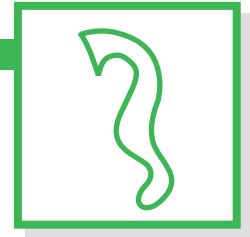


Disturbi mentali in una casa circondariale: uno studio di prevalenza



GIOVANNI SEGAGNI LUSIGNANI, CATERINA GIACOBONE,
FLORINDA POZZI, FRANCESCA DAL CANTON,
PASQUALE ALECCI*, GIUSEPPE CARRÀ

Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali,
Sezione di Psichiatria, Università di Pavia

*Direttore Sanitario, Casa Circondariale di Pavia, Istituto di Medicina Legale,
Università di Pavia

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 23-34

RIASSUNTO

Scopo. Definire la prevalenza dei disturbi mentali in una casa circondariale italiana e descrivere i principali trattamenti psichiatrici forniti. **Metodi.** Studio descrittivo osservazionale dei detenuti maschi consecutivamente inviati, in 34 mesi, per una valutazione psichiatrica, tra la popolazione (N = 1683) della casa circondariale "Torre del Gallo", Pavia; valutazione diagnostica clinica secondo il DSM-IV e analisi retrospettiva dei trattamenti psichiatrici, colloqui psichiatrici e prescrizioni farmacologiche forniti. **Risultati.** 320 uomini (19%) avevano uno o più disturbi mentali attuali (escludendo i disturbi correlati a sostanze): 16 (1%) psicosi; 71 (4,2%) disturbi dell'umore; 32 (1,9%) disturbi d'ansia; 46 (2,8%) disturbi dell'adattamento; 96 (5,7%) disturbi di personalità; 54 (3,2%) disturbi di personalità + disturbi dell'umore; 5 (0,3%) ritardo mentale. Si rileva comorbilità per disturbi correlati a sostanze (N = 166, 51,9%) e ad HIV (N = 49, 15,3 %). I colloqui psichiatrici sono erogati principalmente per psicosi e disturbi di personalità associati a disturbi dell'umore. Sono frequenti le prescrizioni *off-label* di neurolettici. **Conclusioni.** La prevalenza dei disturbi mentali in questa popolazione è più elevata delle analoghe medie statunitensi ed europee e, per alcuni sottogruppi diagnostici, potrebbe essere sottostimata. La gestione psichiatrica in carcere dovrebbe essere riorganizzata secondo le linee-guida sanitarie nazionali ed europee.

Parole chiave: disturbi mentali, prevalenza, prigioni, detenuti, maschi, psichiatria.

SUMMARY

Aims. To define the prevalence of mental disorder within an Italian local jail and to describe main psychiatric treatments provided. **Methods.** Cross-sectional study of consecutive male prisoners referred, over a thirty-four month period, for a clinical psychiatric assessment, among population (N = 1683) of casa Circondariale "Torre del Gallo", Pavia; clinical DSM-IV diagnostic assessment and retrospective analysis of provided psychiatric treatments (i.e. psychiatric visits and pharmacological prescriptions). **Results.** 320 men (19%) had one or more current mental disorders (excluding substance misuse), including 16 (1%) psychosis; 71 (4.2%) mood disorder; 32 (1.9%) anxiety disorder; 46 (2.8%) adjustment disorder; 96 (5.7%) personality disorder; 54 (3.2%) personality disorder plus mood disorder; 5 (0.3%) mental retardation. Substance- (N = 166, 51.9%) and HIV-related (N = 49, 15.3%) disorders comorbidity is recognised. Psychiatric visits are mainly provided to psychosis and personality disorder plus mood disorder subgroups. Off-label antipsychotics prescriptions are frequent. **Conclusions.** The prevalence of mental disorder in this population is higher than US and EU averages, and for particular diagnostic subgroups it could be underestimated. Psychiatric management in prison should be reorganized according to national and European health guidelines.

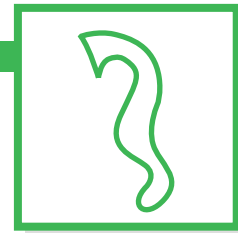
Key words: mental disorders, prevalence, prisons, prisoners, male, psychiatry.

INTRODUZIONE

A partire dagli anni '50, nei paesi più industrializzati, si è assistito, attraverso riforme dell'assistenza psichiatrica pur differenti per modalità, tempi di realizzazione ed esiti, al cosiddetto processo di deistituzionalizzazione. A tutt'oggi, tuttavia, lo sviluppo di un esauriente sistema territoriale di assistenza per la salute mentale è da considerarsi per molti versi incompleto¹. Alcuni autori hanno piuttosto avanzato l'ipotesi che, nonostante l'apparente evidenza di un continuo processo di deistituzionalizzazione, sia già iniziata una nuova era per l'assistenza psichiatrica, caratterizzata da un più subdolo processo di reistituzionalizzazione². Tale fenomeno, affondando le proprie radici nella controversia storica tra controllo sociale ed aspirazioni terapeutiche, sarebbe attualmente rintracciabile sin nei più moderni servizi di presa in carico intensiva sul territorio^{1,3}. Infatti, sebbene il numero di letti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica sia ulteriormente diminuito a partire dagli anni '90, tale tendenza sarebbe stata compensata o anzi soverchiata dall'istituzione di ulteriori forme di assistenza istituzionalizzante⁴. I segni della reistituzionalizzazione sarebbero dunque individuabili anzitutto nell'aumento del collocamento dei pazienti psichiatrici in soluzioni abitative protette a variabile livello di assistenza; i dati sulla numerosità e sulla tipologia dei pazienti posti in tali programmi di trattamento, nonché sulla durata ed efficacia di tali programmi, sono tuttavia insufficienti⁵. In secondo luogo si va modificando l'atteggiamento nei confronti dei trattamenti obbligatori, rilevandosenne un aumento in molti, sebbene non in tutti, paesi europei: in Italia, in Baviera e nel Regno Unito sono state proposte modifiche alla legislazione vigente che possano ampliare le opzioni di trattamenti obbligatori⁶⁻⁸. Infine è in aumento il numero dei posti letto in servizi psichiatrico-forensi in diversi paesi europei con, almeno nel Regno Unito, un significativo incremento nel settore privato^{4,9}.

Un certo grado di nuova istituzionalizzazione esisterebbe dunque come fenomeno internazionale, nonostante le differenze nei sistemi sanitari tra i diversi paesi. È accertato che i fenomeni di istituzionalizzazione abbiano da sempre evocato l'istituzione carceraria, sin dal discusso lavoro storico di Penrose¹⁰, con la ipotizzata relazione inversa tra disponibilità di posti letto in ospedali psichiatrici e numero di detenuti (da cui, tra le molteplici, l'implicazione per cui i pazienti dimessi fossero in gran parte incarcerati). In sostanza ancor oggi, per alcuni autori, la prevalenza di morbidità psichiatrica all'interno delle prigioni può essere considerata come 'specchio' dei trend generali nella società riguardo ai servizi per i soggetti affetti da malattie mentali¹¹. Altri considerano che il sostanziale e ubiquitario aumento della popolazione carceraria possa non essere da mettersi in relazione a fattori di morbidità specifici o a peculiari caratteristiche di erogazione dei servizi ma rispecchi una tendenza verso una generale politica di contenimento del rischio nella società europea del XXI secolo⁴. Mancano tuttavia dati sui cambiamenti della proporzione di soggetti affetti da malattie mentali nella popolazione dei detenuti nel corso del tempo².

Per poter far chiarezza a tal riguardo sono dunque necessari studi che descrivano le tipologie di pazienti che utilizzano le attuali diverse strutture (ospedali psichiatrici, prigioni, alloggi protetti psichiatrico-forensi) nonché la quota di pazienti, con malattie mentali gravi, assistiti al di fuori di tali istituzioni¹.



In particolare, gli studi di prevalenza sulla morbilità psichiatrica nelle popolazioni carcerarie hanno oggi generalmente lo scopo di valutare i bisogni di trattamento psichiatrico all'interno delle prigioni e di identificare i detenuti affetti da malattie mentali per l'implementazione delle relative procedure di supporto psichiatrico-forense¹¹. Gli studi condotti per valutare il numero di soggetti affetti da malattie mentali all'interno delle carceri e/o la generale morbilità psichiatrica tra i detenuti sono tra loro alquanto differenti per metodologia e perciò non facilmente confrontabili. Il momento dell'assessment è variabile: in alcuni studi può essere effettuato all'ingresso, mentre altri hanno un disegno di tipo *cross-sectional* ed i soggetti, perciò, potrebbero non essere stati detenuti per lo stesso periodo di tempo al momento della valutazione. I primi studi presentavano una numerosità campionaria insufficiente, non utilizzavano criteri diagnostici operazionalizzati ed erano soggetti a bias di selezione¹²⁻¹⁵. Le prime revisioni, i primi editoriali ed i primi testi sull'argomento ritenevano che la prevalenza dei disturbi psichiatrici maggiori, quali le psicosi, non presentassero differenze rispetto alla popolazione generale^{14,16-18}. Tali conclusioni sono risultate tuttavia in contrasto con le revisioni successive, effettuate sugli studi condotti a partire dal 1990, e con i dati più recenti^{19,20}.

Alcuni contributi di ricerca britannici²¹⁻²³, statunitensi^{24,25}, canadesi²⁶ e neozelandesi²⁷, sino a recenti review dagli USA^{28,29}, europee³⁰ e internazionali^{11,20} attestano la prevalenza complessiva per disturbi mentali gravi nella popolazione carceraria, escludendo i disturbi correlati a sostanze, al 10-15% negli Stati Uniti, al 12% in media nei diversi sistemi giudiziari europei³⁰, sino al 26% nel Regno Unito per i detenuti imputati²¹, essendo tale variabile oggetto di studio rispetto ai pazienti con almeno un grado di giudizio.

Tra la popolazione carceraria, una quota variabile tra il 2 ed il 4% è affetta da schizofrenia e altri disturbi psicotici, tra l'1 ed il 14% soffre di episodi depressivi mentre tra il 10 ed il 20% ha ricevuto una diagnosi di disturbo d'ansia¹¹. Il 47% (21% per le donne) è affetto da un disturbo antisociale di personalità²⁰. Va sottolineato che si tratta di un fattore di rischio per sviluppare la condizione morbosa superiore da 2 a 4 volte, per psicosi e depressione maggiore, e di 10, per disturbo antisociale di personalità, alla popolazione generale^{31,32}; anche stando ai dati della recente revisione di Andersen¹¹, nonostante alcune differenze nel disegno degli studi considerati, la prevalenza di molti disturbi nel contesto carcerario è maggiore di quella riscontrata nella popolazione generale, quantomeno se stratificata per sesso ed età.

Per quanto riguarda dati nazionali, in un precedente lavoro del nostro gruppo³³, i disturbi psicotici rappresentavano, rispetto all'intera popolazione carceraria di una casa circondariale, l'1,3%, i disturbi dell'umore il 5,4%, i disturbi d'ansia ed i disturbi di adattamento il 2,5% rispettivamente. Questo studio analizza una coorte più ampia rispetto al precedente, estendendo il periodo di osservazione sino a 34 mesi.

SCOPI DELLO STUDIO

Gli scopi del presente studio sono: a) definire la prevalenza attuale dei disturbi

mentali all'interno di una casa circondariale italiana; b) descrivere i principali elementi di trattamento psichiatrico forniti in tale contesto.

MATERIALI E METODI

Disegno

Studio descrittivo osservazionale su tutti i pazienti consecutivi, detenuti presso una casa circondariale per i quali, nei 34 mesi compresi tra il 1° maggio 2000 ed il 28 febbraio 2003, è stata richiesta dal medico di guardia una consulenza specialistica psichiatrica.

Setting

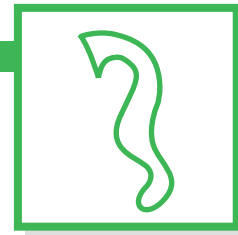
Il presente studio è stato svolto nell'ambito del servizio di consulenza psichiatrica della casa circondariale "Torre del Gallo" di Pavia, fornito da uno psichiatra e da due medici specializzandi in psichiatria. La capienza della casa circondariale è di 244 detenuti con una presenza media giornaliera, nel periodo d'osservazione, di 420 ospiti. L'ufficio matricola competente ha indicato che la popolazione carceraria, nel periodo compreso tra il 1° maggio 2000 ed il 28 febbraio 2003, ammontava a 1683 soggetti; tale popolazione è risultata composta da 1010 (60%) detenuti con almeno una sentenza di primo grado e da 673 imputati (40%).

Allo scopo di delineare il panorama descrittivo del sistema in oggetto, che in genere è poco noto agli operatori della salute mentale, sono rappresentate, nella tabella I, le diverse attività svolte all'interno della casa circondariale di Pavia nonché gli operatori in esse coinvolti per quanto concerne gli ambiti lavorativo, educativo, di volontariato e socio-sanitario.

Tabella I. Attività lavorative, educative, di volontariato e socio-sanitarie della casa circondariale di Pavia.

Attività lavorative (N)	Attività educative (N)	Attività volontariato (N)	Attività socio-sanitarie (N, h/sett)
Barbiere (3)	Media Inferiore (3)	Francese (1)	Educatore (1, 36)
Scrivano (3)	Diploma Geometra [^] (1)	Bricolage (1)	Assistente Sociale* (4, 80)
Cuciniere (6-8)	Diploma Ragioneria [§] (1)	Musica (1)	Psicologo [#] (2, 40)
Portapacchi (1)	Informatica (1)	Teatro (3)	Medico SERT (1, 4)
Scopino (1)	Psicomotricità (1)	Giornalino (1)	Infermiere [†] (6, 172)
Magazziniere (1)	Giardinaggio [°] (1)	Alcolisti Anonimi (2)	Direttore sanitario (1, 20)
Addetto lavanderia (1)	Comunicazione assertiva [‡] (1)	Assist. spirituale (2)	Medico Guardia (8, 168)
Portavitto (3)	Italiano ^{>} (1)	Carità religiosa (2)	Psichiatra [‡] (1, 4)
Lavorante generico (2-20)	Panettiere	Carità laica (1)	Specialisti [°] (5, 25)

Note: per detenuti: [^]comuni, [§] alta sorveglianza, [°]protetti, [‡]tossicodipendenti, [>]stranieri; *2 Ministero Giustizia (72h) + 2 SERT (8h); # 1 Ministero Giustizia (36h) + 1 SERT (4h); †5 Ministero Giustizia (168h) + 1 SERT (4h); ‡ 1+2 Specializzandi (4h); ° Ortopedico, Infettivologo, Oculista, Radiologo, Odontoiatra (4h).



Il rapporto tra detenuti e operatori della salute mentale (psicologo, psichiatra, psichiatri in formazione) si attesta, rispetto alla popolazione media giornaliera ed in unità a tempo pieno, intorno a 320:1. Nel periodo in esame è stata avanzata richiesta di consulenza psichiatrica per 402 detenuti pari al 23,9% della popolazione carceraria; di questi, 82 (20,4%) non hanno soddisfatto i criteri clinici per una diagnosi psichiatrica. Non esiste, come nella quasi totalità degli istituti penitenziari, uno protocollo specifico e formalizzato che stabilisca quali debbano essere i criteri per la richiesta di una consulenza specialistica, psichiatrica o d'altra natura. Il servizio di consulenza psichiatrica è atto ad orientare le risorse disponibili in funzione di un criterio di gravità rilevato clinicamente e, nei casi più lievi, fornisce soltanto una medicazione psicofarmacologica, mentre nei casi di patologia più severa instaura una presa in carico del paziente, segnalando al direttore sanitario necessità terapeutiche (trattamenti psicologici, educativi o farmacologici non disponibili nell'istituto), modificazioni ambientali (isolamento/socializzazione) nonché fornendo indicazioni alle specifiche attività lavorative e socio-educative sopra descritte.

Misure utilizzate

Per ogni paziente inviato al consulente psichiatra è stata effettuata una valutazione diagnostica clinica, in accordo con i criteri classificatori del DSM-IV³⁴. A tal riguardo è stato possibile suddividere i pazienti in 7 categorie diagnostiche principali: 1) schizofrenia e altri disturbi psicotici; 2) disturbi dell'umore; 3) disturbi d'ansia; 4) disturbi dell'adattamento; 5) disturbi di personalità; 6) disturbi di personalità + disturbi dell'umore; 7) ritardo mentale. Inoltre, sono state raccolte in modo sistematico informazioni su caratteristiche socio-demografiche (sesso, età, stato civile, scolarità e condizione lavorativa abituale precedente la carcerazione), abuso di sostanze in anamnesi, patologie HIV-correlate. Per i 34 mesi oggetto dello studio, al fine di descrivere le caratteristiche del trattamento clinico-psichiatrico erogato, sono stati raccolti il numero di visite effettuate ed i trattamenti farmacologici con psicofarmaci, prescritti dal medico di guardia e/o dal consulente psichiatra; inoltre è stato preso in considerazione il trattamento con gli agonisti oppiacei, prescritti dai medici del Servizio Tossicodipendenze (SERT).

Analisi statistica

I confronti tra i sottogruppi sono stati realizzati utilizzando, per le variabili nominali di tipo dicotomico (presenza/assenza di comorbilità), la statistica chi-quadrato, come appropriato per analizzare le differenze tra proporzioni; per le variabili continue distribuite normalmente (numero di visite psichiatriche), il confronto è stato realizzato mediante l'analisi della varianza a una via (ANOVA). Il livello statistico di significatività è $p < 0,05$. L'analisi è stata eseguita utilizzando il programma di Statistica Stata 7.0³⁵.

RISULTATI

Caratteristiche socio-demografiche

Il campione (N = 320) è costituito da soggetti di sesso maschile (la casa circondariale ospita solo uomini) con un'età media di $35,2 \pm 9,4$; tra questi il 22,2% è rappresentato da extra comunitari.

In merito alla condizione lavorativa precedente la carcerazione, il 64,5% dei detenuti è risultata disoccupata o sotto-occupata, mentre circa un terzo (32%) svolgeva un'attività specializzata ed il 3,5% da dirigente.

Per quanto riguarda lo stato civile si è riscontrato il 40,1% di celibi, il 32,8% di coniugati, il 10,7% di conviventi ed il 15,3% di divorziati.

Nella rilevazione della scolarità è risultata un percentuale di analfabeti del 6,2%. Il 24,2% dei soggetti valutati ha conseguito la licenza elementare, il 49,12% la media inferiore, il 18,8% la media superiore e l'1,6% è in possesso di una laurea.

Prevalenza della patologia psichiatrica

Complessivamente la prevalenza di patologia psichiatrica è risultata del 19%. Infatti, rispetto alla popolazione della casa circondariale nel periodo considerato, è stata formulata una diagnosi per 320 pazienti tra i detenuti inviati per la valutazione. La tabella II illustra i tassi di prevalenza dei disturbi psichiatrici rilevati, sia in termini di numerosità sia di percentuali della diagnosi principale, rispetto alla popolazione carceraria ed al gruppo indice.

Tabella II. Prevalenza dei disturbi psichiatrici secondo il DSM-IV, Assi I e II, nella popolazione carceraria e nel gruppo indice; frequenza di disturbi correlati a sostanze e patologie HIV-correlate tra i gruppi diagnostici nel gruppo indice.

Diagnosi	No.	Popolazione Carceraria (N = 1683)	Gruppo Indice (N = 320)	Disturbi correlati a sostanze (N = 166)		Patologie HIV-correlate (N = 49)	
		(%)	(%)	No.	(%)*	No.	(%)*
Disturbi psicotici	16	1	5	7	43,7	1	6,2
Disturbi dell'umore	71	4,2	22,2	21	29,5	5	7
Disturbi d'ansia	32	1,9	10	16	50	3	9,4
Disturbi dell'adattamento	46	2,8	14,4	23	50	8	17,4
Disturbi di personalità	96	5,7	30	65	67,7	18	18,7
Disturbi di personalità + dell'umore	54	3,2	16,9	31	57,4	14	26,0
Ritardo mentale	5	0,3	1,6	3	60,0	0	0

*% sul totale del gruppo diagnostico (righe).

La distribuzione in cluster dei disturbi di personalità ha evidenziato una consistente quota per il B (87,5%), rispetto all'A (5,8%) ed al C accorpato al gruppo dei



disturbi di personalità non altrimenti specificati NAS (6,7%). Su disposizione della magistratura di sorveglianza, nel periodo in esame, sono stati inviati in ospedale psichiatrico giudiziario, 20 pazienti (nel 60% extracomunitari), di cui 12 affetti da disturbi di personalità di cluster B e 8 da disturbi psicotici, tutti con un disturbo correlato a sostanze in anamnesi.

Comorbidità

È previsto dall'organizzazione sanitaria penitenziaria che i pazienti affetti da disturbi correlati a sostanze siano indirizzati al SERT dedicato; tuttavia, in termini life-time, tale diagnosi è stata formulata, nel 45,7% dei pazienti valutati (184/402). Tra i pazienti del gruppo indice il 51,9% (166/320) presenta una comorbidità per disturbi correlati a sostanze e il 15,3% (49/320) per patologie HIV-correlate (tra questi, 29/49 presentano entrambe le comorbidità).

Trattamenti psichiatrici erogati

Nel periodo considerato sono state effettuate 1230 visite ($3,6 \pm 4,5$ per paziente). La valutazione degli 82 pazienti, poi rivelatisi non affetti da alcuna patologia psichiatrica, ha richiesto in media $1,5 \pm 1,2$ visite. Il numero di visite psichiatriche, rispetto alla diagnosi è rappresentato in tabella III.

Tabella III. Numero di visite e frequenze di prescrizioni di psicofarmaci tra i sottogruppi diagnostici nel gruppo indice (N = 320) in 34 mesi.

Diagnosi	No.	Numero di visite in 34 mesi		NL		AD		STB		BDZ		TA		RT	
		Media	(d.s.)	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*
Disturbi psicotici	16	8,9	(10,9)	13	(81,2)	3	(18,7)	5	(31,2)	12	(75,0)	0	(0,0)	3	(18,7)
Disturbi dell'umore	71	4,5	(4,1)	7	(1)	63	(60,5)	8	(88,7)	37	(52,1)	3	(4,2)	6	(8,5)
Disturbi d'ansia	32	2,7	(2,1)	1	(3,1)	17	(53,1)	4	(12,5)	26	(81,2)	1	(3,1)	2	(6,2)
Disturbi dell'adattamento	46	2,3	(1,7)	3	(6,5)	25	(54,3)	1	(2,2)	30	(65,2)	1	(2,2)	4	(8,7)
Disturbi di personalità	96	4,3	(4,7)	30	(31,2)	38	(39,6)	41	(42,7)	77	(80,2)	16	(16,6)	5	(5,2)
Disturbi di personalità + dell'umore	54	6,9	(6,1)	20	(37)	28	(51,8)	42	(77)	40	(74)	10	(18,5)	1	(1,9)
Ritardo mentale	5	2,8	(1,8)	2	(40,0)	2	(40,0)	0	(0,0)	4	(80,0)	1	(20,0)	0	(0,0)

*% sul totale del gruppo diagnostico (righe).

Legenda: neurolettici (NL), antidepressivi (AD), stabilizzanti dell'umore (STB), benzodiazepine (BDZ), terapie tgoniste (TA), rifiuto terapia (RT). Ciascun paziente può assumere farmaci di più categorie.

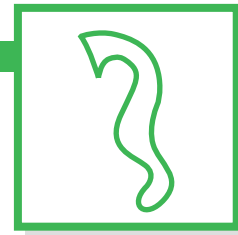
Si è rilevato un volume di visite significativamente maggiore per i disturbi psicotici e le associazioni in comorbidità di disturbi di personalità e disturbi dell'umore (ANOVA $F = 6,89$, $df = 6$, $p = 0,000$). Un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche ha permesso di raccogliere informazioni sul numero di prescrizioni di psicofarmaci (secondo le principali categorie). La distribuzione tra i sottogruppi diagnostici e classi di farmaci è anch'essa illustrata, in termini descrittivi, nella tabella III, ove vengono anche considerate le terapie agoniste, nonché il comportamento di rifiuto della terapia. È stata inoltre fatta una distinzione tra le prescrizioni di antipsicotici atipici (22/76) e di antidepressivi non triciclici (SSRI, SNRI, 125/176), rispetto al totale delle prescrizioni per classe. È emerso un esteso impiego di neurolettici in patologie non psicotiche (in particolare, disturbi dell'umore e di personalità, singolarmente o in comorbidità), nonché di benzodiazepine, in tutti sottogruppi, con frequenze elevate.

CONCLUSIONI

Il limite principale del presente studio si riferisce alla generalizzabilità dei risultati rispetto alla popolazione d'origine. Il campionamento è avvenuto infatti in funzione dello screening clinico del medico di guardia inviante. La quota di soggetti risultati negativi per patologie psichiatriche è relativamente bassa, sebbene sia necessario considerare che il processo di selezione potrebbe aver escluso dalla valutazione una potenziale popolazione affetta da disturbi psichiatrici, anche gravi, ma priva dei correlati comportamentali problematici, che rappresentano il principale criterio per la richiesta di trattamento psichiatrico: disturbi psicotici con sintomatologia prevalentemente negativa e disturbi dell'umore in cui non è evidente l'intenzionalità autolesiva.

I dati raccolti e le analisi correlate sono comunque fortemente condizionati dalla particolarità del contesto penitenziario in cui è rarefatto l'interesse per gli ambiti sanitario e psico-sociale.

Il riscontro di percentuali di patologia psichiatrica complessiva, esclusi i disturbi correlati a sostanze, pari al 19%, attesta una prevalenza superiore alle medie europee³⁰ e statunitensi^{28,29}. Il tasso di prevalenza dei disturbi psicotici, rispetto ai dati internazionali recenti (1% versus 3,7%²⁰, potrebbe essere sottostimato, come quello dei disturbi di personalità, e da imputarsi ad una selezione nell'invio per la valutazione psichiatrica. Anche la prevalenza dei disturbi dell'umore appare inferiore alle evidenze correnti (7,4%, comprendendo la comorbidità in asse II, versus 10%). È d'altronde noto che in assenza di uno screening di routine per i disturbi mentali gravi su tutti i detenuti, ad esempio sino al 75% dei disturbi psicotici sfugge allo staff medico carcerario²¹. In termini di necessità di trattamenti aggiuntivi, seppur in comorbidità, i tassi di disturbi correlati a sostanze e patologie HIV-correlate (51,9% e 15,3% rispettivamente) appaiono meritevoli d'attenzione. Il campione, inoltre, in confronto alle medie delle popolazioni carcerarie nazionali, vede rispettivamente tassi di disoccupazione dell'64,5% (vs 51,3%)³⁶. È possibile ipotizzare che il campione si differenzi dalla popolazione carceraria generale per caratteristiche di particolare svantaggio (scolarità, condizione lavorativa).



In merito alle risorse per gli interventi clinici, queste appaiono al di sotto degli standard europei per setting analoghi essendo il rapporto detenuti/operatori della salute mentale sino a 4 volte superiore; è verosimile che anche a ciò siano correlabili la concentrazione delle stesse sui disturbi psicotici e l'ampio uso di psicofarmaci *off-label*. Nel contesto penitenziario sembra esistere un peculiare utilizzo di alcune classi farmacologiche, che è legato alle difficoltà terapeutiche intrinseche alla struttura stessa. I pattern di trattamento rivelano infatti come l'impiego di alcuni farmaci, anche in pazienti con diagnosi per cui non è prevista una stretta indicazione, sia correlato ad esigenze di gestione del comportamento, spesso violento o in un certo qual modo "indesiderato". La somministrazione di neurolettici, soprattutto tipici, in pazienti affetti da disturbo di personalità o disturbi dell'umore ha essenzialmente il valore di misura sedativa e di controllo degli impulsi.

Infine la possibilità di presa in carico è limitata dall'elevato turn-over dell'utenza, dovuto ai frequenti trasferimenti, che non è risultato quantificabile per problemi amministrativi.

Il trattamento dei disturbi psichiatrici all'interno di un contesto correzionale ha certe caratteristiche peculiari. Il setting carcerario può aiutare ad identificare gli individui che necessitano di un trattamento, riducendo, per alcuni, la necessità di sorveglianza che ne favorisce l'inabilitazione. Il paziente, tuttavia, non concede facilmente collaborazione nella valutazione e fiducia nella confidenzialità del trattamento, laddove persiste un'esigenza di pena legata alla sicurezza pubblica; esistono, comunque, degli oggettivi elementi favorevoli, in termini di compliance e di ritenzione al trattamento, nell'aumento di contenimento e nel supporto esercitato dal sistema carcerario³⁷.

L'assistenza psichiatrica condivide le caratteristiche dell'intero servizio sanitario penitenziario italiano. Secondo la legge sull'ordinamento penitenziario (L. 354/1975), ogni istituto dovrebbe avere "... almeno uno specialista in psichiatria", seppur in "collaborazione con i servizi ... sanitari locali ospedalieri ed extra-ospedalieri", mentre la legge 296/1993 prevede reparti ospedalieri penitenziari. Nel 1998/99, con la riorganizzazione del sistema sanitario nazionale (SSN) (D.Lgs n. 230), i detenuti sono iscritti, esenti dal ticket, al SSN ed ogni istituto entra nella competenza dell'azienda sanitaria locale (ASL) cui è affidata la gestione sanitaria; l'amministrazione penitenziaria conserva funzioni di controllo ed eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Il Progetto-Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario (maggio 2000) indica tra i settori prioritari d'intervento le malattie psichiatriche. Si prevedeva il trasferimento, insieme alle funzioni, delle risorse finanziarie alle ASL, attraverso due fasi: a) prevenzione, diagnosi e terapia delle tossicodipendenze (agosto 2002); b) individuazione (aprile 2000) di tre regioni, Toscana, Lazio e Puglia (in seguito anche Emilia Romagna, Molise e Campania), cui trasferire in forma sperimentale ogni funzione sanitaria. La Commissione di studio, Ministero della Giustizia-Ministero della Salute, per il rinnovamento del servizio sanitario penitenziario (maggio/ luglio 2002), ha tratto i risultati delle sperimentazioni. Ad oggi nella maggioranza degli istituti penitenziari l'assistenza psichiatrica è ancora affidata a consulenti, in convenzione con il Ministero della Giustizia, poiché le ASL, in attesa dei tra-

G. SEGAGNI LUSIGNANI
C. GIACOBONE - F. POZZI
F. DAL CANTON - P. ALECCI
G. CARRA

DISTURBI MENTALI IN UNA CASA
CIRCONDARIALE: UNO STUDIO DI
PREVALENZA

sferimenti finanziari, non hanno assunto le funzioni sanitarie³⁸.

È auspicabile un riallineamento agli standard internazionali dei servizi psichiatrici carcerari poiché, secondo le evidenze del presente studio, le risorse disponibili sembrano tralasciare specifici sottogruppi diagnostici, fornendo prestazioni spesso non appropriate in termini farmacologici; le amministrazioni penitenziarie, d'altronde, dovrebbero negoziare (secondo il previsto trasferimento delle competenze al SSN) relazioni programmatiche con i servizi psichiatrici territoriali, per fornire interventi di screening, valutazioni a breve termine sulle situazioni di crisi, invii ai servizi ospedalieri e trattamenti³⁹, non mono- ma multi-professionali, sia all'interno dell'istituzione sia nella prospettiva di una continuità di interventi territoriali di salute mentale al momento della scarcerazione. Opportunità di formazione del personale di polizia penitenziaria e psico-sociale dell'amministrazione giudiziaria potrebbero favorire il trattamento del paziente psichiatrico, in una prospettiva di integrazione con le esigenze di sicurezza^{40,41}. Da ultimo, è auspicabile che venga promosso e realizzato uno studio nazionale sulla prevalenza dei disturbi mentali nel sistema penitenziario, metodologicamente più affidabile, per procedure di reclutamento diagnostiche, del presente che, tra le altre, possa analizzare la varianza in funzione, ad esempio, del gruppo etnico⁴² e del grado di giudizio²¹ dei pazienti detenuti; simili progetti potrebbero probabilmente più facilmente realizzarsi attraverso la non ancora realizzata adesione nazionale al WHO (Regional Office for Europe) Health in Prisons Project.

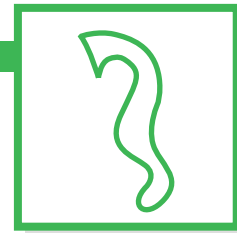
RINGRAZIAMENTI

Gli autori sono grati alla Dr.ssa Vitale ed al Comandante Capasso, nonché a tutto il personale dell'Amministrazione Penitenziaria della Casa Circondariale di Pavia.

Bibliografia

1. Priebe S, Turner T. Reinstitutionalisation in mental health care. *Br Med J* 2003; 326: 175-6.
2. Priebe S. Institutionalisation revisited with and without walls. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 81-2.
3. Fakhoury W, Priebe S. The process of de-institutionalisation: an international overview. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 187-92.
4. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilia R, Torres-Gonzales F. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *Br Med J* 2005; 330: 123-6.
5. Fakhoury W, Murrey A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 301-15.
6. Commissione XII Affari Sociali. XIV Legislatura. Scheda lavori preparatori. Atto parlamentare: 174. Burani Procaccini: "Norme per la prevenzione e la cura delle malattie mentali". Camera dei Deputati: Roma, 2001. Retrieved April 24, 2005, from: http://testo.camera.it/_dati/leg14/lavori/schedela/trovaschedacamera.asp?pd=174.

7. Spaemann C. Expanding the scope for sectioning for the sake of public safety? Comments concerning the new regulations for application by the Bavarian ministry for social services regarding the law of sectioning (in German). *Recht Psychiatrie* 2001; 19: 69-72.
8. Department of Health. Draft mental health bill. Norwich: Stationery Office; 2002.
9. Becker T, Vazquez-Baquero JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 2001; (Suppl 410): 1048-14.
10. Penrose LS. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *Br J Med Psychol* 1939; 18: 1-15.
11. Andersen HS. Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand* 2004; (Suppl 424): 110: 5-59.
12. Teplin LA. Detecting disorder: the treatment of mental illness among jail detainees. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 233-6.
13. Andersen HS, Sestoft D, Lillebæk T, Gabrielsen G, Kramp P. Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand. *Int J Law Psychiatry* 1996; 19: 61-74.
14. Coid JW. How many psychiatric patients in prisons? *Br J Psychiatry* 1984; 145: 78-86.
15. Teplin LA. Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *Am J Public Health* 1994; 84: 290-3.
16. Guze SB. Criminality and psychiatric disorders. New York: Oxford University Press, 1976.
17. Smith R. The mental health of prisoners. I – how many mentally abnormal prisoners? *Br Med J* 1984; 288: 308-10.
18. Jemelka R, Trubin E, Chiles JA. The mentally ill in the prisons: a review. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 481-91.
19. Gunn J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 332-8.
20. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-50.
21. Birmingham L, Mason D, Grubin D. Prevalence of mental disorders in remand prisoners: consecutive case study. *Br Med J* 1996; 313: 1521-4.
22. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorders in unconvicted male prisoners in England and Wales. *Br Med J* 1996; 313: 1524-27.
23. Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. London: HMSO; 1998.
24. Powell TA, Holt JC, Fondacaro KM. The prevalence of mental illness among inmates in a rural state. *Law Hum Behav* 1997; 21: 427-37.
25. Ditton PM. Mental health and treatment of inmates and probationers. Washington, DC: US. Bureau of Justice Statistics; 1999.
26. Brink JH, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24: 339-56.
27. Brinded PM, Simpson AI, Laidlaw TW, Fairley N, Malcolm F. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 166-73.
28. Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 483-92.
29. Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *New Dir Ment Health Serv* 2001; 90: 29-49.
30. Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A. Mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23: 649-63.
31. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
32. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain-initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997; 27: 775-89.



33. Carrà G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F. Prevalence of mental disorders and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2004; 13: 47-54.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
35. Stata Corporation. *Stata Statistical Software: Release 7.0*. Stata Corporation: College Station, TX; 2001.
36. Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria. Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato, sezione statistica. Amministrazione Penitenziaria - Statistiche sull'Esecuzione negli Istituti Penitenziari, 2002. Retrieved July 4, 2003, from: www.giustizia.it/statistiche/statistiche_dap/organigramma.htm
37. Nurco DN, Hanlon TE, Bateman RW, Kinlock TW. Drug abuse treatment in the context of correctional surveillance. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12: 19-27.
38. CED della Corte Suprema di Cassazione. *Legislazione Medicina Penitenziaria* (online). Ministero della Giustizia: Roma, 2003. Retrieved April 21, 2003, from: www.giustizia.it/cassazione/leggi/Med_pen.htm Legislazione
39. Lamb HR, Schock R, Chen PW, Gross B. Psychiatric needs in local jails: emergency issues. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 774-77.
40. American Psychiatric Association. *Psychiatric services in jails and prisons*, 2nd ed. Washington DC and London: American Psychiatric Association, 2000.
41. Clerici M, Marasco M, D'Urso N, Scarone S. Assistenza psichiatrica in carcere. Riflessioni dall'esperienza nella casa di reclusione di "Milano Opera". In: Clerici M, Mencacci C, Scarone S, eds. *Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri*. Milano: Masson, 2002: pp 65-74.
42. Coid J, Petrukkevitch A, Bebbington P, et al. Ethnic differences in prisoners. I: Criminality and psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 473-80.