La psichiatria, ancora legata al concetto di contenzione, sembrava lontanissima dall'esigenza di reinserire il tossicodipendente emarginato all'interno del contesto sociale, anche se gli psichiatri furono effettivamente coinvolti fin dalle prime esperienze dei Ser.T.

La relazione del dr. Berto sulla problematica della "doppia diagnosi" rende particolarmente evidente il ritardo ancora attuale in merito alla relazione fra patologia psichiatrica e tossicodipendenza.

Il percorso purtroppo plausibile e ricorrente che porta dall'abuso di sostanze alcoliche all'uso di anfetamine, fino a concludersi nella tossicodipendenza conclamata, induce a riflettere seriamente sull'opportunità di collegare il carcere all'uso di droga.

Individuando nel carcere, cioè nella punizione delle condotte criminali, l'*extrema ratio* della risposta dello Stato ai fenomeni di delinquenza, si arriva facilmente ad intuire il paradosso che comporta la privazione della libertà di un soggetto già portatore di patologia psichiatrica.

Seguendo un breve excursus della normativa in tema di sostanze stupefacenti, è possibile evidenziare che, con il regolamento dell'11 aprile 1929, il nostro ordinamento prende atto per la prima volta del fenomeno droga, proibendo il commercio abusivo di sostanze aventi azione stupefacente. La legge n. 130 del 1933 rende vigente anche in Italia la Convenzione Internazionale di Ginevra del 1931. Accanto alla legge del 1934 si pongono gli artt. 446, 447, 729 e 730 del Codice Penale Rocco, il quale sanziona: il commercio clandestino, l'agevolazione all'uso di stupefacenti, l'abuso di stupefacenti e la somministrazione ai minori. Tali articoli saranno poi abrogati con la legge 685/75, mentre le norme della L. 1265/34 saranno abrogate dalla L. 1041/54. La norma cardine della legge del 1934 è l'art. 6 che punisce con la reclusione da 3 a 8 anni chi intraprenda attività inerenti agli stupefacenti senza disporre di autorizzazione.

La successiva Legge 1041 del 1954 disciplina la produzione, il commercio e l'impiego degli stupefacenti in modo più analitico rispetto alla normativa precedente. Fino alla legge del 1954 drogarsi era reato, l'utilizzo di droghe essendo considerato un fatto

marginale, da confinarsi al ristretto contesto medico, e volendo così prevenirne l'abuso individuale e l'eventuale emulazione e diffusione. La Legge 685 del 1975 ha per oggetto "la disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, la prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza". Si tratta di una legge che si è formata tenendo conto della Convenzione dell'ONU del 1972; a livello nazionale del ruolo del Ministero della Sanità; a livello locale delle attribuzioni delle Regioni in relazione alle loro competenze. Rispetto alla legge del 1954 che prevedeva un'unica tabella delle sostanze stupefacenti e non dettava alcun criterio per la loro identificazione, nel 1975, invece, il legislatore distingue gli stupefacenti in sei tabelle ed indica i criteri attraverso i quali operare le distinzioni. Deputate alla cura, prevenzione e riabilitazione sono le Regioni espressioni di una volontà di intervento pubblico assente nella legge del '54. La Legge del 1975 presenta le seguenti novità di rilievo: depenalizzazione per l'acquisto e la detenzione di stupefacenti e sostanze psicotrope per uso personale; riconsiderazione del tossicodipendente, quale persona da curare, riabilitare e reinserire nel mondo del lavoro e nella vita di relazione; diritto dell'assistito a mantenere l'anonimato. La legge del 1975 prende quindi atto dell'avvenuta diffusione del consumo, e con il concetto di "modica quantità" cerca di regolarne gli eccessi, distinguendo tra il consumo stesso e le attività criminose relative al commercio degli stupefacenti. Le pene stabilite sono molto pesanti, e spesso travolgono anche il consumatore estraneo allo spaccio, ma il salto culturale rappresentato dall'abolizione dell'articolo 729 è evidente: il consumo di droga non è più reato.

La Legge 162 del 1990, pur ponendosi in maniera diversa, rispetto al passato, conserva una certa continuità con la legge del 1975 poiché molti articoli sono rimasti invariati. Fondamentalmente questa legge si differenzia dalla precedente perché abroga il principio della non punibilità in caso di "modica quantità" affermando al contrario la punibilità dell'uso di stupefacenti. Questa legge è caratterizzata dalla conferma della linea proibizionista nei confronti sia delle droghe pesanti che di quelle leggere (in particolare cannabis e derivati). Sul piano della prevenzione vi è una maggiore incisività degli interventi informativi ed educativi. Fondamentale nell'attività di recupero è il programma terapeutico e socio-riabilitativo, concordato con il servizio pubblico per le tossicodipendenze (Ser.T), a cui si accede per libera determinazione e nel più assoluto anonimato. Nello stesso anno, le norme in vigore sono raccolte in un apposito Testo Unico approvato con D.P.R. 1990, n. 309. Questo Decreto introduce il concetto di "dose media giornaliera" come

limite alla detenzione, stabilendo una pena fra gli 8 e i 20 anni per il superamento della stessa.

Di fatto si produce così una criminalizzazione indiscriminata del consumatore, assimilato facilmente allo spacciatore magari solo per il possesso di uno o due milligrammi in più rispetto alla dose media giornaliera. L'effetto dal punto di vista criminologico e preventivo è disastroso: chi iniziava nel 1990 le funzioni di Pubblico Ministero si trovava ad applicare a soggetti già prostrati fisicamente e psicologicamente una pena 4 volte superiore all'appartenenza ad associazione a delinquere di stampo mafioso...

Il Testo Unico è stato modificato dopo il Referendum del 1993, che ha abrogato le sanzioni penali a carico dei consumatori di stupefacenti. La maggior innovazione introdotta dal Referendum è rappresentata dalla depenalizzazione dell'uso personale di sostanze stupefacenti. Da ciò deriva che è penalmente sanzionata soltanto la destinazione a terzi della sostanza e che conseguentemente è punito con una sanzione amministrativa l'acquisto e comunque la detenzione di sostanze stupefacenti psicotrope destinate all'uso esclusivamente personale. Legge 45 del 1999 ha attuato il decentramento alle Regioni di gran parte delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga; ha istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli Affari Sociali, un Osservatorio permanente sull'andamento del fenomeno della tossicodipendenza; ha riqualificato i servizi pubblici (Ser.T) e del privato sociale e il relativo personale.

Con il referendum popolare del 1993 questa incoerenza viene cancellata: drogarsi e detenere droga non sono più reati.

Resta naturalmente aperto il discorso della lotta alle organizzazioni criminali che sulla droga prosperano, spesso utilizzando lo stesso consumatore come terminale per lo spaccio; allo stesso tempo la chiave della "doppia diagnosi" appare l'unica in grado di dare risposte efficaci ad una problematica così complessa come è oggi la tossicodipendenza, con le sue enormi implicazioni sociali e psichiatriche e la sua diffusione di massa.

La stessa funzione del carcere sembra francamente molto limitata nei confronti della tossicodipendenza. Il trattamento penitenziario, cioè l'isolamento della struttura criminale di un individuo per operare una successiva rieducazione, appare impossibile nel caso del tossicodipendente, risultando altresì come un'inutile accanimento nei confronti di una personalità compromessa e sofferente.

Oggi l'opinione pubblica sembra mal orientata sulla tossicodipendenza: non si tratta solo di punire o prevenire un

comportamento criminoso, ma di far emergere un disagio, se non una franca patologia psichiatrica, che si nasconde spesso con vergogna e dolore all'interno delle famiglie, evitando il deprecabile etichettamento sociale degli anni 70.

Nell'affrontare la condizione del tossicodipendente in quanto soggetto autore di reati, con particolare riguardo alla detenzione dello stesso, non si può non citare la scelta dell'Amministrazione Penitenziaria di distribuire le risorse contro la droga in maniera più oculata; non è questa la sede per dilungarsi sui singoli Istituti, ma certamente gli Istituti a Custodia Attenuata per tossicodipendenti sono il fiore all'occhiello di tale scelta, e rientrano in un'ottica di rispetto della persona umana, assumendo come mandato all'azione il recupero e il successivo reinserimento del detenuto tossicodipendente. A partire dal 1991, sono state realizzate 19 strutture "a custodia attenuata" per i tossicodipendenti detenuti che accettano volontariamente di sottoporsi a un trattamento socio-riabilitativo avanzato (Circuito di II livello). Inoltre, sono stati previsti specifici livelli assistenziali standard presso tutti gli Istituti penitenziari con la finalità di garantire omogeneità nell'offerta di cura a tutti i detenuti tossicodipendenti (Circuito di I livello). Sempre nel 1991, a seguito del T.U. 309/1990, su specifica iniziativa del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, sono stati istituiti i presidi sanitari e psicologici per tossicodipendenti, quale servizio di raccordo tra il Servizio Sanitario Penitenziario e i Ser.T. territoriali, che avevano ricevuto mandato per legge di *"collaborare con il servizio sanitario penitenziario ai fini degli interventi di cura e riabilitazione a favore dei detenuti tossicodipendenti..."* (Art. 2 Decreto del 30 giugno 1990 n°444). La scarsità delle risorse a disposizione di tali strutture sanitarie ed altre oggettive difficoltà determinarono però una insoddisfacente e parziale attuazione del disposto legislativo visto che la presenza dei Ser.T. si concretizzò solo in alcuni Istituti e per un arco temporale insufficiente alla domanda di assistenza delle persone detenute. I presidi istituiti dall'Amministrazione Penitenziaria, in cui prestavano la propria opera medici, infermieri e psicologi appositamente convenzionati con rapporto libero professionale per coadiuvare i Ser.T., attualmente sono, grazie al D. Lgs. 230/99, alle complete dipendenze sia economiche che funzionali del Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti, nell'ambito del processo di riordino del Servizio Sanitario Nazionale avviato dalla Legge delega n° 419 del 30 novembre 1998 e dal successivo decreto legislativo 22 giugno 1999 n°230, in cui si sono stabilite le linee di indirizzo per il riordino di tutta la medicina penitenziaria, importanti disposizioni furono dettate pro-

prio per il servizio deputato alla cura e all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti.

Nel corso del 2001 il gruppo di lavoro istituito all'interno del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, per ricercare e proporre "interventi specificatamente mirati sui detenuti tossicodipendenti", ha concluso i lavori con l'elaborazione di un articolato documento che comprende un protocollo generale di intervento che mira soprattutto al potenziamento della fase di accoglienza del detenuto tossicodipendente negli Istituti di I livello.

L'impegno profuso da questa Amministrazione nello sviluppo di strategie per il recupero della persona tossicodipendente detenuta assume maggior rilievo se si considera che quelle forme di disagio sociale e culturale legato alla stessa tossicodipendenza portano spesso il singolo tossicodipendente ad evitare le strutture di supporto esterne, cioè i Ser.T.: la detenzione sarà per lui l'occasione per conoscere per la prima volta una realtà di assistenza.

D'altro canto è pur vero che è ancora presente, specie nei grandi Istituti come San Vittore o Poggioreale, un processo di occultamento delle problematiche individuali che ha spesso esiti tragici.

Il connubio tra malattia mentale, tossicodipendenza e detenzione va a tal fine spezzato, collegandosi sistematicamente ai Ser.T. ma recuperando anche il rapporto con la psichiatria, perdutosi negli anni '70 quando le dipendenze patologiche si sono costituite come disciplina ed istituzione autonoma, con filosofie e pratiche di intervento proprie, nonché con scarsi contatti con il resto del mondo psichiatrico. La psichiatria è sembrata disinteressarsi di questi problemi, individuando il proprio campo d'azione nel trattamento dei disturbi psichiatrici primari non complicati.

La tossicodipendenza richiede quindi un intervento completo, cioè non soltanto di tipo farmacologico attraverso la somministrazione di metadone (come purtroppo ancora molti interventi Ser.T. si limitano ad offrire), ma plurispecialistico, nel quale aspetti di tipo psicologico, psichiatrico (laddove necessario) e sociale siano presenti in maniera determinante e qualificante. In tal senso, la possibilità di usufruire di misure alternative consente di diminuire la presenza dei tossicodipendenti in carcere e soprattutto la possibilità di un recupero con maggiore probabilità di successo rispetto all'ambiente carcerario. Particolarmente interessante a tal proposito è la prospettiva di allargare l'intervento delle comunità terapeutiche all'area penitenziaria. Le comunità terapeutiche offrono, infatti, un contesto trattamentale che non ha un sapore segregante e che predilige quell'attenzione verso l'aspetto psicologico di cui nelle

strutture penitenziarie si lamenta la carenza.

Questa Amministrazione intende non far mai venire meno l'impulso dato ai singoli Provveditorati e Direzioni di Istituto per farsi promotori essi stessi di iniziative regionali o locali a favore della popolazione detenuta tossicodipendente, utilizzando le risorse disponibili localmente e promuovere con ogni sforzo l'integrazione forte con i Servizi per le Dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali.

I Ser.T., i servizi di salute mentale, le comunità terapeutiche, gli Enti Locali, integrandosi con i servizi che l'Amministrazione offre ormai da decenni nel settore, dovrebbero muoversi in sinergia durante la detenzione delle persone per accoglierne il ritorno nel territorio al momento della dimissione dall'Istituto penitenziario. Certamente grande deve essere l'enfasi da dare alle problematiche tuttora presenti e da superare, creando una cultura teorica ed operativa comune tra servizi. Infatti, non poche sono le carenze di integrazione fra le strutture, le carenze di comunicazione fra gli operatori, la resistenza all'adozione di un linguaggio comune, l'insufficiente condivisione dei progetti terapeutici e delle responsabilità di cura, la carenza di risorse umane e di strutture idonee, la carenza di formazione a tutti i livelli.

Compito dello Stato e delle sue articolazioni istituzionali, anche attraverso l'eventuale detenzione, è proporre le soluzioni più appropriate e integrate al fine di assicurare il pieno recupero della persona tossicodipendente.

**“DOPPIA DIAGNOSI”:
EPIDEMIOLOGIA, PSICOPATOLOGIA ED ASSESSMENT
DELLA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA
NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE ⁽¹⁾**

MASSIMO CLERICI *

Il problema della “doppia diagnosi” appare interessare in modo crescente i servizi psichiatrici italiani. Gli studi epidemiologici evidenziano tassi di comorbidità molto elevati, ma assai variabili. Appare pertanto indispensabile individuare i principali elementi diagnostici, epidemiologici e di valutazione utili all’implementazione di servizi efficaci per il trattamento. Una ricerca bibliografica è stata effettuata nei database elettronici Medline e PsychInfo dalla quale è risultato fondamentale - a causa delle difficoltà diagnostiche - l’utilizzo di strumenti di valutazione (screening per individuare le popolazioni a rischio e assessment per la definizione del funzionamento psicosociale) adeguatamente formulati al fine di facilitare le successive procedure terapeutiche per gli utenti dei servizi di salute mentale, sospettati di avere anche un disturbo da uso di sostanze, e per gli utenti dei servizi per le dipendenze sospettati di avere un disturbo mentale. I disturbi di personalità sono di frequente riscontro, specialmente quelli antisociali e borderline, così come i disturbi dell’umore, in particolare depressione e disturbo bipolare, che espongono ad elevato rischio suicidario. I risultati del trattamento di questi pazienti sembrano dipendere principalmente dai seguenti aspetti: a) motivazione del paziente, b) formazione e quantità dello staff nel programma, c) organizzazione del servizio e razionale terapeutico del programma.

⁽¹⁾ Questa relazione costituisce il risultato di un lavoro comune svolto dall’Autore con **Rosangela Scioli** (Psichiatra, Azienda ospedaliera della Provincia di Pavia), **Lorenzo Restani** (Psichiatra, Istituto S. Cuore di Gesù Fatebenefratelli - San Colombano al Lambro - MI), **Giuseppe Carrà** (Psichiatra, Department of Mental Health Sciences - Royal Free and University College - Medical School of London).

* Psichiatra, Università Statale di Milano, Ospedale San Paolo

INTRODUZIONE

La complessità del problema della “doppia diagnosi” si pone in termini urgenti per i servizi psichiatrici sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico (1). È, infatti, arduo stabilire una corretta diagnosi psichiatrica nei tossicodipendenti e distinguere se la sintomatologia psichiatrica sia primaria o secondaria all'uso di sostanze. Ulteriori difficoltà scaturiscono dall'elevata prevalenza di disturbi correlati a sostanze nei pazienti psichiatrici ed, infine, dal fatto che le due patologie concomitanti tendono spesso a mascherarsi a vicenda (2). L'elevata percentuale di drop-out (3) rende, inoltre, indispensabile un'accurata valutazione dei singoli casi (4) con diversi approcci.

Numerosi autori hanno, quindi, ritenuto opportuno introdurre strumenti di valutazione (di *screening*, per individuare le popolazioni a rischio, e di *assessment*, per delineare il funzionamento psicosociale) adeguatamente formulati (5-8) al fine di facilitare le successive procedure diagnostiche sulle condizioni di abuso e dipendenza, sui disturbi psichiatrici e sulle relazioni tra queste ed altri disturbi fisici.

I servizi sanitari psichiatrici e per le tossicodipendenze si trovano a gestire da alcuni anni tale popolazione clinica. Le recenti evidenze della letteratura offrono molteplici elementi che possono essere utilmente adattati ed incorporati al fine di orientare i trattamenti offerti verso uno standard di *good clinical practices*, ove esiti e soddisfazione degli utenti siano i principali punti di riferimento.

Una ricerca bibliografica è stata pertanto effettuata nei database elettronici Medline e Psych Info (1970-2004), limitata agli item con abstract, utilizzando la *search phrase* (“Mentally Ill Persons”[MeSH] AND “Substance-Related Disorders”[MeSH]). Una ricerca manuale è stata inoltre effettuata tra le voci bibliografiche citate negli articoli reperiti.

RISULTATI

1. Nosografia

Il concetto di comorbidità nasce in ambito internistico per indicare la coesistenza nello stesso soggetto di più malattie distinte, definendo la comorbidità come “ogni distinta entità clinica aggiunta che c'è stata o può comparire nel decorso clinico di un paziente che ha una malattia indice sotto osservazione” (9). In tale definizione è implicito il fatto che si parli di comorbidità solo quando, nello stes-

so individuo, sono contemporaneamente presenti (in un intervallo definito), due o più entità nosologiche con distinta eziologia (10). In caso contrario si rischierebbe di confondere la comorbidità con "un insieme di epifenomeni" che possono più o meno prevalere nel quadro di una stessa patologia (11). Il concetto di comorbidità infatti, benché teoricamente derivabile dalle più ampiamente riconosciute classificazioni diagnostiche quali il DSM-IV (12) e l'ICD-10 (13), perde chiarezza quando si considera che le diagnosi di disturbi psichiatrici sono basate su criteri sintomatologici descrittivi. Il rapporto tra disturbi psichiatrici e tossicodipendenza, è ben rappresentato dal "paradosso evolutivistico" dell'uovo e la gallina (14), dovendosi riconoscere la possibilità di una relazione causale in entrambe le direzioni. Tale problematicità è alla base del termine, ormai affermatosi, di *dual diagnosis* (1), una definizione che indica la coesistenza di problemi psichiatrici ed abuso di sostanze come dato puramente osservazionale, per porre l'accento sull'eterogeneità o aspecificità della categoria (15).

Di notevole interesse appare la posizione che non sostiene ipotetiche relazioni tra specifiche diagnosi psichiatriche e decorso ed esito della tossicodipendenza, ma pone piuttosto l'accento sulla gravità della psicopatologia (16).

Tutte le sostanze possono sia causare sia esacerbare una sintomatologia psichiatrica, anche se è possibile supporre come gli individui che sviluppano una sintomatologia psichiatrica, in seguito all'uso di sostanze, abbiano una maggiore vulnerabilità alla malattia mentale. Questa ipotesi potrebbe aiutare a spiegare la correlazione esistente tra l'uso di droghe e l'esordio di una patologia psichiatrica o le eventuali ricadute, anche perché i pazienti con disturbi mentali sono molto sensibili agli effetti delle sostanze psicoattive e quindi una dose minima può produrre effetti considerevoli (17).

Le ragioni per cui un paziente con un disturbo psichiatrico ricorre alle sostanze in genere sono le stesse che adduce il resto della popolazione generale (per "tirarsi su", per rilassarsi, per maggiore disponibilità o accettabilità della sostanza, ecc.).

La teoria dell'automedicazione suggerisce la ricerca, nella sostanza usata, di un sollievo e un rimedio contro i sintomi della malattia psichiatrica con un impatto sulla *compliance* al trattamento (18). Tale teoria non spiega del tutto la maggiore prevalenza dell'uso di sostanze nei pazienti con disturbi psichiatrici, confrontato con quello della popolazione generale, sia perché molti pazienti che riferiscono un uso autoterapico delle sostanze in realtà hanno manifestato prima gravi disturbi correlati alle sostanze, sia perché le sostanze peggiorano il decorso della malattie psichiatriche: quindi,

nella maggioranza dei casi è l'astensione dall'uso che porta ad un miglioramento dei sintomi (19). Inoltre, la selezione della sostanza non è correlata alla diagnosi (20); il fattore disponibilità influisce sulla scelta (21); i pazienti affetti da grave patologia psichiatrica sono quasi sempre politossicodipendenti (22) e non vi è alcuna evidenza che l'automedicazione sostenga l'uso continuativo (23).

2. Epidemiologia

L'estrema variabilità riscontrata negli studi di prevalenza tra la popolazione generale e quella in trattamento è, in parte, legata a fattori quali:

- Metodologia di *assessment* e criteri utilizzati per porre la diagnosi;
- Setting del trattamento;
- Caratteristiche demografiche o degli utenti dei servizi;

Dall'Epidemiology Catchment Area (ECA)-Study risulta che il 16.7% della popolazione generale statunitense ha un disturbo correlato a sostanze, il 32.7% soffre di uno o più disturbi mentali e/o disturbi correlati a sostanze e il 29% di individui affetti da un disturbo mentale è costituito da tossicodipendenti (20). Il 47% e il 57% dei pazienti, con una diagnosi rispettivamente di schizofrenia e di disturbo bipolare, mostra un concomitante disturbo correlato a sostanze (24). I dati ottenuti dal National Comorbidity Study (NCS), condotto tra il 1990 ed il 1992, hanno evidenziato che, nella popolazione generale statunitense, in una fascia d'età compresa tra i 15-54 anni, il 28.8% è affetto da un disturbo correlato a sostanze e/o disturbo mentale. Il 42.7% dei tossicodipendenti, inoltre, presenta un concomitante disturbo psichiatrico e il 14.7% di pazienti psichiatrici un disturbo correlato a sostanze (25).

I risultati dell'Ontario Mental Health Supplement - studio condotto in Canada secondo una metodologia analoga al NCS - rivelano valori di prevalenza, per età comprese tra i 15-64 anni, leggermente inferiori rispetto agli studi statunitensi: solo una percentuale del 18.6% della popolazione generale risulta affetta da una o più patologie mentali e/o disturbo correlato a sostanze (26).

Il National Psychiatric Comorbidity Survey britannico si proponeva di valutare la prevalenza delle malattie mentali negli ultimi dodici mesi all'interno della popolazione generale ed in quelle sottopopolazioni che già in precedenza erano state individuate come problematiche (i senzatetto e gli utenti di istituzioni psichiatriche), fornendo, inoltre, informazioni circa l'uso di sostanze e la correlazione con altre diagnosi psichiatriche. L'uso continuativo di sostanze è

stato rilevato nel 5% degli individui residenti, nel 10% degli individui ricoverati in strutture psichiatriche ospedaliere o residenziali, nel 28% dei senza-tetto e per il 46% degli utenti di dormitori (27).

I dati sulla presenza di patologia psichiatrica in popolazioni cliniche di pazienti tossicodipendenti danno, quindi, tassi di comorbidità variabili da più del 50% al 93% (20, 18, 28), mentre tra i soggetti con una malattia mentale grave, approssimativamente il 50% sviluppa un abuso (29).

In Italia, studi di prevalenza mettono in luce tassi variabili: tra i pazienti di una comunità terapeutica il 30.1% per i disturbi di Asse I e il 59.3% per i disturbi di Asse II (30), mentre in pazienti in terapia di mantenimento con metadone, il 53.8% per disturbi di Asse I e il 43.5% per disturbi di Asse II (31). Pozzi et al. hanno riportato tassi di comorbidità del 26.2% in pazienti valutati clinicamente e del 32.3% in utenti di Ser.T. valutati con interviste strutturate (32), mentre altri riscontrano percentuali di circa il 47% tra gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali (33). In studi più recenti la prevalenza della comorbidità per disturbi correlati a sostanze sul totale di pazienti ricoverati in SPDC, è del 9.5%. (34), mentre in pazienti ambulatoriali afferenti ai servizi per le dipendenze il tasso di comorbidità è risultato del 36% (35).

3. Lo Screening per la Doppia Diagnosi

Nella clinica delle dipendenze, oltre al trend corrente nei confronti della codifica di pratiche mediche, svariati fattori possono contribuire ad accrescere il bisogno dell'applicazione clinica di linee - guida.

Un primo scopo consiste nell'identificazione dei casi clinici, il secondo nella diagnosi multidimensionale. Scopo dello screening, infatti, non è quello di descrivere il completo profilo di funzionamento psicosociale dei pazienti, ma, piuttosto, di identificare se un individuo ha un disturbo mentale o da abuso che necessita di un *assessment* più approfondito.

Per lo screening sono indicati strumenti brevi, che non diano facilmente falsi positivi ed abbiano una buona attendibilità e validità (36). Semplici metodi di misura e d'approccio, infatti, possono avere valore come parte di un processo di decision-making clinico, specialmente in setting in cui procedimenti più sofisticati non sono appropriati o, ad esempio, durante il periodo iniziale di contatto o d'ingresso nel programma di trattamento.

Un esempio di procedure destinate a valutare nei pazienti psichiatrici la presenza di un uso di sostanze è riportato nella Fig. 1.

Nella Fig. 2 è invece indicato un esempio di linee - guida atte ad evidenziare la presenza di disturbi psichiatrici in tossicodipendenti.

Fig. 1. - Procedure di screening per disturbi correlati a sostanze e disturbi mentali. Screening per disturbi correlati a sostanze.

1° LIVELLO

1. Indice di sospetto (Index of suspicion): qualora non siano disponibili o appropriati altri metodi, è possibile utilizzare una lista di indicatori comportamentali, clinici e sociali, considerati come conseguenze dell'abuso di sostanze nei pazienti con disturbo mentale:

- o difficoltà economiche,
- o instabilità nell'abitazione,
- o ricadute sintomatologiche apparentemente non correlate a stressors,
- o mancata compliance al trattamento,
- o prostituzione, altri tipi di comportamenti sessuali promiscui,
- o isolamento sociale, comportamento violento, difficoltà sociali,
- o repentini cambiamenti d'umore, ideazione suicidaria o TS,
- o funzionamento cognitivo alterato,
- o problemi legali,
- o autolesionismo,
- o una storia ciclica di terapie sostitutive.

2. La risposta a domande dirette su pregressi problemi di alcool o sostanze è spesso coerente con i risultati di più dettagliati strumenti di screening.

In particolare chiedendo al paziente:

- a) se ha mai avuto problemi legati all'alcool o altre droghe;
- b) se ha avuto un parente, un amico, un medico o un altro operatore sanitario che si è preoccupato delle abitudini al potus o all'assunzione di altre droghe ed ha suggerito di smettere;
- c) se ha mai negato con gli altri di avere problemi di alcool o di droga, sentendo allo stesso tempo dentro di sé che forse il problema esiste;

è possibile individuare un disturbo da uso di sostanze in setting psichiatrici, quando altri approcci siano considerati inappropriati,

3. Breve strumento di screening: questionario CAGE (37) e versione modificata CAGE-AID che include contemporaneamente l'alcool e le altre sostanze (38). Il CAGE è stato validato utilizzando un campione di pazienti con grave malattia mentale ed ha una sensibilità ed una specificità ragionevolmente elevate (39, 40), sebbene raccolga informazioni che riguardano il consumo lifetime piuttosto che il consumo attuale.

4. Giudizio del Case Manager: nel caso in cui ci si trovi a svolgere le procedure di screening in un servizio con un'organizzazione tipo Case Management. è utile che il Case Manager ponga alcune domande per indagare circa un eventuale uso di sostanze.

II° LIVELLO

Questo livello prevede l'utilizzo di strumenti alternativi che richiedono più tempo e ciò va tenuto in considerazione ai fini della possibilità di inserirli nella pratica di routine. Si tratta, comunque, ancora di strumenti brevi e facili da somministrare attraverso interviste auto od etero-somministrate.

Sono considerati ottimi strumenti di screening per i disturbi correlati a sostanze nella popolazione psichiatrica.

- o Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): è uno strumento strutturato in 18 items, deve essere somministrato da un intervistatore e richiede circa 6 minuti per essere completato (41). Può essere usato nelle popolazioni di pazienti psichiatrici per diagnosticare un disturbo da uso di sostanze.
- o Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (42).
- o Drug Abuse Screening Test (DAST) (43)
- o The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (44).

Modificato da: Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. (2002). Centre for Addiction and Mental Health Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada (36)

Fig. 2.- Procedure di screening per disturbi correlati a sostanze e disturbi mentali. Screening per i disturbi mentali.

I° LIVELLO

1. Indice di sospetto (Index of suspicion): se non è possibile utilizzare altri metodi, è possibile utilizzare una semplice checklist di indicatori comportamentali, clinici e sociali che complessivamente possono destare il sospetto che l'utente abbia una patologia mentale, tale da richiedere ulteriori approfondimenti nella dimensione dell'assessment.

Si suggerisce di seguire la lista ABC (Appearance, Behaviour, Cognition) per l'esame dello stato mentale.

Aspetto, vigilanza, affettività, ansia (appearance, alertness, affect and anxiety):

- o Aspetto: aspetto generale, igiene ed abbigliamento
- o Vigilanza: qual è il livello di coscienza?
- o Affettività: elazione o depressione
- o Ansia: nervosismo, fobie, attacchi di panico

Comportamento (Behaviour):

- o Movimenti (iperattivo, ipoattivo, bizzarro, stereotipato, etc.)
- o Organizzazione: coerente e finalizzato?
- o Linguaggio: quantità, organizzazione, coerenza e contenuto
- o Intenzionalità: bizzarro, stereotipo, pericoloso e impulsivo

Cognitività (Cognition):

- o Orientamento (persona, spazio, tempo, etc.)
- o Calcolo: memoria e compiti semplici
- o Ragionamento: insight, giudizio, problem solving
- o Coerenza: idee incoerenti, deliri ed allucinazioni

2. Formulazione di 3 domande, se altri approcci non sono possibili in un particolare setting.

Per esempio:

- o se è mai stata posta una diagnosi di disturbo mentale da parte di qualche operatore qualificato (si/no);
- o se è stato ospedalizzato per qualche motivo psichiatrico (si/no);
- o se ha commesso tentativi di suicidio o avuto pensieri autolesivi, senza essere sotto l'effetto di alcool o sostanze (si/no).

Una risposta affermativa comporta la necessità di successivi approfondimenti.

II° LIVELLO

È evidentemente necessario uno strumento breve, validato per i disturbi psichiatrici, che sia idoneo per essere utilizzato in un'ampia gamma di servizi per le dipendenze, distinguendo tra gli strumenti basati su misure ed indicatori di "malessere" psicologico, rispetto a quelli che fanno riferimento ai criteri diagnostici del DSM-IV. Ciascun approccio comporta vantaggi e svantaggi. È importante ricordare che il fine dello screening è quello di identificare la popolazione che dovrebbe ricevere un assessment mentale vero e proprio, per formulare, solo in seguito, la diagnosi:

- o Il Brief Symptom Inventory, che è una forma abbreviata autosomministrata dell'SCL-90 in 53 item e costituisce un valido ed attendibile strumento per lo screening generale della psicopatologia (45).
- o Il General Health Questionnaire (GHQ-28) e la sua versione breve (GHQ-12), che è stato anche largamente usato nel campo delle dipendenze (46).
- o La Psychiatric Sub-scale of Addiction Severity Index (ASI) (6,7). L'ASI include una parte dedicata alla valutazione della sintomatologia psichiatrica in un paziente tossicodipendente. Al fine di ottenere una più esaustiva valutazione di screening, può essere utile implementare l'area psichiatrica dell'ASI con le seguenti quattro domande:
 - a) Ha avuto problemi nel controllare la sua alimentazione negli ultimi 30 giorni? nella vita?
 - b) Ha avuto problemi legati al sonno (ad es. insonnia o ipersonnia) negli ultimi 30 giorni? nella vita?
 - c) Ha avuto attacchi di panico o comparsa improvvisa di ansia libera negli ultimi 30 giorni? nella vita?
 - d) Ha mai subito un trauma che le ritorna contro la sua volontà sottoforma di flashback negli ultimi 30 giorni? nella vita?

È necessario, comunque, completare i risultati ottenuti dalla somministrazione di qualunque breve strumento di screening con tutte le informazioni che si possono ottenere da qualsiasi altra fonte.

Modificato da: Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. (2002). Centre for Addiction and Mental Health Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada (36)

4. Assessment: specificità e criticità nella Doppia Diagnosi

Un approfondito *assessment* è indispensabile per valutare non solo l'esistenza di un disturbo, ma per giungere ad una diagnosi e delineare il completo profilo di funzionamento psicosociale per gli utenti dei servizi di salute mentale - sospettati di avere un disturbo da uso di sostanze - e per gli utenti dei servizi per le dipendenze sospettati di avere un disturbo psichiatrico.

Viene suggerita cautela nel considerare l'attendibilità delle informazioni derivanti dall'*assessment* sull'uso di sostanze o sulla salute mentale, eseguito su pazienti che presentano comorbidità (47). Vi sono, infatti, evidenze di scarsa attendibilità dei self-report sui disturbi psichiatrici tra gli individui consumatori di sostanze rispetto ai non consumatori (48), sull'uso di alcool o sostanze e sulle relative conseguenze nei pazienti con grave disturbo mentale, a causa delle fluttuazioni nella sintomatologia acuta, dell'*impairment* cognitivo e dello stato mentale (40). L'*assessment* è intimamente legato alla pianificazione del trattamento e al tipo di servizi (49) cui inviare l'utente, ma i dati ricavati rappresentano anche utili informazioni al *baseline* per la determinazione dell'*outcome*.

L'approccio di tipo longitudinale permette di integrare tutte le informazioni e le osservazioni ottenute da più clinici e operatori durante ripetute valutazioni (50), ma sembra meno efficace per i disturbi dell'umore e d'ansia confrontati con altre comorbidità (51). Rende, inoltre, difficile la risoluzione della causalità, se i sintomi psichiatrici continuano anche durante il periodo di astinenza ed è soddisfatto il criterio operativo del DSM IV di disturbo non dovuto all'uso di sostanze. Al contrario, la risoluzione di alcuni o di tutti i sintomi insorti durante un periodo di uso lieve o nullo fa pensare ad un disturbo indotto da sostanze.

Per migliorare l'accuratezza e l'attendibilità dei self-report nei pazienti con "doppia diagnosi" è, quindi, consigliabile: usare metodi di *assessment* multipli, condurre *assessment* ripetuti nel tempo (per esempio dopo 2-3 settimane di diminuito consumo), somministrare lo strumento di *assessment* in momenti di stabilità emotiva e di astensione da alcool e droghe, garantire la riservatezza, usare domande dirette e semplici, richiedendo risposte in tempi chiaramente definiti, non richiedere specificazioni che eccedano le finalità dell'*assessment* (52), verificare il più possibile l'attendibilità delle informazioni con altre fonti, in modo da convergere su una serie di conclusioni coerenti (40).

L'attenzione rivolta alla dimensione del parametro "gravità psi-

chiatrica", come indice predittivo d'esito dei pazienti con disturbi da uso di sostanze e disturbi mentali in comorbidità, ha condotto all'elaborazione di strumenti descrittivi validi per entrambi i settori indagati, utili dunque per lo screening, sia nei disturbi mentali per l'abuso di sostanze che nei tossicodipendenti per le patologie psichiatriche.

Tra i principali strumenti di tal genere si colloca l'Addiction Severity Index (ASI), che fu ideato (6, 7) per la valutazione dei trattamenti rivolti alle tossicodipendenze e l'alcolismo, in maniera da fornire un'ampia valutazione del funzionamento dell'individuo, generando una valutazione dimensionale all'interno delle aree indagate. Perciò è stato costruito con un limitato numero di item: per poter essere utilizzato agevolmente e somministrato più volte nel corso di uno stesso trattamento. È un'intervista clinica semistrutturata, utilizzata come strumento di valutazione iniziale, per evidenziare i "profili di funzionamento" dei pazienti in alcune aree, specifiche e caratteristicamente danneggiate nei soggetti dipendenti da sostanze psicoattive (condizioni medica, lavorativa/di sostentamento, di uso di alcool/di sostanze, legale, familiare/sociale e psichiatrica), derivando due tipi di punteggi: i Severity Ratings - valutazione, diretta e soggettiva, dell'intervistatore - ed i Composite Scores, giudizio più obiettivo ed attendibile ricavato attraverso l'applicazione di formule matematiche standardizzate (8) testando item sensibili. Mentre, inizialmente, lo strumento era utilizzato semplicemente all'interno di una valutazione multidimensionale (6) - con il compito di evidenziare la gravità psichiatrica come il predittore di esito del trattamento (53) - esso ha poi avuto una larga diffusione nell'ambito della medicina delle tossicodipendenze. Il largo corpo di ricerca, a partire dal 1980, ha condotto all'evidenza che l'ASI è uno strumento valido sia per clinici che per ricercatori; in particolare, nell'ambito clinico, è di grande utilità come strumento descrittivo della situazione attuale (54) ed al follow-up per la valutazione dell'esito (55), nonché per studi epidemiologici osservazionali (6).

L'affidabilità dell'ASI, come da campione normativo definito (56), è ormai comprovata da numerosi studi che - di volta in volta - ne sottolineano l'efficacia.

5. Disturbi psichiatrici e Doppia Diagnosi

L'affidabilità delle diagnosi psichiatriche nei pazienti con uso corrente di sostanze è stata, tuttavia, ampiamente messa in discussione. Infatti, uno dei problemi più difficili da affrontare da parte dei servizi nel pianificare interventi effettivamente basati sulle

esigenze di questo tipo d'utenza è la vasta eterogeneità della loro comorbidità: cioè, le varie declinazioni, la gravità e i differenti tipi di decorso della loro patologia, sia psichiatrica che d'abuso (15). La stabilità dei sintomi è una premessa fondamentale per distinguere tra disturbi cronologicamente primari o secondari. Inoltre, l'età di esordio e i periodi di remissione e di scomparsa dei sintomi offrono significative informazioni utili ai fini diagnostici. Per quanto riguarda i disturbi in Asse II, l'osservazione riguarda il funzionamento *lifeti-me* e, non solo, il periodo prima della valutazione, spesso caratterizzato da un miscuglio di sintomi floridi legati anche alle sostanze. La diagnosi quindi non va posta dopo una prima valutazione (57).

Studi recenti hanno evidenziato tra i pazienti con doppia diagnosi ricoverati in SPDC una prevalenza del 38.3% per schizofrenia ed altri disturbi psicotici; del 40.4% per disturbi di personalità; del 12.8% per disturbi dell'umore, mentre solo l'8.5% dei pazienti ricoverati con diagnosi di abuso di sostanze non presentava nessuna altra diagnosi psichiatrica (34). In un gruppo di 148 pazienti ambulatoriali con doppia diagnosi provenienti dai servizi per le dipendenze, invece, 65 pazienti presentavano un disturbo di personalità. Tra questi il 12% aveva un disturbo di Cluster A, l'80% di Cluster B, e l'8% di Cluster C. Il 46% di pazienti con un disturbo di asse II presenta anche qualche tipo di disturbo dell'umore (35).

Considerando i profili diagnostici, si osserva che disturbi di personalità ricorrono con elevatissima frequenza tra i soggetti affetti da disturbi correlati a sostanze. Gli studi effettuati dagli anni '50 agli '80 - rivolti a definire un singolo profilo di personalità che predisponesse alla dipendenza - non riuscirono nel loro intento, suggerendo l'ipotesi di una vasta eterogeneità clinica o diminuendo l'importanza del profilo di personalità come fattore eziologico non essendo mai stata dimostrata l'esistenza di una vera e propria "personalità del tossicodipendente" (58). Recentemente, tuttavia, numerosi autori hanno mostrato che i disturbi di Asse II sono altamente prevalenti in popolazioni di tossicodipendenti - in particolare antisociale, borderline, evitante e paranoide - e giocano un ruolo importante nel predisporre alla dipendenza quando coesistono nello stesso individuo (59).

Il Disturbo Antisociale di Personalità - DAP (22-37%) (28, 60, 61) e il Disturbo Borderline di Personalità - DBP (16-46%) (60, 62) sono le diagnosi più frequenti. I tossicodipendenti con disturbo antisociale di personalità, con precedenti infantili di disturbi della condotta, manifestano in età adulta comportamenti più aggressivi ed impulsivi e un esordio dell'abuso più grave (63), suggerendo ipotesi su possibili correlazioni tra tali fattori e la prognosi (64). Nel

DBP, se l'uso di sostanze fosse escluso dai criteri diagnostici, il 23% dei pazienti non soddisferebbe più i criteri. L'utilizzo di sostanze, quindi, sembra giocare un ruolo fondamentale nel costituirsi di tale disturbo di Asse II (65), in particolare alcuni tratti - quali impulsività, anedonia e *sensation seeking* - sono correlati con il rischio di sviluppare abuso di sostanze e di alcol (66).

Nell'Epidemiology Catchment Area (ECA)-Study (20) risulta che il 24.3% dei pazienti che utilizzano sostanze presenta un disturbo depressivo maggiore e che la percentuale di disturbi correlati a sostanze è del 27.2% tra i pazienti con diagnosi di depressione e del 60.7% tra quelli con diagnosi di disturbo bipolare. Anche recentemente si è osservata la correlazione tra uso di droghe e disturbi dell'umore (67) e l'elevata prevalenza dei disturbi dell'umore tra i pazienti in trattamento per uso di sostanze (68). Vengono riportati - per la depressione maggiore - tassi di abuso di sostanze del 43% (69), mentre per il disturbo bipolare sono compresi fra il 21 ed il 58% dei casi (70, 71) con una più elevata frequenza di ricoveri e di episodi maniacali, un più precoce esordio del disturbo dell'umore e una più elevata associazione con altri disturbi in asse I del DSM-IV (72, 73).

Pazienti politossicodipendenti hanno maggior rischio di riportare un disturbo d'ansia o un disturbo bipolare dei pazienti che usano una sola sostanza o sono dipendenti solo da alcol (74). Anche lo studio della correlazione temporale esistente tra i disturbi dell'umore e i disturbi correlati a sostanze trova discordanza di risultati: mentre alcuni autori rilevano nel 60% dei pazienti alcolisti una depressione primaria (75), altri riscontrano in oltre il 50% una depressione secondaria (76). Infatti, in soggetti con comorbidità, i disturbi del tono dell'umore insorgono, generalmente, dopo l'inizio dell'uso di sostanze e sono rari nei soggetti in fase di astensione (32). I pazienti con concomitante disturbo dell'umore e uso di sostanze, sembrano avere un elevato rischio suicidario (77).

I pazienti con attacchi di panico (78), con PTSD (79) e con fobia sociale (80) presentano rischio superiore di sviluppare comportamenti d'abuso di sostanze, mentre in soggetti con abuso di droghe, lo studio dell'Epidemiologic Catchment Area (ECA-Study del NIMH) evidenzia un'alta percentuale (dal 6% al 17%) di attacchi di panico (20).

L'abuso di sostanze è, inoltre, una frequente codiagnosi nella schizofrenia. Studi recenti evidenziano che la co-presenza di abuso riguarda percentuali elevate dei pazienti schizofrenici (dal 47% al 58%) (20, 81, 82), che hanno una prognosi più favorevole e caratteristiche cliniche meno gravi rispetto ai pazienti con la sola

diagnosi di schizofrenia. In particolare gli schizofrenici presentano un profilo di gravità minore, rispetto ad altre categorie diagnostiche, nell'area relativa al consumo di sostanze dell'ASI ed un livello di funzionamento sociale (VGF) significativamente più basso rispetto ad altri sottogruppi diagnostici di pazienti con doppia diagnosi (35). Nel porre diagnosi, va ricordato che le sostanze provocano sintomi simili a quelli della schizofrenia e possono causare floridi sintomi psicotici in pazienti schizofrenici: infatti, alcuni ricercatori avevano supposto l'esistenza di una specifica "psicosi da cannabis" schizofreniforme con esordio acuto e rapida remissione (83), da cui la necessità di un adeguato periodo di osservazione e di astinenza per una valutazione diagnostica più sicura.

Vista l'enorme diffusione del problema, si è cercato di indagare le cause sottostanti allo sviluppo della comorbidità tra uso di sostanze e schizofrenia. Alcuni autori suggeriscono che il ricorso alle droghe da parte degli schizofrenici (84) possa essere un tentativo di automedicazione, mentre in realtà è con l'astensione dall'uso che i pazienti ottengono un buon controllo sintomatologico (85), richiedendo meno cure rispetto a pazienti schizofrenici senza condotte tossicomane (86).

CONCLUSIONI

L'attenzione ai costi/benefici della terapia in Italia, come in molti paesi, è divenuto uno degli obiettivi da conseguire in ambito sanitario: per questo i servizi si stanno attivando per mettere a punto dei percorsi di cura adeguati per questi pazienti, vista anche la diffusione del problema, al fine di ottimizzare la selezione del trattamento e il rapporto tra risorse impiegate e risultati (87).

La presenza di modificazioni indotte dall'uso protratto di sostanze nel comportamento e nell'attività psichica in genere (diminuzione del rendimento, dell'attenzione e della memoria, perdita di interesse relazionale, ecc.) e la presenza eventuale di caratteristiche di personalità e di disturbi psicopatologici nei tossicomani, già preesistenti al contatto con le sostanze, sottolineano l'importanza della valutazione psichiatrica nei pazienti tossicodipendenti. Per tali ragioni nei servizi psichiatrici e per le dipendenze l'associazione tra uso di droga e comorbidità psichiatrica è divenuta fonte di interesse clinico e di ricerca. Inoltre, una notevole incertezza sembra ostacolare la selezione di un trattamento appropriato per i tossicodipendenti a causa delle polimorfe manifestazioni cliniche: per esempio, il numero elevato di disturbi in comorbidità psichiatriche.

La divisione consolidata in Italia tra i servizi per la salute men-

tale e la medicina delle dipendenze ha favorito il fatto che questa categoria di pazienti non fosse sempre adeguatamente assistita (88). Per contro sembra evidente che l'approccio multidisciplinare costituisca l'unico modo per affrontare il problema e che l'identificazione, l'*assessment* e un adeguato procedimento diagnostico siano premessa indispensabile all'ottimizzazione dell'uso delle risorse e del trattamento.

Una valutazione diagnostica approfondita è quindi indispensabile per avviare i pazienti ad interventi e trattamenti efficaci. Poiché i bisogni e le opportunità d'identificazione dei casi variano notevolmente nei diversi setting di trattamento - sia per i disturbi mentali sia per quelli correlati a sostanze - non è possibile suggerire un unico approccio o unica modalità di screening e di *assessment*.

Molti sforzi sono stati effettuati da varie istituzioni per promulgare linee - guida per i disturbi da uso di sostanze (89, 90), anche se i tentativi di standardizzare algoritmi riguardanti il campo della salute mentale e, in particolare, quello del trattamento delle tossicodipendenze sono più recenti che negli altri campi della medicina.

Nei Paesi in cui l'assistenza è affidata ai Servizi Sanitari Nazionali, in genere, esiste una rete territoriale diffusa e ben strutturata di servizi per la salute mentale, da una parte, e per le dipendenze dall'altra. In tali organizzazioni il modello di trattamento "parallelo" per i disturbi correlati a sostanze in comorbidità psichiatrica non è una scelta ma deriva, appunto, dalla perdurante separazione dei servizi. Oltre all'Italia, condividono tale modello organizzativo nazioni quali il Regno Unito ed il Canada, le cui Linee Guida (36) per le procedure di screening ed *assessment*, appaiono certo più adeguate alla realtà italiana di quanto possano esserlo quelle, pur metodologicamente ineccepibili, dell'American Psychiatric Association (90), essendo la *standard care* statunitense scarsamente paragonabile ai setting nazionali.

Le critiche al termine abusato ed indefinito di comorbidità sono spesso state riferite al DSM IV o, comunque, ai sistemi operazionali come "produttori" di diagnosi. In realtà, tale costruito - che mette le carte in tavola sulla concettualizzazione di nuove strategie di ricerca e apre la strada ad un modo più sofisticato di diagnosticare i disturbi mentali e di studiarne le radici (91) - invita, dal punto di vista pratico, a non trascurare nel trattamento alcuna declinazione della patologia del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Sheehan MF. Dual diagnosis. *Psychiatr Q* 1993; 64: 107-34.
- 2) Sciolì R, Carrà G, Dal Canton F, Restani L, Barale F. Limiti e prospettive degli strumenti diagnostici nella clinica della Doppia Diagnosi. In Carrà G, Clerici M. (Ed.) *Il lavoro terapeutico nella Doppia Diagnosi. Quaderni di Salute e Prevenzione, La rassegna italiana delle tossicodipendenze, numero monografico, DI.TE. Edizioni Scientifiche: Foggia, 2004, pp 58-9.*
- 3) Siegal HA, Fisher JH, Rapp RC, Wagner JH. Presenting problems of substance abusers in treatment: implications for service delivery and attrition. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21: 17-26.
- 4) Lehman AF, Myers CP, Corty E, Johnson JL. Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 556-61.
- 5) Carey KB, Cocco KM, Simons JS. Concurrent validity of clinicians. Ratings of substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 842-47.
- 6) McLellan AT, Luborsky L, Erdlen FR, LaPorte DJ, Intitolo V. The Addiction Severity Index: a diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients. In Gotthel E, McLellan AT, Druley K.A. (Ed.). *Treatment of substance abuse among the psychiatric illness. Pergamon: New York, 197, pp.151-59.*
- 7) McLellan AT, Luborsky, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instruments for substance abuse patients. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 26-33.
- 8) McGahan P, Griffith J, McLellan AT. Composite scores from the Addiction Severity Index: manual computer software. Veterans Administration Press: Philadelphia, 1986.
- 9) Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970; 23: 455-68.
- 10) Klerman GL. Approaches to phenomena of comorbidity. In Maser JD, Cloninger CR. (Ed.) *Comorbidity of mood and anxiety disorders. American Psychiatric Press: Washington, 1990, pp. 13-37.*
- 11) Goldberg D. A dimensional model for common mental disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (Suppl. 30): 44-9.
- 12) American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.). American Psychiatric Association: Washington D.C., 1994.
- 13) World Health Organisation The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical description and diagnostic guidelines, 1992. Trad. it.: Kemali D, May M, Catapano F, Lobraccio S, Magliano L. (Ed.). *Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche. Masson: Milano, 1992.*
- 14) Meyer RE. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the egg. In Meyer RE. (Ed.) *Psychopathology and Addictive Disorders, Guilford Press: New York, 1986, pp 3-16.*
- 15) Mowbray CT, Ribisl KM, Solomon M, Luke DA, Kewson TP. Characteristics of dual diagnosis patients admitted to an urban, public psychiatric hospital: an examination of individual, social and community domains. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1997; 23: 309-26.
- 16) McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Alcohol and drug abuse treatment

in three different populations: is there improvement and is it predictable? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1986; 12: 101-12.

17) Banerjee S, Clancy C, Crome I. Co-existing Problems of Mental Disorder and Substance Misuse (dual diagnosis). An Information Manual Commissioned by the Department of Health. The Royal College of Psychiatrists. Research Unit Charity Number 228636, 2002.

18) Khantzian EJ, Treece C. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1067-71.

19) Sajiv J, Miller NS. Anxiety disorders and addictions. In: Miller NS. The principles and practice of Addiction in Psychiatry. WB Saunders Company: Philadelphia, 1997, pp.249-54

20) Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511-18.

21) Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addict Behav* 1998; 23: 717-34.

22) Chen C, Balogh M, Bathija J, Howanitz E, Plutchik R, Conte HR. Substance abuse among psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 60-64,

23) Castaneda R, Lifshutz H, Galanter M, Franco H. Empirical Assessment of the self-medication hypothesis among dually diagnosed inpatients. *Compr psychiatry* 1994; 35 (3): 180-84,

24) Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg A.F. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 24-8.

25) Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The Epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66: 17-31.

26) Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M et al. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15-64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 559-63.

27) Farrell M, Howes S, Taylor C, Lewis G, Jenkins R., Bebbington P et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS national psychiatric comorbidity survey. *Addict Behav* 1998; 23: 909-18.

28) Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 71-80.

29) Drake RE, Bartels SJ, Teague GB, Noordsy DL, Clark R.E. Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 606-11.

30) Clerici M, Carta I, Cazzullo CL. Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24: 219-26.

31) Pani PP, Carta M, Rudas N. Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei. *Minerva Psichiatr* 1991; 32: 145-50.

32) Pozzi G, Bacigalupi M, Tempesta E. Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: a two-phase study of prevalence at outpatients treatment centres in Italy. *Drug Alcohol Depend* 1997; 46: 69-77.

33) Fioritti A, Ferri S, Galassi L, Warner R. Substance use among the mentally ill: a comparison of Italian and American samples. *Community Ment Health J* 1997; 33: 429-42.

34) Carrà G, Dal Canton F, Restani L, Scioli R, Barale F. Substance related

disorders in an inpatient psychiatric service: prevalence descriptive study of abuse patterns and diagnostic profiles. *Riv Psichiatr* 2003; 38 (6): 316-22.

35) Carrà G, Sciolì R, Monti MC, Marinoni A. Severity profiles of substance abusing patients in italian community addiction facilities: influence of psychiatric concurrent disorders *Eur Addict Res*, 2006; 12 (2): 96-101.

36) Centre for Addiction and Mental Health. Canada's Drug Strategy Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders. Her Majesty The Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002, pp. 28-39

37) Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 1121-23.

38) Brown RL. Identification and office management of alcohol and drug disorders. In Fleming MF, Barry KL (Ed.). *Addictive Disorders*, Mosby Yearbook, St. Louis, 1992, pp. 25-43.

39) Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, Hurlbut SC, Teaque, GB, Beaudett MS. Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990; 16: 57-67.

40) Teitelbaum LM, Carey KB. Alcohol assessment in psychiatric patients. *Clin Psychol Sci Pract* 1996; 3: 323-38.

41) Rosenberg SD, Wolford GL, Mueser KT, Oxman TE, Vidaver RM, Carrieri KL et al. Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): A substance use disorder screen for people with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 232-38.

42) Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1971; 127: 1653-58.

43) Skinner H. The Drug Abuse Screening Test. *Addict Behav* 1982; 7: 363-71.

44) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction* 1993; 88: 791-04.

45) Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 593-605.

46) Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27: 191-97.

47) Del Boca F, Noll JA. Truth or consequences: The validity of self-report data in health services research on addictions. *Addiction* 2001; 95(Suppl. 3): 347-60.

48) Bryant KL, Rounsaville B, Spitzer RL, Williams JBW. Reliability of dual diagnosis: substance dependence and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 251-57.

49) Lehman AF, Myers CP, Dixon LB, Johnson JL. Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 228-33

50) Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, Rounsaville BJ. Longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 277- 83.

51) Carey KB, Correia CJ. Severe mental illness and addictions: assessment considerations. *Addict Behav* 1998; 23: 735-48.

52) Carey KB, Correia CJ, Cocco KM. Reliability and validity of the Addiction Severity Index among outpatients with severe mental illness. *Psychol Assess*

1997; 9: 422-28.

53) McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, Druley KA, O'Brien CP. Predicting response to drug and alcohol treatment: role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 620-25.

54) Miele GM, Carpenter KM, Cockerham MS, Trautman KD, Blaine J, Hasin DS. Concurrent and predictive validity of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS). *Drug Alcohol Depend* 2000; 59: 77-88.

55) Weisner C, McLellan AT, Hunkeler EM. Addiction Severity Index data from general membership and treatment samples of HMO members. One case of norming the ASI. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19: 103-09.

56) McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 1992; 9: 199-213.

57) Oyefeso A. Problems and Issues of Conceptualisation. In: Rassool GH. *Dual Diagnosis*, Blackwell Science: Oxford, 2002, pp. 33-42.

58) Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Addiction and personality. *Encephale* 2000; 26: 68-78.

59) Vertheul R, van den Brink W. The role of personality pathology in the aetiology and treatment of substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2000; 13: 163-69.

60) Craig RJ. A psychometric study of the prevalence of DSM III personality disorders among treated opiate addicts. *Int J Addiction* 1988; 2: 115-24

61) Kidorf M, Disney ER, King VL, Neufeld K, Beilenson PL, Brooner RK. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug Alcohol Depend* 2004; 74: 115-22.

62) Darke S, Williamson A, Ross J, Teesson M, Lynskey M. Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Depend* 2004; 9: 77-83.

63) Cottler LB, Price RK, Compton WM, Mager DE. Subtypes of adult antisocial behaviour among drug abusers. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 154-61

64) Strain EC. Antisocial personality disorder, misbehaviour, and drug abuse. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 162-65.

65) Dulit RA, Fyer MR, Hass GL, Sullivan T, Frances AJ. Substance use in borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1002-07.

66) Brown TG, Seraganian P, Shields N. Subjective appraisal of problem severity and the ASI: secondary data or second opinion? *J Psychoactive Drugs* 1999; 31: 445-49.

67) Ries RK, Comtois KA. Illness Severity and Treatment Services for Dually Diagnosed Severely Mentally Ill Outpatients. *Schizophr Bull* 1994; 23: 239-46.

68) Swendsen JD, Merikangas K. Comorbidity of depression and substance use disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 173-89.

69) Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Fox S et al. Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: The Veterans Administration-Penn study. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1172-77.

70) Hasin D, Endicott J, Lewis C. Alcohol and drug abuse in patients with affective syndromes. *Compr Psychiatry* 1985; 26: 283-95.

71) Brady KT, Lydiard LB. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Psychopharmacol*, 1992; 12 (Suppl 1): 17-22.

72) Sonne SC, Brady KT, Morton A. Substance abuse and bipolar affective disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 349-52.

73) Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP et al. STEP-BD Investigators. Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry* 2004; 55: 875-81

74) Skinskad AH, Swain A. Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27(1): 45-64.

75) Weissman MM, Meyers JJ. Clinical depression in alcoholism. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 372-73.

76) Croughan JL, Miller P, Wagelin D, Whitman GY. Psychiatric illness in male and female narcotic addicts. *J Clin Psychiatry* 1982; 43: 225-28.

77) Phillips J, Carpenter KM, Nunes EV. Suicide risk in depressed methadone-maintained patients: associations with clinical and demographic characteristics. *Am J Addiction* 2004; 13: 327-32.

78) Katerndahl DA, Realini JP. Comorbid psychiatric disorders in subject with panic attacks. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(11): 669-74.

79) Brady KT. Posttraumatic Stress Disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 suppl: 12-15.

80) Rapaport MH, Paniccia G, Judd L. Advances in the Epidemiology and Therapy of Social phobia: Directions for the Nineties. A review of Social Phobia. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31: 125-29.

81) Khalsa HK, Shaner A, Anglin MD. Prevalence of substance abuse in psychiatric evaluation unit. *Drug Alcohol Depend* 1991; 28: 215-23.

82) Scheller-Gilkey G, Moynes K, Cooper I, Kant C, Miller AH. Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophr Res* 2004; 69: 167-74.

83) Carney MW, Robinson B. Psychosis after cannabis abuse. *Br Med J* 1984, Apr 7; 288 (6423):1047.

84) Kranzler HR, Rosenthal RN. Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. *Am J Addict* 2003; 1 (Suppl. 12): 26-40.

85) Dixon L, Haas G, Weiden P. Acute effects of drug abuse on schizophrenic patients: clinical observation and patients' self reports. *Schizophr Bull* 1990; 16: 69- 79.

86) Bartels SJ, Teague GG, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 227-32.

87) Carrà G, Clerici M. Dual Diagnosis-Policy and Practice in Italy. *Am J Addict*, in press

88) Carrà G, Clerici M. The Italian Association on Addiction Psychiatry (SI-PDip), formerly The Italian Association on Abuse and Addictive Behaviours. *Addiction* 2003; 98:1039-42.

89) American Society of Addiction Medicine. Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders. Washington D.C.: Author, 1991

90) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1-59.

91) Van Praag HM. Comorbidity (Psycho) analyzed. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (30 suppl): 129S-34S.

LA DIMENSIONE SOCIOLOGICA EMERSA DALLA RICERCA SULLA DOPPIA DIAGNOSI

MAURIZIO FIASCO*

SOMMARIO

Quesiti e indicatori sociali - Popolazione coinvolta e universo carcerario - La popolazione detenuta partecipante allo screening - La condizione alloggiativa alla vigilia della detenzione - Stranieri e tossicodipendenza con Doppia Diagnosi - Esperienze di detenzione e tossicodipendenza - L'inizio dell'assunzione abituale di stupefacenti - Il rapporto con i servizi nel territorio - Effetto iatrogeno della detenzione? - Uno sguardo alla letteratura internazionale più recente su malattia mentale e detenzione - Ipotesi di lavoro per sostegno postdimissione - Come condividere

Questo contributo al convegno rappresenta la parte del rapporto di ricerca dedicata ad approfondire le dimensioni sociologiche del fenomeno della detenzione di persone che presentano la Doppia Diagnosi, in riferimento all'universo oggetto dello studio, che è formato da quanti hanno accettato di partecipare ai vari step del programma: dapprima l'intervista di screening per i reclusi in condizione di tossicodipendenza e successivamente i test diagnostici (ASI, MMPI, SCID).

Si propone qui una descrizione d'insieme della popolazione coinvolta e di alcuni profili che essa ha presentato. L'analisi, a tal proposito, è incentrata sulle macrovariabili contenute negli items del primo questionario, rinviando ad altre sezioni degli elaborati l'esposizione degli aspetti più direttamente clinici su cui gettano luce, per l'appunto, i test diagnostici. Vi è in ogni caso da sottolineare che si è proceduto compiendo una selezione di indicatori tra l'imponente mole di dati che è stata costruita con il progetto e che ha impegnato il gruppo di ricerca in una complessa organizzazione ed in un'ampia messe di elaborazioni.

Per l'analisi sociologica, la scelta degli elementi utili è caduta,

* Sociologo, componente del Gruppo di Esperti della ricerca

specificamente, su quel complesso d'informazioni – in parte di tipo clinico, ma ancor più di tipo biografico, e in senso lato anamnestiche e sociodemografiche – che la popolazione esaminata, cioè 1269 persone entrate negli istituti di pena in condizioni di tossicodipendenza, ha offerto sin dalla risposta alle domande del questionario di screening.

Occorre precisare subito l'ambito di utilizzabilità dei materiali in base ai quali si sono tratte le considerazioni che qui di seguito sono esposte. Da un lato, la ricerca ha segnato un numero di contatti e di coinvolgimenti sicuramente eccezionale: le 1269 persone seguite nel corso di un anno, con progressiva sottoposizione agli accertamenti diagnostici, costituiscono un'operazione di conoscenza in profondità che autorizza delle conclusioni senz'altro accettabili e solide, dal punto di vista scientifico; da un altro lato non era possibile selezionare in partenza un campione stratificato con criteri di rappresentatività statistica certa dell'universo della popolazione detenuta in condizione di tossicodipendenza. La ragione di quest'impossibilità è evidente: la partecipazione delle persone alle interviste è stata assolutamente volontaria, oltre a fondarsi sull'offerta di conseguente trattamento terapeutico per quei casi che al termine della batteria di test fossero risultati positivi e quindi bisognosi di cura e assistenza dedicate.

Quesiti e indicatori sociali

Se la selezione del campione con rigorosa proporzionalità statistica non è stata operata in partenza, tuttavia è possibile ricavare un sottoinsieme delle 1269 persone che rispecchi i consueti criteri statistici. La numerosità dei record del database, a questo proposito, ha mostrato uno scostamento trascurabile tra l'insieme dei casi seguiti e il campione rappresentativo, così da rendere accettabile un commento costruito su tutti i questionari validi compilati.

Con tali notazioni, si può sicuramente affermare che i dati raccolti e sistematizzati consentono di tracciare un profilo molto accurato della condizione esistenziale, dei precedenti nella carriera deviante, dell'iniziazione all'abuso di stupefacenti, della vita di relazione.

Gli elementi che stimolano la riflessione iniziale sono i seguenti:

- a) Qual'era la condizione alloggiativa all'immediata vigilia della detenzione in corso al momento dell'intervista
- b) Il titolo del reato principale per il quale era avvenuta la privazione della libertà personale

- c) La quantità media di esperienze d'incarcerazione che erano state conosciute dalle persone intervistate
- d) La dichiarazione del numero di anni trascorsi in condizione di tossicodipendenza conclamata fino al momento in cui è stato somministrato il questionario
- e) A quale età è avvenuta l'iniziazione alla tossicodipendenza
- f) Precedenti contatti con i servizi che si occupano della sofferenza mentale
- g) Precedenti contatti con i servizi che prendono in carico le persone in stato di tossicodipendenza
- h) Esperienze di soggiorno in Comunità Terapeutica
- i) Le richieste di ammissione al lavoro interno alla struttura di custodia
- j) La condizione giuridica dei cittadini stranieri che hanno fatto parte del campione della ricerca

Dall'esame dei dati raccolti è innanzitutto emerso un aspetto di rilievo costituito dalle sensibili differenze, per alcune variabili quali ad esempio il recidivismo e l'età di stabilizzazione della tossicodipendenza, tra detenuti italiani e detenuti stranieri. Interessante è risultato il peso dissimile del fenomeno rilevato nelle diverse aree geografiche del paese.

Gli indicatori prescelti e ritenuti rilevanti per l'analisi sociologica sono stati:

- I dati sociodemografici (età, provenienza geografica, condizione lavorativa, livello d'istruzione, stato civile)
- La cittadinanza
- La differenza di genere
- La condizione giuridico-amministrativa
- Il ventaglio di sostanze stupefacenti sperimentato in media dagli intervistati

I quesiti, taluni dei quali già ricorrenti nella letteratura sulla questione penitenziaria e altri suggeriti dalla finalità del progetto e dall'interesse istituzionale a avviare una politica pubblica sulla DD, sono i seguenti.

- A quale età si può far risalire l'iniziazione al consumo costante degli stupefacenti
- Vi sono stati dei contatti e quali con i servizi di tutela della salute, compresi quelli specificamente dedicati alla salute mentale e alla dipendenza da sostanze
- Vi è un effetto iatrogeno della detenzione che spinge a far

evolvere la condizione di tossicodipendente in persona che si riscontra positiva alla Doppia Diagnosi

- Quali sono differenze significative del fenomeno che si riscontrano tra le varie aree geografiche italiane

Popolazione coinvolta e universo carcerario

Per una rappresentazione di sfondo delle proporzioni che raggiunge il fenomeno della tossicodipendenza in carcere, si può fare riferimento ad un dato ufficiale, quale quello è contenuto nell'ultima edizione dell'Annuario delle statistiche giudiziarie penali dell'ISTAT, dove sono riportate le accurate elaborazioni per l'anno 2002.

Al 31 dicembre del 2002 risultavano presenti negli istituti di pena italiani 15.429 persone maggiorenni definite "tossicodipendenti", delle quali 526 di sesso femminile (3,4 per cento). Gli stranieri erano 649, pari al 4,2 per cento del totale.

La popolazione che è oggetto della presente ricerca sulla Doppia Diagnosi era invece composta di 1120 italiani e di 149 stranieri, con distribuzione percentuale, rispettivamente, di 88,26 punti e di 11,74. Da questo dato si può dedurre che la popolazione tossicodipendente di nazionalità straniera sia sottostimata (al momento dell'ingresso in carcere) e che perciò la ricerca ne abbia "intercettata" una porzione decisamente più ampia, a causa di un approccio differente da quello semplicemente gestionale.

Quanto alla differenza di genere, il numero di donne intervistate (18 su 1269 persone) è stato pari all'1,42 per cento del campione, mentre nelle statiche ufficiali esso raggiunge i 3,4 punti.

La popolazione detenuta partecipante allo screening

La prima evidenza che si ricava dai semplici dati della regione di nascita dei 1269 detenuti è la netta prevalenza di persone originarie del Mezzogiorno d'Italia: sfiorava il peso di due presenze su tre (62,1 per cento) ovviamente fra gli italiani. Al polo opposto, i cittadini originari delle regioni centrali del paese: appena il 3,1 per cento del totale dei casi presi in esame. Dai territori delle province settentrionali provenivano il 34,9 per cento degli intervistati.

Le proporzioni, così vistosamente squilibrate, in realtà si avvicinano in modo impressionante a quelle in cui si ripartisce la devianza istituzionalizzata, intendendosi con questa la popolazione che è stata condannata con sentenza definitiva.

Ripartizione geografica delle persone condannate con sentenza definitiva - Elaborazione su dati ISTAT – Annuario penale 2002		
	Valori assoluti	Valori percentuali
NORD	41.643	18,83
CENTRO	36.949	16,70
SUD	104.587	47,28
STRANIERI	38.011	17,18
TOTALE	221.190	100,00

Tra la popolazione detenuta presente negli istituti di pena (tanto per effetto di sentenza definitiva quanto in custodia cautelare) la provenienza risultava (sempre al 31 dicembre 2002) per il 36,67 per cento dal Nord, per il 30,24 dal Centro e per 33,1 dal Sud d'Italia.

Qui la difformità dalla composizione dei casi sottoposti a screening è vistosa, essendo il Centro dell'Italia decisamente sottodimensionato.

L'età media delle persone intervistate è pari a 32,26 anni, con lieve scostamento tra gli italiani e gli stranieri.

Classi di età	Italiani	%	Stranieri	%	Totale	%
18-20	8	0,7	4	2,7	12	0,9
21-25	107	9,6	17	11,4	124	9,8
26-30	234	20,9	33	22,1	267	21,0
31-35	282	25,2	42	28,2	324	25,5
36-40	237	21,2	34	22,8	273	21,5
41-45	138	12,3	10	6,7	148	11,7
46-59	64	5,7	7	4,7	71	5,6
51 ed oltre	48	4,3	2	1,3	50	3,9
Totale	1120	100,0	149	100,0	1269	100,0

Età media
(anni)

32,25

31,80

32,26

La condizione alloggiativa alla vigilia della detenzione

L'informazione circa la condizione alloggiativa in cui si trovavano i detenuti tossicodipendenti nei trenta giorni precedenti alla detenzione (s'intende, quella in corso al momento dell'intervista) fornisce una caratterizzazione iniziale sul potenziale di "autoassistenza" e di parziale decoro con riguardo alla soddisfazione di un bisogno fondamentale: l'abitazione.

Più di un detenuto tossicodipendente su cinque (esattamente il 21 %) versava nella condizione di "senza tetto", con un netto divario tra cittadini italiani (18,2 %) e cittadini stranieri (40,4). Tale situazione è risultata molto acuta nelle sedi di Padova (44,3 % dei casi) di Torino (32,3) di Milano (29,3) di Palermo e di Imperia (entrambe con 26,4 punti percentuali).

In quale tipo di alloggio di fortuna trovavano rifugio queste persone? Il 21 per cento dei senza tetto riposava "all'aperto" (valore pressoché identico per italiani e stranieri, rispettivamente 21,3 e 20). In immobili dimessi (capannoni industriali, casolari di campagna ecc.) si tratteneva l'8,2 per cento degli homeless (con 2,7 punti di scarto tra italiani, 8,9 %, e stranieri, 6,2). Una struttura apposita di accoglienza temporanea (dormitorio, centro di volontariato e simili) era cercata in prevalenza dagli stranieri (10,8 %) e meno dagli italiani (6,9), mentre in autovettura o in caravan si riparavano percentuali molto vicine delle due popolazioni considerate (10,4 e 10,8).

La solidarietà amicale appare molto più pronunciata negli stranieri che indicano il rifugio generico presso "amici" quale risorsa per più di uno su tre dei senza casa.

Durante gli ultimi trenta giorni prima dell'arresto era senza tetto?

	N.		Totale	%		Totale
	italiani	stranieri		italiani	stranieri	
NO	906	96	1002	81,8	59,6	79,0
SI	202	65	267	18,2	40,4	21,0
Totale	1108	161	1269	100,0	100,0	100,0

Se SI dove è stato durante quei giorni?

LUOGO	N.		Totale	%		Totale
	italiani	stranieri		italiani	stranieri	
Asilo notturno/dormitorio	14	7	21	6,9	10,8	7,9
Amici	44	23	67	21,8	35,4	25,1
Auto/caravan	21	7	28	10,4	10,8	10,5
In un edificio	18	4	22	8,9	6,2	8,2
All'aperto	43	13	56	21,3	20,0	21,0
Altro	62	11	73	30,7	16,9	27,3
Totale	202	65	267	100,0	100,0	100,0

Stranieri e tossicodipendenza con Doppia Diagnosi

Come si è già indicato, sono stati 149 i cittadini di nazionalità straniera in stato di tossicodipendenza accertata che hanno partecipato al progetto. Ad essi si possono aggiungere – ai meri fini di un'analisi sociologica di sfondo – altre 12 persone che hanno acquisito la cittadinanza italiana. Le persone prive del permesso di soggiorno erano la grande maggioranza (92 casi, pari al 61,7 per cento del totale).

La concentrazione dei tossicodipendenti stranieri mette in evidenza alcune particolarità: un'ampia maggioranza di essi proviene da paesi arabi, quali Tunisia, Marocco, Algeria, Palestina e dall'Iraq. Dell'Egitto era originario un detenuto. In totale, i nati in paesi arabi erano 98 su 162 (considerando anche i nati che successivamente hanno acquisito la nazionalità italiana).

Considerando che nel campione di detenuti stranieri si riscontra la netta prevalenza di tossicodipendenti originari da paesi del Maghreb (ben 90 su 162 intervistati) e che in tali paesi di origine esiste un'antica consuetudine di massa con l'uso di derivati della cannabis, il dato emerso dal progetto autorizza delle deduzioni significative. In altri termini, si può ipotizzare che oltre alla consistenza quantitativa della presenza di devianza immigrata da tali paesi, vi sia un particolare effetto attrattivo dell'abuso di stupefacenti legato alla crisi di fattori culturali essenziali (identità, costume, stili di vita, inserimento nel tessuto urbano ecc.)

Luogo di nascita dei detenuti tossicodipendenti stranieri	N.	%
Paesi dell'UE	24	14,8
Europa non UE	25	15,4
Paesi Arabi	98	60,5
America Latina	5	3,1
Africa Nera	9	5,6
Asia	1	0,6
Totale *	162	100,0
(*compreso un italiano nato all'estero)		

Esperienze di detenzione e tossicodipendenza

Com'era prevedibile, la stragrande maggioranza delle persone intervistate aveva sia una biografia segnata dal recidivismo, sia da una plurima esperienza di detenzione carceraria. Il dato è più elevato per gli italiani (88,8 % dei casi), mentre per gli stranieri è del 78,3 per cento.

È mai stato in carcere in precedenza?

	N.			%		
	italiani	stranieri	Totale	italiani	stranieri	Totale
NO	124	35	159	11,2	21,7	12,5
SI	984	126	1110	88,8	78,3	87,5
Totale	1108	161	1269	100,0	100,0	100,0

Un'ulteriore sviluppo del dato mostra che la reiterazione dell'esperienza si differenzia ancora tra cittadini italiani e cittadini stranieri. Per i primi il dato medio è di 4,8 precedenti, mentre per i secondi è di 3,8.

Quanto ai tipi di reati, prendendo in considerazione il primo per il quale la persona è stata condannata, italiani e stranieri non si discostano, quanto alla percentuale dei reati contro la persona (6,9 per cento), ma i dati divergono vistosamente per i delitti connessi

allo spaccio e traffico di stupefacenti. Qui gli stranieri, con il 58 % circa di detenzioni, superano gli italiani che si attestano sui 27,6 punti.

Divario nettissimo per i reati contro il patrimonio, ma all'inverso: gli italiani sono detenuti per avervi riportato una condanna nel 52,8 per cento dei casi, mentre gli stranieri hanno subito pronuncia di condanna (sempre quale primo reato) in 27,6 casi su cento.

L'inizio dell'assunzione abituale di stupefacenti

La ricerca fornisce delle informazioni particolarmente interessanti sull'avvio della condizione di tossicodipendenza o di alcolismo, specificandone il rilievo distinto per gli italiani e gli stranieri.

La prima indicazione che si ricava è che i nati in Italia hanno un approccio più precoce con l'addiction di sostanze stupefacenti: per loro l'iniziazione è avvenuta in età adolescenziale (intendendosi le persone d'età inferiore agli anni venti) nel 72 per cento dei casi (tra gli stranieri, il dato scende al 51,9 per cento). All'interno di tale gruppo, quelli che hanno intrapreso la carriera tossicomana prima o al compimento del sedicesimo anno d'età, erano il 36 per cento degli italiani e il 14,6 degli stranieri. I primi avevano un approccio all'abuso di stupefacenti e alcolici nettamente più precoce dei secondi.

L'elaborazione relativa all'età media mostra che i valori si attestano a 19,2 anni per gli italiani e a 21,3 per gli stranieri.

I rapporti si capovolgono prendendo in considerazione i "giovani adulti", vale a dire le persone in età compresa tra i 21 e i 25 anni, fascia d'età che tra gli stranieri è presente con poco meno di 30 casi su cento e per gli italiani per 16,4.

Altra polarizzazione si riscontra nella fascia degli ultratrentenni: in questo gruppo troviamo 5,3 italiani e 8,9 stranieri che sono coinvolti nelle droghe ben dopo la conclusione dell'età evolutiva.

A quale età ha iniziato ad usare sostanze stupefacenti o alcol?

Classi di età	N.		Totale	%		Totale
	italiani	stranieri		italiani	stranieri	
Prima dei 16 anni	394	23	417	36,0	14,6	33,3
Tra i 16 e i 20 anni	394	59	453	36,0	37,3	36,2
Tra i 21 e i 25 anni	180	47	227	16,4	29,7	18,1
Tra i 26 e i 30 anni	69	15	84	6,3	9,5	6,7
Dopo i 30 anni	58	14	72	5,3	8,9	5,7
Totale	1095	158	1253	100,0	100,0	100,0

Quanto al tipo di sostanze prevalenti nei due gruppi, l'alcolismo quale condizione di dipendenza precede l'abuso di stupefacenti nel 50,6 per cento di stranieri intervistati e nel 32,3 per cento di italiani.

Gli italiani, a loro volta, precedono l'altro gruppo nell'abuso di cocaina (74,5 % a fronte del 65,8); di anfetamine (15 e 8,7) e di allucinogeni (10,6 contro 1,2).

Eloquente il dato elaborato sulla politossicomania: il numero medio di sostanze verso le quali si ha dipendenza è di 2,6, quale valore medio che si ripartisce in 2,7 punti fra gli italiani e 2,3 tra gli stranieri.

Il rapporto con i servizi nel territorio

Una serie di specifiche domande sollecitava gli intervistati a fornire indicazioni essenziali circa un loro rapporto pregresso con la rete dei servizi sanitari e psicosociali disponibili nel territorio di residenza o di frequentazione. La prima richiesta era di segnalare quanti si erano rivolti a una struttura mentre era in corso una crisi acuta di intossicazione o comunque di sofferenza. Esattamente un detenuto su tre, vale a dire il 33 per cento del campione, rispondeva affermativamente. In valori assoluti si trattava di 358 italiani e di 26 stranieri, che in rapporti percentuali equivale, rispettivamente, al 35 e al 18,6.

Altro particolare significativo è l'alta percentuale dei detenuti tossicodipendenti intervistati che avevano soggiornato in una comunità terapeutica residenziale: 44,7 punti, distribuiti tra il 48,6 % per gli italiani e il 16,4 per gli stranieri. Il particolare che 24 stranieri detenuti erano stati ospiti di una comunità terapeutica meriterà di essere approfondito, incrociando il dato con quello dell'età media.

Quanto al contatto con i servizi di salute mentale, circa un detenuto tossicodipendente su sette (sempre tra i 1269 intervistati) aveva avuto l'apertura di una cartella clinica, con divario non eccessivo tra italiani (16,3 per cento dei casi) e stranieri (11,7).

Da sottolineare che al 19,68 per cento era stato già riconosciuto un disturbo psichiatrico e 155 detenuti ne ricordavano il nome (67,1 per cento di coloro che avevano risposto SI al quesito sul contatto con servizi di salute mentale, cioè 68,9% italiani e 52% stranieri: lo scarto tra i primi e i secondi evidenzia l'insufficiente comunicazione su un tema così delicato).

Effetto iatrogeno della detenzione?

Vi è un interrogativo che è spesso ricorrente e che accompa-

gna ogni approfondimento in tema di salute mentale e detenzione. In parole semplici, il disturbo mentale è prodotto dalla detenzione, vale a dire da un'esperienza specifica che è fatta da una persona che assume stupefacenti in condizioni di tossicodipendenza? È un interrogativo "storico", poiché non sfugge che molte persone detenute e in condizione di sofferenza psichica provengono da processi di esclusione sociale e in più casi da condizioni di povertà, di stress estremo, di sradicamento culturale, di riduzione di chance di accoglienza e di integrazione sociale.

La ricerca che è stata condotta fornisce senz'altro un contributo, grazie al grande repertorio di dati, di elaborazioni, di approfondimenti cui fanno già seguito numerosi programmi personalizzati di trattamento.

Alcuni elementi, tra i molti emersi dai questionari: poco meno di un detenuto tossicodipendente su cinque (18,2 per cento) ha alle spalle almeno un tentativo di suicidio, con una differenza di appena 1,6 punti tra italiani e stranieri.

E ancora: al 19,7 per cento delle persone era stato riconosciuto un disturbo psichiatrico del quale ben 155 detenuti interessati conoscevano il nome (il 67,1 per cento di quanti hanno risposto SI, con una differenza di 15 punti in più per gli italiani rispetto agli stranieri).

I risultati della ricerca, quanto al profilo e alla storia di vita dei detenuti in Doppia Diagnosi, in questo senso contribuiscono a focalizzare il rilievo di una questione e a farla inserire nell'agenda operativa del complesso dei servizi che operano, sia nel carcere sia nel territorio. Un tema di grande rilievo, questo, che coinvolge tutti i paesi sviluppati, come messo in luce in un lavoro di due clinici del Regno Unito.

Uno sguardo alla letteratura internazionale più recente su malattia mentale e detenzione

A tutt'oggi il report comparativo più ampio, sulle dimensioni quantitative della malattia mentale in carcere, è quello pubblicato nel 2002 dagli studiosi britannici Seena Fazel, John Danesh ⁽¹⁾ in un articolo che ha riguardato oltre 22 mila detenuti di dodici paesi, per un complesso di 62 indagini condotte con metodo compatibile e pubblicate tra il gennaio 1996 e il gennaio 2001. Vi è da precisare che i due autori non hanno inteso utilizzare i rapporti di ricerca spe-

⁽¹⁾ *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*, in *Lancet* 2002; 359: pagg. 545-50

cificamente dedicati all'abuso di stupefacenti, per la grave distanza dei concetti e dei metodi che ricorrono nella letteratura *"because prevalence in prisoners is likely to be substantially affected by various reporting and ascertainment biases"*. Tale "non spendibilità" della letteratura sulle ricerche in tema di tossicodipendenza, non si ripete invece per gli approfondimenti scientifici sulla malattia mentale, dove si riscontra una notevole standardizzazione dei progetti realizzati e dei criteri per la pubblicazione nelle riviste accreditate. Di qui l'utilità del lavoro dei due autori.

Rilevante, ai fini di un profilo sociologico, è il dato di sintesi sul rischio disturbi psichiatrici gravi che *"are substantially higher in prisoners than in the general population"*. Che induce a affermare *"that the burden of treatable serious mental disorder in prisoners is substantial"*.

Ne deriva l'inferenza che nei dodici paesi esaminati – tutti occidentali – la malattia mentale, nelle diverse forme, ha un'incidenza da due a quattro volte maggiore che nel resto della società. L'incidenza è superiore addirittura di dieci volte nel caso dei disturbi di personalità. I due autori non si propongono, nel lavoro citato, di rispondere al quesito capitale se la vistosa maggiore incidenza della malattia mentale – che è rilevata dall'imponente letteratura scientifica esaminata – sia effetto, causa o, insieme, causa ed effetto della detenzione. In altri termini non vi è possibilità di una conclusione di tipo sistemico, per dedurre se la popolazione con disturbi psichiatrici conosce l'esperienza carceraria più di altre popolazioni, oppure se c'è un effetto iatrogeno del carcere, che porta in evidenza molto maggiore di chi resta libero una patologia psichica.

Di là della questione specifica, la ricerca conferma che l'assistenza psichiatrica e l'offerta terapeutica specifica è un'esigenza particolarmente acuta nelle comunità carcerarie.

Ipotesi di lavoro per sostegno postdimissione

Nel corso dei lavori preliminari – dedicati alla progettazione esecutiva della ricerca – il professor Vittorino Andreoli aveva enunciato l'obiettivo di caratterizzare una spendibilità dei risultati scientifici, come una ricaduta istituzionale, per definire un modello di sostegno alle persone "in doppia diagnosi", anche *dopo la dimissione dagli istituti di pena*. "Dopo", s'intende, la restituzione del condannato che ha concluso la pena, alla società civile, e dunque al sistema di welfare disponibile nelle varie province del paese.

Tale obiettivo – elaborare una proposta di continuità e di coerenza della terapia e della sicurezza sociale – si colloca all'interno

di una tessitura di collegamenti con il territorio, laddove si tratta di trasmettere (e, naturalmente, di ricevere riscontri di esperienza e di valori) gli elementi concreti di una conoscenza nuova dei due fenomeni della tossicodipendenza e della sofferenza mentale, messi in evidenza dal contatto delle persone con il carcere.

S'immagina, nella sostanza, di delineare i fattori e le condizioni gestionali, perché dal trattamento della persona, presa in carico nel sistema del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, si passi – o si strutturi più robustamente laddove già esista un *modus operandi* di routine – ad una coerente strategia di assistenza e reinserimento postpenitenziario.

In questo senso, le risultanze della ricerca in profondità possono supportare il perseguimento di un obiettivo di qualità delle politiche pubbliche o, se si preferisce, possono fornire elementi concreti aggiuntivi per un valore pubblico da costruire, nella concretezza delle operazioni da compiere e nel rigore metodologico necessario.

Il quadro di riferimento delle azioni di welfare sul territorio – finalizzate alla presa in carico delle persone in doppia diagnosi dimesse dal sistema penitenziario – è dato dalla legge n. 328 del 2000, dalla quale hanno preso avvio i Piani Sociali di Zona. Nel dettato della citata normativa, il complesso dei servizi erogati agli utenti devono prevedere l'integrazione – sia organizzativa sia operativa – delle prestazioni di sicurezza sociale, indipendentemente dall'amministrazione da cui dipendono le strutture. Le modalità di tale integrazione possono esser definite con vari atti formali: protocollo d'intesa, conferenza dei servizi, accordo di programma.

Da questa considerazione scaturisce un suggerimento specifico: si potrebbe monitorare successivamente e a intervalli prefissati, in collaborazione con le Aziende sanitarie che hanno partecipato al progetto Doppia Diagnosi, l'andamento delle attività dei Piani Sociali di Zona dove è stato inserito un capitolo specifico per gli interventi assistenziali per detenuti ed ex detenuti. Si tratta di numerosi Piani che hanno richiamato il tema. Tra di essi, la scelta iniziale potrebbe cadere su quelli dove ricadono le Aziende sanitarie locali che già sono state sensibilizzate per le attività di ricerca e di formazione del progetto stesso. Risulta peraltro che già l'Ufficio per i rapporti con le Regioni del DAP ha avviato una rilevazione di esperienze significative, in sede locale, suscettibili di generare delle "buone pratiche".

Vi è un punto di riflessione, utile anche per avvicinare sempre più gli interventi della comunità carceraria con il complesso dei modelli adottati nelle amministrazioni locali: l'elaborazione, postulata

dall'ordinamento riformato 120 anni dopo la Legge Crispi, di un Welfare del territorio, orientato alla popolazione e non alle categorie. Di qui l'esigenza di elaborare un modello d'integrazione, sia negli aspetti operativi sia in quelli organizzativi.

Il tema introduce il rilievo di un orientamento che si affaccia nelle politiche pubbliche: il passaggio dalla procedura "a castello" alla gestione dei processi "a rete": da reti naturali (costruite, quotidianamente, dalla prassi degli operatori) a reti governate, vale a dire ricondotte a unità dalla strategia della qualità, misurabile, valutabile e definita da standard enunciati e perseguiti.

Se questo è già un orizzonte che richiede una strutturazione, la ricerca può fornire degli stimoli utili, in un rapporto "proattivo" sia verso i servizi interni al DAP sia verso la rete esterna, nel territorio.

La ricerca ha consentito di attribuire un peso quantitativo e un rilievo qualitativo al fenomeno della tossicodipendenza associata alla sofferenza mentale, e dunque di "certificare" la priorità della Doppia Diagnosi.

Una priorità è, comunemente, una variabile di particolare significato, tale che affrontandola, da un lato si ricavano insegnamenti spendibili in varie dimensioni di problemi o in diverse associazioni di problemi, e dall'altro lato influenza – sempre se ci si misuri operativamente con la priorità – le tattiche di cambiamento verso un fenomeno complesso.

Ma la priorità individuata richiede, successivamente, di esser condivisa.

Come condividere

Perché gli output della ricerca possano rivelarsi utili, anche a questo fine, è allora opportuno porsi, in via preliminare, un obiettivo di comunicazione che tenga conto dell'impatto delle conclusioni conoscitive:

- con le culture professionali presenti sia nei partner interni al DAP sia nei partner esterni, nelle istituzioni locali e centrali e negli enti privati;
- con i modelli organizzativi differenti, con i differenti modi di intendere la propria *mission* da parte di una pluralità di enti;
- sulle culture locali e sul loro orientarsi sia sul fenomeno della tossicodipendenza sia sulla sofferenza mentale;
- sulle strutture di coordinamento create in effetti tra gli enti che hanno elaborato e deliberato i Piani Sociali di Zona.

La condivisione riguarda, insomma, sia gli orizzonti professio-

nali-operativi delle varie organizzazioni implicate sia la credibilità di una risposta istituzionale razionale e unitaria dei vari enti sollecitati dal fenomeno tossicodipendenza.

Sono tutti aspetti che possono esser risolti felicemente, vale a dire con tattiche appropriate di relazione, se si programma come coinvolgere gli altri nel nuovo orizzonte operativo che la ricerca potrà indicare.

Poiché la ricerca è finalizzata a innovare il sistema di trattamento della tossicodipendenza in carico al DAP, sarà quindi opportuno esplorare le forme con cui può essere promosso all'esterno l'intervento terapeutico realizzato all'interno.

La ricerca fornisce indicazioni utili per gli operatori dei vari servizi (dai Ser.T. ai Dipartimenti di Salute Mentale, dal Privato Sociale agli interventi personalizzati di reinserimento familiare, lavorativo o sociale, in genere).

Affinché sia centrato un obiettivo di condivisione è opportuno iniziare dall'irrobustimento delle motivazioni degli operatori, prendendo in carico le aspettative e i bisogni di chi lavora nei servizi, creando – simmetricamente – un vero e proprio marketing del servizio che ha realizzato l'intervento terapeutico, rivolto alla società esterna (le parti sociali e il tessuto associativo), le istituzioni locali, i servizi del territorio.

Il problema gestionale è come realizzare – per l'appunto, con il passaggio da reti naturali a reti governate – di modo che l'approccio di diverse missioni istituzionali e professionali generi un continuum di interventi: dalla comunità del carcere alla società esterna.

È evidente come ciò richieda un patrimonio comune di conoscenze da "codificare", di valori condivisi e immagini "accettate" del ruolo dell'operatore che tutela la salute psichica del tossicodipendente.

La ricerca aiuta questo itinerario di convergenza, soprattutto laddove vi si ritrova un sapere interno delle organizzazioni che sia stato raccolto, elaborato e configurato in modo da renderlo comunicabile ai diversi partner del gruppo che opera.

Uno degli obiettivi qualificanti della ricerca è, nella sostanza, di delineare un modello di accompagnamento che si misuri con le valutazioni e gli atteggiamenti sociali verso la tossicodipendenza, e in particolare verso quella istituzionalizzata nelle carceri e che beneficia delle misure psichiatriche previste nel progetto Doppia Diagnosi.

Si ringraziano i dirigenti ed il personale tutto degli Istituti penitenziari

C.R. Augusta
C.R. Eboli – ICATT
C.C. Giarre – SEAT
C.C. Catania “Piazza Lanza”
C.C. Lauro – ICATT
C.R. Massa
C.C. Milano “San Vittore”
C.R. Milano “Opera”
C.C. Napoli “Secondigliano” - SEAT
C.R. Orvieto
C.C. Padova
Istituti Penali di Parma C.R.
C.C. Palermo “Pagliarelli”
C.C. Rimini – SEAT
C.C. Roma Rebibbia Nuovo Complesso
C.R. Roma Rebibbia
C.C. Roma Rebibbia III Casa – ICATT
C.C. Sanremo e sezione SEAT
C.C. Torino “Lo Russo e Cotugno”

e delle Aziende sanitarie locali

ASL 2 Avellino
ASL 3 Catania
ASL 1 Imperiese di Bussana di Sanremo
ASL 3 Massa Carrara
ASL Città di Milano
ASL 2 Milano
ASL Napoli
ULSS 16 Padova
ASL 6 Palermo
ASL Parma
USL Rimini
ASL Roma B
ASL 2 Salerno
ASL 8 Siracusa
ASL 4 Terni
ASL 3 Torino

Un ringraziamento particolare va al **cons. Giovanni Tamburino** che ha avviato e fortemente creduto nella realizzazione di questo progetto ed al **prof. Vittorino Andreoli** che è stato il promotore scientifico del precedente progetto pilota realizzato nel 2000.

Stampa



Il Profumo delle Parole

presso la Casa Circondariale di Bologna - 2007