

PSICHIATRIA E CARCERE

A cura di Massimo Clerici e Silvio Scarone

Scritti di Alecci, Bertolotti Ricotti, Buffa, Candotti, Carrà, Cechini, Clerici, Dal Canton, Demartini, D'urso, Ferrannini, Ferriani, Fioritti, Giacobone, Gualco, Loi, Loretto, Marasco, Melega, Mencacci, Milia, A. Nivoli, G. Nivoli, L.F. Nivoli, Pellegrino, Peloso, Pirfo, Pozzi, Rucci, Santarini, Scaramelli, Scarone, Segagni Lusignani, Venco

Direttore
Gaspare Vella
Direttore
Associato
Alberto
Siracusano

NÓOS⁴³

AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA

VOL 12, N 1, GENNAIO-APRILE 2010



Il Pensiero Scientifico Editore

NÓOC

AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA

Rivista quadrimestrale

Direttore:
Gaspare Vella

Direttore Associato:
Alberto Siracusano

Comitato Scientifico:
Eugenio Aguglia, Alfredo Carlo Altamura,
Giovanni Battista Cassano, Giuseppe Ferrari, Pierluigi Giordano,
Giordano Invernizzi, Gabriel Levi, Carlo Maggini, Mario Maj,
Giovanni Muscettola, Emilio Sacchetti, Michele Tansella

Segreteria di Redazione:
Cinzia Niolu

Segreteria Editoriale:
Manuela Baroncini

Direttore Responsabile:
Francesco De Fiore

Iscritto al Registro della Stampa
al n. 270/95 con ordinanza del
Tribunale di Roma

Finito di stampare:
Giugno 2010

*Direzione, Redazione e
Amministrazione:*

Il Pensiero Scientifico Editore srl
Via Bradano 3/c, 00199 Roma
Tel. (+39) 06 862821
Fax (+39) 06 86282250
Internet: <http://www.pensiero.it>
E-mail: pensiero@pensiero.it

Fascicolo singolo: € 20,00

*Progetto grafico ed
Impaginazione:*
Sudler & Hennessey
Milano

Stampa:
Tipografia Grafica 10
Via G. Antonucci
06012 Città di Castello (PG)

Garanzia di riservatezza per gli abbonati

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a Il Pensiero Scientifico Editore, ufficio Promozione, via Bradano 3/c, 00199 Roma.

Le informazioni custodite nell'archivio verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati vantaggiose proposte commerciali (legge 675/96 tutela dati personali).



Il Pensiero Scientifico Editore

Con accreditamento
della Società Italiana di
Psichiatria

NÓOS

AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA

Volume 12, Numero 1, Gennaio-Aprile 2010

PSICHIATRIA E CARCERE

A cura di

Massimo Clerici e Silvio Scarone

Sommario

| | |
|---|-----------|
| Prefazione | 5 |
| MASSIMO CLERICI, PIETRO BERLOTTI RICOTTI, SILVIO SCARONE | |
| <hr/> | |
| Ordinamento penitenziario e assistenza sanitaria. Realtà e prospettive | 9 |
| BARBARA GUALCO | |
| <hr/> | |
| Disturbi mentali in una casa circondariale: uno studio di prevalenza | 23 |
| GIOVANNI SEGAGNI LUSIGNANI, CATERINA GIACOBONE, FLORINDA POZZI, FRANCESCA DAL CANTON, PASQUALE ALECCI, GIUSEPPE CARRÀ | |
| <hr/> | |
| Un servizio di consulenza psichiatrica in ambito penitenziario. Quali bisogni, quali risposte? | 35 |
| MASSIMO CLERICI, PIETRO BERLOTTI RICOTTI, NAZARIO D'URSO, MARIA MARASCO, SARAH CANDOTTI, SILVIO SCARONE | |
| <hr/> | |

| | |
|--|-----------|
| Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del DSM di Genova | 59 |
| LUIGI FERRANNINI, PAOLO FRANCESCO PELOSO, MAURIZIO CECHINI, MARCO DEMARTINI | |
| <hr/> | |
| L'esperienza di psichiatria penitenziaria a San Vittore (Milano) | 69 |
| MARINA LOI, CLAUDIO MENCACCI | |
| <hr/> | |
| Attenzione al disturbo psichico e territorializzazione della cura: nuovi metodi dell'intervento psichiatrico in carcere | 77 |
| PIETRO BUFFA, ANTONIO PELLEGRINO, ELVEZIO PIRFO | |
| <hr/> | |
| I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario | 91 |
| ANGELO FIORITTI, VITTORIO MELEGA, ELISA FERRIANI, PAOLA RUCCI, CRISTINA VENCO, ANNA ROSA SCARAMELLI, FABIO SANTARINI | |
| <hr/> | |
| Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici | 97 |
| GIANCARLO NIVOLI, LILIANA LORETTU, PAOLO MILIA, ALESSANDRA NIVOLI, L. FABRIZIA NIVOLI | |
| <hr/> | |



In copertina:
opera di
Ugo Nespolo
Tecnica: Acrilico su legno
Si ringrazia l'Autore
per la gentile
concessione.

***“Tutte le cose erano insieme; poi venne la mente (ὁ νοῦς)
e le dispose in ordine”***

(Anassagora, Diog. Laer., Vite dei Filosofi, II, cap. III)

I limiti della nostra conoscenza psichiatrica ci fanno descrivere, in molti modi e con metodi diversi, la co-presenza, nel biologico, del somatico e dello psichico. Abbiamo scelto la parola NÓOS, mente, per indicare lo spazio, il tempo e la trama di quel che ci appare un intreccio significativo della natura umana, nel suo benessere o nel suo malessere; e, pertanto, l'analisi delle componenti di questo intreccio, e del loro modo di correlarsi, ci sembra irrinunciabile nella teoria e nella pratica clinica.

NÓOS vuole costituire uno strumento ed un'occasione di incontro e di confronto dei diversi stili della ricerca psichiatrica, al fine di “aggiornare”, di trattare, cioè, i temi psichiatrici esponendo i dati recenti e corrispondendo all'esigenza del tempo presente; esigenza che ci sembra essere quella di un orientamento, metodologicamente fondato, che escluda tanto un eclettismo acritico, quanto un cieco riduttivismo, e che si sforzi di correlare i fenomeni somatici con i fenomeni psichici e psicopatologici (e viceversa), nella speranza di una prossima capacità di integrare ogni ordine di fenomeni in una visione, realistica e terapeuticamente efficace, dell'uomo come un tutto unico.

In tale ottica, ciascun numero della rivista, che avrà cadenza quadrimestrale, si occuperà di un argomento monotematico, di particolare attualità, e verrà affidato a singoli curatori.

*Gaspere Vella
Alberto Siracusano*

La pubblicazione
di questa rivista
è resa possibile
grazie al sostegno
di Lundbeck Italia S.p.A.

Prefazione



1. Le relazioni tra malattia mentale e criminalità sono state oggetto di riflessione, in ambito psichiatrico, fin dalla nascita della disciplina freniatria – nella seconda metà del XIX secolo – informata ai principi del positivismo, fondantesi sulla matrice eziopatogenetica organicistica, ma attenta ad enfatizzare, contemporaneamente, anche gli effetti sociali di tali relazioni, intesi ora negli aspetti di alienazione, ora di devianza e reciprocamente marcati da evidente incompatibilità proprio nei confronti della società nella quale si declinavano.

Coerentemente con questo assunto, l'importanza data all'approfondimento delle relazioni tra psicopatologia e crimine è cresciuta nel tempo, non di rado tendendo alla dimostrazione della loro possibile identificazione come espressione di devianze dalla comune eziologia ereditaria (ad esempio nella teoria della degenerazione, da cui si cercava di evidenziare correlati anatomici riconoscibili fin nella fisionomia individuale). All'epoca, l'aspetto epistemologico centrale di tale tentativo risultava essere il principio di causalità, il carattere di consequenzialità necessaria nella relazione tra eredità, anatomofisiologia e manifestazione sintomatica/comportamentale che, nell'assenza di strumenti terapeutici e riabilitativi adeguati alla risocializzazione se non alla cura, indirizzava comunque all'istituzionalizzazione "permanente" e, in ogni caso, realizzava l'obiettivo della difesa sociale.

Parte della criminologia contemporanea oggi rifiuta, però, l'ipotesi della relazione malattia-crimine (anche dal punto di vista metodologico), mostrando come la dimensione categoriale della corrente nosografia psichiatrica sia insufficiente rispetto alla comprensione dei percorsi criminogenetici e crimino-dinamici: sarebbe più utile considerare, invece, il criterio funzionale che, in tale prospettiva, indica la dimensione della trasgressione – fondata sulle polarità potere/piacere – e anche quella delle capacità di comprensione della legge come necessarie almeno nella parziale spiegazione del problema. Tali dimensioni non hanno certo un rapporto di causalità stabile con la psicopatologia, ma piuttosto si riferiscono ad ascendenze etiche e socio-culturali importanti che rimangono, inevitabilmente, di difficile misurabilità. Infatti, uno schema di questo tipo non sembra affatto essersi affermato; anzi, dopo più di un secolo di psicanalisi (che, peraltro, in uno dei suoi esponenti più praticati in quest'area – Otto Kernberg – indica come "intrattabili" proprio i pazienti con personalità antisociale!), cinquant'anni di psicofarmacologia, trenta di de-istituzionalizzazione e un sistema diagnostico medico di impostazione epistemica decisamente differente dai precedenti, all'interno della psichiatria clinica corrente sembrano, nei fatti, riemergere le ipotesi concettuali enunciate "in tempi di freniatria" e, non di rado, le richieste oggettive di un'istituzione custodialistico-terapeutica rivolta ancora alla difesa sociale. Quest'ultima, dimentica dell'ideologia prodotta dal movimento antipsichiatrico (malattia mentale e crimine come comune prodotto del sistema sociale e valoriale alienante), tende sempre di più a

disconoscere l'affascinante tema della causalità e valorizza piuttosto, pragmaticamente, l'obiettivo della risposta ai "bisogni di contenimento del deviante" grazie ai nuovi strumenti offerti dalla diagnostica: l'esempio dell'interesse – tutto statunitense – al tema dell'antisocialità e i drammatici dati di prevalenza psicopatologica nelle carceri americane sono sotto gli occhi di tutti, ivi compresa la sostanziale delega al "sistema medico" di obiettivi inerenti la prevenzione dell'evoluzione criminale del singolo come riconoscibile, tra gli altri, nella progressiva farmacologizzazione del disturbo da deficit di attenzione/iperattività, principale fattore di rischio per i disturbi antisociali e i disturbi della condotta in età evolutiva.

Anche nella realtà europea e italiana, almeno rispetto alla storia più recente, è in atto una tendenza ad una sempre maggiore patologizzazione dei comportamenti antisociali e inversamente, di fronte al rischio di condotte violente, a una maggiore criminalizzazione della malattia mentale con programmi orientati alla difesa sociale. Nella tendenza ad una maggiore severità verso le condotte criminali del malato di mente, conviene ricordare, ad esempio, la ridiscussione o la rielaborazione – da parte della giurisprudenza di alcuni paesi – del concetto di non imputabilità legato ad "incapacità di intendere e di volere per vizio di mente" (per noi, secondo la terminologia degli articoli 85, 88 e 89 del Codice Penale italiano) o, addirittura, la proposta di interpretazioni maggiormente restrittive che possano limitare la definizione di incapacità di intendere alla comprensione dell'illiceità dell'atto. Una conseguenza di questa interpretazione sarebbe, ad esempio, l'imputabilità di un paziente delirante che pure abbia commesso un'azione criminosa per un fine coerente con il proprio delirio, qualora non risultasse compromessa la facoltà di comprendere che la sua azione costituiva reato e, sempre nel caso che la capacità volitiva fosse adeguata, la possibilità di sottrarsi all'azione criminosa. Analogamente può essere interpretato il fatto che l'incapacità di intendere e di volere, anche parziale, venga ampiamente discussa in relazione ad atti dove sia chiaro il rapporto con la criminogenesi nei pazienti portatori di disturbo della personalità clinicamente significativo.

2. Le esperienze descritte in questo numero di Nooς, e le possibili considerazioni che ne derivano, risultano quindi collocate entro più cornici di riferimento, delle quali almeno due devono essere citate: la prima di ordine normativo-organizzativo, mentre la seconda di ordine epidemiologico-clinico. Ma l'esperienza con questi pazienti è anche riflessione antropologica, perché la dimensione carceraria apre a versanti e prospettive che ben difficilmente si esauriscono nella polarità diagnosi/trattamento e che la relazione offerta dai setting tradizionali, psichiatrico e psicoterapico, non può certamente esaurire. I contributi che questo gruppo di lavoro – da tempo operante nell'ambito della Società Italiana di Psichiatria (SIP) e della sua sezione speciale, la Società Italiana di Psichiatria Forense – propone e sviluppa cercano di rispondere, almeno embrionalmente, ad alcuni dei problemi citati e, forse, di offrire indicazioni preliminari rispetto ai limiti, ancora evidenti e a tutt'oggi aperti, della pratica clinica in ambito carcerario.

Perché l'universo carcere rivela oggi una consistenza numerica e una dimensione sociale sempre più drammatiche: al 30 giugno 2005, 59.125 reclusi



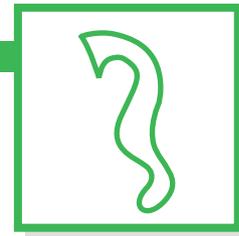
(3000 in più rispetto a dicembre 2004; erano 35.500 nel 1991) affollavano le carceri italiane. Di questi 15.558 sono tossicodipendenti, il 32% è immigrato (fino al 70% in alcuni penitenziari del centro nord) e rappresenta il 43% dei nuovi ingressi nell'ultimo anno (fonte DAP, dalle agenzie di stampa). Inoltre 40.000 persone stanno scontando una pena usufruendo di una misura diversa dalla detenzione (oltre 15.000 solo nel primo semestre 2005, un terzo dei quali tossicodipendenti; fonte DAP, dalle agenzie di stampa). Secondo il III Rapporto Antigone (2005) sulle condizioni di detenzione in Italia, le carceri italiane – “tornate a essere luogo di pura sofferenza” – vedono la popolazione ivi reclusa sempre più “arruolata negli strati sociali con minori risorse: il 35% non ha la scuola dell'obbligo... il 71% era operaio... e oltre il 40% viene dal Sud”. Per quanto riguarda i dati sulla capienza delle carceri, i detenuti immigrati sarebbero le “prime vittime del sovraffollamento, risultando i più sfavoriti nell'accesso alle terapie e i maggiori protagonisti dell'autolesionismo”. Le donne, invece, sono soprattutto tossicodipendenti e immigrate (43%), mentre i minori vivono con le madri detenute ed in massima prevalenza risultano essere meridionali, migranti e nomadi.

Tali dati sintetici – sostanzialmente verificabili anche nell'ultimo rapporto ufficiale del Ministero della Giustizia (DAP, 2003) – aprono senza dubbio alla riflessione sociale, ma non possono non esporsi anche a quella medica nei suoi aspetti più variegati e, nel contempo, aprirsi ad un'attenzione particolare proprio alla dimensione crescente di quel disagio psichico che sempre meno si maschera tra le righe delle molteplici sofferenze osservate in carcere e traspare, invece, con maggiore evidenza psicopatologica, pure nella pratica clinica territoriale dei Dipartimenti di Salute Mentale.

I contributi di questo volume testimoniano quindi che fare psichiatria in carcere è possibile, che lo sforzo di adeguare gli standard terapeutico-assistenziali a quelli della psichiatria di comunità è praticabile pur nell'ambito di leggi e regolamenti non certo flessibili e in contesti “chiusi” che ancora guardano a chi viene da fuori con timore e sospetto, ma soprattutto che la moltiplicazione delle sperimentazioni è fattore necessario ed ineliminabile per migliorare quanto esistente oggi. La diffusione e la lettura di questo numero di *Nooç* ci sembrano pertanto fondamentali per contribuire ad un incremento delle conoscenze sul fenomeno e per poter aprire nuovi orizzonti di sviluppo clinico anche nelle istituzioni di reclusione.

Massimo Clerici, Pietro Bertolotti Ricotti, Silvio Scarone
Dipartimento di Salute Mentale, Polo Universitario
Azienda Ospedale San Paolo, Università di Milano

Ordinamento penitenziario e assistenza sanitaria. Realtà e prospettive



BARBARA GUALCO

DIMEL, Sezione di Criminologia, Università di Genova

RIASSUNTO

La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i suoi compiti non possono essere pienamente compresi al di fuori del binomio sicurezza-trattamento che accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di funzioni che rappresentano espressioni diverse dell'unica finalità della pena con valenza rieducativa. La garanzia della salute psicofisica rappresenta, quindi, uno dei presupposti essenziali di qualunque trattamento rieducativo del condannato

Parole chiave: assistenza sanitaria, carcere, legislazione carceraria.

SUMMARY

Health's defence of prisoner, caregiving organization and different aims in this field are not completely and easily understood out of the two extreme issues represented by security and treatment, joining – with any kind of related doubt and difficulties – the realization of functions representing different expressions of the unique aim of the punishment with rehabilitative tasks. The psychophysical health's guarantee represents, therefore, one of the most important and principal foundations of every kind of rehabilitative treatment after the sentence.

Key words: health care, jail, prison's act.

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 9-22

LA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE

La tutela della salute rappresenta una tematica non facilmente riconducibile ad un sistema dogmatico omogeneo. Numerose sono le discipline che se ne occupano: la medicina, la politica, il diritto, la sociologia, la psicologia e l'economia. La stessa nozione giuridica di tutela della salute non è stata definita in maniera univoca. Infatti, a causa del variare dei fini politici, il problema è stato avvertito con differente intensità nei vari periodi storici e nei diversi ordinamenti. Le relative definizioni testimoniano come il passaggio da una nozione individuale (necessità del singolo di essere curato) ad una collettiva (interesse della comunità ad avere individui sani), abbia significato un diverso atteggiamento delle istituzioni verso la questione sanitaria. Lo Stato è passato da un intervento meramente assistenzialistico di fine secolo ad una piena gestione della sanità con assunzione di un preciso dovere di intervento in questo settore.

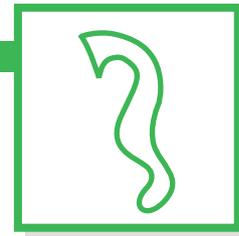
Le direttive fondamentali stabilite dalla Conferenza internazionale della Sanità tenutasi a New York nel 1946, fatte proprie dalla relativa Organizzazione Mondiale (OMS), ben riassumono questo processo e affermano che “la sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non costituisce soltanto l'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi, per farvi parte, devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate”.

La sanità consiste, dunque, nell'efficienza psico-fisica dell'individuo quale presupposto indispensabile per una completa espressione della sua personalità e socialità e la “tutela della salute” si esprime nell'azione dello Stato diretta a prevenire e reprimere quelle situazioni che, causando la malattia, impediscono al soggetto una vita piena e dignitosa.

La Costituzione italiana ha recepito i principi della Conferenza internazionale della Sanità collocando la salute nel dettato costituzionale^a dove viene definita come “fondamentale diritto dell'individuo” e come “interesse della collettività”. Per giurisprudenza costante si ritiene che questo diritto debba essere garantito a qualsiasi cittadino, anche a quello sottoposto a misure restrittive della libertà personale. La stessa Corte Costituzionale ha ritenuto che “il diritto alla salute, così come garantito dalla Costituzione Italiana, è anche il diritto alla salute della persona detenuta”^b pur se la tutela garantita dal precetto costituzionale può incontrare limiti oggettivi sia nell'organizzazione dei ser-

^aArt. 32 Cost.: “La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...”.

^bCfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 414/1990 che, nel dichiarare costituzionalmente illegittimo l'art. 47-ter L. 354/1975, nella parte in cui non prevede che la reclusione militare sia espiata in detenzione domiciliare quando trattasi di “persona in condizioni di salute particolarmente gravi che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali”, ha affermato che “... il valore della dignità e della salute di ciascun essere umano è valore supremo che non conosce distinzioni e graduazioni di status personale e dunque annienta ogni separazione tra cittadini e soldati” (in Riv. It. Dir. Proc. Pen., p. 1444, 1992).



vizi sanitari sia nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi (sent. Corte Costituzionale 175/82). Questo significa che le connaturali esigenze di sicurezza che sottendono alla detenzione possono portare ad un affievolimento della tutela della salute in quegli aspetti che, limitando fortemente la volizione dell'individuo, non consentono una normale fruizione dell'assistenza sanitaria (impossibilità di scegliere il luogo di cura, limitazione del diritto alla scelta del medico curante, ecc.).

Le limitazioni motivate da ragioni di sicurezza appaiono, come direbbe la Corte Costituzionale, "ragionevoli" ma non possono interessare tutti i profili in cui si sostanzia la tutela. Infatti il "diritto alla salute" è un concetto che esprime la garanzia di una pluralità di situazioni soggettive assai differenziate (Corte Costituzionale 433/1990). Si possono identificare così: il diritto alla propria identità psico-fisica; il diritto alla salubrità dell'ambiente; il diritto degli indigenti alle cure gratuite; il diritto all'informazione sul proprio stato di salute e sui trattamenti che il medico vuole effettuare; il diritto di accesso alle strutture; il diritto del malato di comunicare con i propri congiunti; tutti diritti che devono essere tutelati, anche quando non afferiscono direttamente allo stato di malattia, ma si pongono in una posizione strumentale alla conservazione del bene salute.

Vi è, inoltre, il problema del diritto di non essere curato. La configurabilità di tale situazione soggettiva è controversa dal punto di vista costituzionale ma l'argomento è in grado di mostrare ancora una volta il delicato rapporto che lega, da una parte, il diritto alla salute con la tutela della libertà individuale e, dall'altra, con le esigenze collettive. Il diritto a non farsi curare del singolo malato viene ad essere escluso nel momento in cui la situazione patologica del singolo mette in pericolo la salute della collettività. In tal caso, sono previsti dalla legge interventi sanitari obbligatori e coattivi (art. 32 Cost.) con il solo limite del rispetto della dignità umana. La fruizione di tale diritto da parte del detenuto può risultare seriamente compromessa dall'esistenza di limiti o situazioni che vanno ad operare direttamente su profili non sacrificabili dalle prevalenti esigenze di sicurezza.

La tutela della salute della persona reclusa assume, inoltre, una valenza positiva in relazione all'art. 27, terzo comma: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato". Tale articolo, infatti, sancendo il principio della umanizzazione e della funzione rieducativa della sanzione penale, impone una concezione della pena non meramente retributiva e preventiva ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale. È naturale osservare come allora tutto ciò postuli necessariamente la tutela del suo diritto alla salute. La condizione di benessere psico-fisico diviene, infatti, strumentale all'attività volta al recupero sociale dell'individuo e cioè al cosiddetto "trattamento". La stessa esecuzione della pena nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari deve cedere il passo di fronte alla malattia. La disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si muovono in tale direzione.

L'assistenza sanitaria del detenuto, quindi, pur essendo incidentale rispetto ai fini primari della carcerazione e della sicurezza, si pone come attività strumentale.

La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i suoi compiti non possono essere pienamente compresi al di fuori del binomio sicurezza-trattamento che caratterizza tutta la fase esecutiva e accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di tali funzioni, che rappresentano espressioni diverse dell'unica finalità della pena con valenza rieducativa. La garanzia della salute psicofisica rappresenta, quindi, uno dei presupposti essenziali di qualunque trattamento rieducativo del condannato^c.

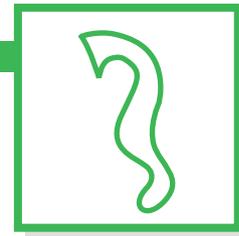
L'organizzazione sanitaria, per l'erogazione delle prestazioni a favore del cittadino, è stata disegnata compiutamente dalla legge 833/78 che ha istituito il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), mentre dal 1931, anno del primo regolamento carcerario, non esiste una regolamentazione organica dell'assistenza sanitaria erogata ai reclusi. Nell'ambito della legge 354/75 (e relativo regolamento di esecuzione del 1976), che rappresenta il tentativo di attuazione del dettato costituzionale in materia di esecuzione della pena e di adeguamento alle normative internazionali (la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, la Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali, il Patto internazionale sui diritti civili e politici, le Regole minime per il trattamento dei detenuti adottate dall'ONU e dal Consiglio d'Europa), si rileva che, nel totale dei 216 articoli, solo pochi si occupano specificamente dell'organizzazione delle cure.

La maggior parte della regolamentazione è relativa alla notevole produzione di circolari con le quali l'Amministrazione penitenziaria, in ragione della sua "parziale" autonomia, ha cercato di porre delle soluzioni agli urgenti problemi di omogeneizzazione e razionalizzazione della funzione sanitaria.

In particolare, viene in considerazione la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3182/5632 del 21 luglio 1986, relativa alla tutela della vita e della salute delle persone detenute, dove si richiamano esplicitamente gli operatori dei singoli istituti a mostrare cura, attenzione e sensibilità nei confronti della persona detenuta "tanto più debole e fragile sia, quanto maggiori siano le sue esigenze, i suoi bisogni e le sue carenze", con particolare riferimento quindi ai tossicodipendenti, ai malati di mente, ai giovanissimi, agli anziani, ovvero a coloro la cui salute fisica o psichica "è esposta a particolare rischio o per i quali, alla privazione della libertà, sono inevitabilmente connesse conseguenze di maggiore sofferenza o particolarmente traumatiche o che sono più esposte ad eventuali intimidazioni, ricatti, prevaricazioni da parte di altri detenuti".

In queste particolari situazioni, tutti gli operatori sono tenuti ad offrire l'aiuto ed il sostegno che è nelle loro possibilità, tenuto conto che "in questo dovere professionale, di civiltà e di solidarietà umana... non c'è spazio possibile per giustificare eventuali disattenzioni, negligenze, carenze o tiepidezze nell'adempimento dei propri compiti... dovendosi sempre ricordare che la vita, la salute, il benessere di ogni uomo sono beni preziosi e la cui tutela merita tanta più attenzione ed impegno quando si tratta, come nel caso dei detenuti, di persone affidate alla sorveglianza ed alla cura di altri".

^cCircolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del 24 novembre 1990, n. 643295/12.



Di notevole importanza è poi anche la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3258/5708 del 28/12/1988, sempre relativa alla tutela della vita e della salute dei detenuti e degli internati, in cui si delinea il principio cardine di preservare e garantire la vita e la salute degli stessi, quale dovere primario e fondamentale; si sottolinea il ruolo di tutto il personale medico nel prevenire ed impedire “atti di autolesionismo o di autoaggressione, così come qualunque tentativo di strumentalizzazione da parte degli stessi detenuti o internati, attraverso la simulazione di patologie fisiche o psichiche inesistenti o l’aggravamento di forme preesistenti, al fine di ottenere provvedimenti, benefici o comunque determinazioni non corrispondenti ai presupposti realmente dati”.

A proposito dell’ingresso nell’istituto della persona imputata, condannata od internata, è importante riportare, almeno nelle loro linee essenziali, le circolari della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3233/5683 del 30/12/1987, n. 3245/5695 del 16/05/1988 e n. 3256/5706 del 10/10/1988, relative appunto all’organizzazione e all’istituzione del Servizio nuovi giunti. Si tratta, nella specie, di un particolare servizio consistente in un “presidio psicologico che si affianca, pur senza sostituirli, alla prima visita medica generale (art. 11, 3° comma della legge n. 354 del 1975) e al colloquio di primo ingresso (art. 23, 5° comma del D.Lgs n. 230 del 2000)”, affidato agli esperti ex art. 80 dell’ordinamento penitenziario e consistente, preliminarmente, in un “colloquio con il nuovo giunto... diretto ad accertare il rischio che il soggetto possa compiere violenza su sé stesso o subire violenza da parte di altri detenuti”.

Relativamente al servizio in oggetto, viene poi messo in evidenza nella seconda circolare sopra citata come alcune autorità giudiziarie abbiano espresso perplessità in ordine all’effettuazione del servizio stesso nei confronti dei nuovi giunti sottoposti ad isolamento giudiziario, prima dell’interrogatorio da parte del magistrato, arrivando sino a “negare in radice la possibilità che, senza il proprio nulla osta, l’imputato abbia contatti con il personale penitenziario”.

Al proposito, il Dipartimento generale degli istituti di prevenzione e di pena ha escluso, nella terza circolare suindicata, che eventuali contatti per ragioni d’ufficio tra il personale penitenziario e i detenuti possano contrastare con il regime dell’isolamento giudiziario e che, al contrario, sono le norme stesse e le necessità del concreto svolgimento della vita penitenziaria a richiedere numerosi rapporti tra i detenuti e taluni operatori penitenziari.

La Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena sottolinea che il colloquio di primo ingresso, così come la prima visita medica, costituiscono interventi tecnici che l’Amministrazione penitenziaria è tenuta ad attuare per fini di tutela della salute e dell’incolumità di coloro che sono sottoposti a misure restrittive della libertà, secondo quanto la stessa Costituzione impone e quindi non sono riconducibili alla disciplina generale sui colloqui e subordinabili al permesso o al nulla osta dell’autorità giudiziaria.

Inoltre, gli esperti a cui è affidato normalmente il servizio in questione, “sebbene non legati da un rapporto di impiego, sono da considerarsi degli operatori penitenziari... e, nello svolgimento dei delicati compiti loro attribuiti, devono indubbiamente osservare gli obblighi della riservatezza e del segreto professionale e di ufficio”.

LE STRUTTURE DI SERVIZIO

La legge n. 395 del 1990, dedicata all'ordinamento del Corpo di Polizia Penitenziaria, ha ridefinito la strutturazione dell'assistenza sanitaria, prevedendo un livello direttivo e uno operativo. In questa legge si è provveduto, innanzitutto, alla soppressione della "Direzione generale per gli istituti di pena e di prevenzione", così come era stata prevista dal Regio decreto 5 aprile 1928 n. 828 ed è stato correlativamente istituito il Dipartimento centrale dell'amministrazione penitenziaria (DAP).

Tra le articolazioni del DAP è previsto un ufficio centrale definito "Detenuti e trattamento", la cui Seconda Divisione è specificamente competente per il settore sanitario, ovvero è responsabile dell'organizzazione del servizio sanitario intramurale, si occupa dei rapporti convenzionali con il SSN e con gli enti sanitari territoriali e di tutto ciò che concerne i problemi dell'alcolismo o della tossicodipendenza, della sindrome da virus HIV, delle infermerie, dei centri clinici e degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

L'attuazione di un decentramento amministrativo di tipo burocratico è avvenuta con la creazione dei Provveditorati, ovvero di organi decentrati che operano a livello regionale sulla base degli indirizzi e delle direttive del Dipartimento.

È opportuno però sottolineare come, al di là del livello propriamente direttivo, le concrete problematiche concernenti l'ambito sanitario sono invero direttamente affrontate a livello di ciascuna realtà carceraria. Sono infatti le Direzioni d'istituto che organizzano all'interno della singola struttura il servizio ai detenuti, che promuovono i collegamenti con le strutture sanitarie esterne e con le farmacie, che provvedono alle situazioni di indigenza del detenuto e al reclutamento del personale medico e paramedico.

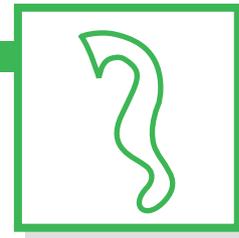
All'interno dei singoli istituti è poi prevista un'apposita area sanitaria^d in cui si colloca il livello sanitario "operativo", dove sono ravvisabili differenti figure professionali, distinte per inquadramento giuridico e amministrativo (medici di ruolo, medici incaricati, infermieri, tecnici di radiologia, ecc.)^e, alle quali si aggiunge il personale che opera alle dipendenze delle Aziende sanitarie locali (ASL) e, in particolare, le figure dei medici e degli psicologi del Servizio Tossicodipendenti (SERT) che sono inviati per convenzione nonché organizzati e gestiti autonomamente dalle stesse ASL e che costituiscono l'unico esempio di assistenza sanitaria verso la popolazione detenuta che viene erogata dal SSN, a fronte di un preciso obbligo *ex lege* (T.U. 309/90).

Nella cosiddetta "Area di trattamento" vengono poi svolte tutta una serie di attività da parte di psichiatri, psicologi, criminologi^f, educatori, per assicurare la cura e l'assistenza all'aspetto puramente psicologico e di sviluppo della personalità attraverso momenti ricreativi, di addestramento professionale, di cultura e di religione.

^dOriginariamente prevista da una serie di circolari tra cui la n. 107372/3-670 del 31/08/1991 e la n. 3337/5787 del 7/02/1992 e poi, in veste normativa, nell'art. 13 della legge 444 del 1992.

^eInvero, per quanto previsti, non tutti questi operatori si possono riscontrare in ogni istituto.

^fEx art. 80 O.P.



In realtà tali servizi risultano il più delle volte carenti, per una evidente mancanza di visione sinergica e sistematica delle varie professionalità esistenti ed in presenza di scelte legislative caratterizzate da frammentarietà e disorganicità, che hanno contribuito a determinare sprechi, vuoti funzionali e difficoltà di coordinamento.

IL DIRITTO ALLA PARITÀ DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

La legge che regola la maggior parte delle figure professionali del servizio sanitario in carcere è la n. 740 del 1970^g, intitolata “Ordinamento delle categorie del personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e di pena non appartenenti ai ruoli organici dell’amministrazione penitenziaria”, legge che si affianca al Regio decreto n. 867 del 1923, disciplinante la figura del medico di ruolo, e ad una serie di atti convenzionali con i quali l’amministrazione penitenziaria ha provveduto all’assunzione di personale medico e paramedico.

Il provvedimento del 1970, formalmente nato nella prospettiva di adeguare il servizio sanitario ai principi costituzionali espressi dall’art. 27 Cost., ha visto la luce in un periodo in cui erano già in discussione progetti di riforma sia del sistema penitenziario, sia del servizio sanitario del paese, per cui è stato varato come un provvedimento a carattere provvisorio, nell’attesa di una risoluzione definitiva, a riforme avvenute.

La mancanza di realizzazione delle riforme di cui sopra in tempi brevi ha protratto il periodo di vigenza di una legge nata per esplicare un’efficacia originariamente biennale, con la conseguenza di cristallizzare per lungo tempo l’adozione di un servizio privo dei necessari caratteri di stabilità ed organicità.

Solo in questi ultimi anni il legislatore, non senza incontrare notevoli divergenze, ha infine optato per un contemporaneo intervento normativo nell’ambito della sanità nazionale^h, del riordino della medicina nelle carceriⁱ e del regolamento penitenziario^j, in una visione unitaria e di insieme che possa finalmente garantire una migliore fruizione dell’assistenza sanitaria.

La legge 419/98, intitolata “Delega al Governo per la realizzazione del Sistema sanitario Nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e di funzionamento del servizio sanitario nazionale”, contiene ben quattro distinte deleghe legislative, tra le quali viene in considerazione, per quanto a noi specificamente interessa, quella volta al riordino dell’assistenza sanitaria in carcere.

In forza di questa delega è stato promulgato il D.Lgs n. 230 del 1999, composto da 9 articoli, sufficientemente complessi, attraverso i quali si è cercato di risolvere i problemi di collegamento e di coordinazione tra le diverse istituzioni impegnate a garantire il soddisfacimento del diritto alla salute nel-

^gSono però da tenere presenti gli effetti della riforma di cui al successivo paragrafo.

^hLegge n. 419 del 1998.

ⁱD.lgs. n. 230 del 1999.

^jD.P.R. n. 230 del 2000.

l'ambito carcerario. A tale proposito, l'articolo 2 precisa, in modo chiaro ed inequivoco, che "all'erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria locale", mentre "l'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti".

Negli artt. 3 e 4 si prevede il graduale passaggio delle funzioni sanitarie al Ministero della Sanità al fine di evitare dei conflitti tra diversi poteri, nonché lacune direttive ed operative.

L'art. 1, rubricato "Diritto alla salute dei detenuti e degli internati", dispone che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani sanitari regionali e in quelli locali".

In primo luogo, quindi, la nuova normativa si pone l'obiettivo di perseguire al diritto alla parità nell'erogazione delle prestazioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative, nei confronti dei detenuti e degli internati rispetto ai cittadini liberi.

In riferimento alle evidenti complessità insite nel passaggio delle competenze è stata prevista una fase di sperimentazione in alcune regioni, terminata la quale, sulla base delle esperienze ottenute, si dovrà procedere ex art. 8, comma 4, al trasferimento delle funzioni su tutto il territorio nazionale.

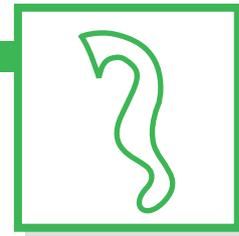
È espressamente prevista (art. 5, 3° comma) la volontà di perseguire il continuo miglioramento dell'assistenza negli istituti penitenziari. Con tale riforma i reclusi conserveranno l'iscrizione al SSN per tutte le forme di assistenza e saranno esclusi dal sistema di partecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate.

Una novità di estrema importanza viene introdotta in relazione ai cittadini stranieri che verranno iscritti al SSN per tutto il periodo di detenzione o di internamento, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno.

Questa riforma deve essere letta anche in base alle modifiche intervenute ad opera della legge n. 231 del 12/07/1999, in tema di rapporto tra detenzione e stato di salute della persona soprattutto in relazione ai soggetti tossicodipendenti affetti da HIV. Essa ha dato origine ad interpretazioni non univoche nel tentativo di ottemperare la tutela della salute dei detenuti HIV-positivi o affetti da altre gravi patologie con le finalità di difesa sociale della pena.

Recentemente, dopo un lungo e travagliato iter parlamentare, è stata approvata una nuova legge sull'argomento recante "Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave".

Fermo restando il principio che ai soggetti con grave deficienza immunitaria o affetti da AIDS conclamata debba essere evitata la custodia cautelare in carcere e occorra sospendere l'esecuzione della pena, è tuttavia previsto che, all'occorrenza ed in modo graduale, possano essere disposti l'affidamento in prova ai servizi sociali, gli arresti domiciliari o la detenzione domiciliare. Peraltro, è specificamente previsto che queste misure possano essere applicate derogando dai minimi di fine pena previsti dalla legge (art. 47 O.P.) e, nel



caso della detenzione domiciliare, attribuendo funzioni di controllo anche all'operatore del Centro Servizi Sociali per Adulti^{k,1,2}.

Il "Progetto obiettivo per la lotta contro l'AIDS" approvato dal Consiglio dei Ministri del 28 gennaio 2000 per l'assistenza e la prevenzione delle infezioni da HIV, nel breve paragrafo 7 dedicato a "L'infezione da HIV nelle carceri", ribadisce due concetti importanti. In primo luogo, sottolinea che i presidi ove ricoverare le persone detenute in condizione di incompatibilità carceraria devono essere solo le unità operative di malattie infettive in conformità con la previsione della legge 135 del 1990 che auspica il completamento dell'elenco degli ospedali dove sia possibile ricoverare soggetti HIV-positivi in stato di piantonamento, già in parte individuato con il D.lgs 22 aprile 1996. In secondo luogo mette in evidenza la notevole differenza esistente, tra le varie regioni, nella costruzione e attivazione delle case alloggio, dell'ospedalizzazione domiciliare e dell'assistenza domiciliare.

I SERVIZI PSICHIATRICI

Una considerazione particolare va poi fatta per il servizio psichiatrico. La psichiatria, infatti, non rappresenta un'area a se stante, ma si iscrive nella complessità dell'intervento sanitario intracarcerario, in un rapporto molto fragile sotto il profilo tecnico ed organizzativo. Molteplici sono le cause di questa fragilità: bassa contrattualità dell'utenza; prevalente attenzione all'urgenza; difficoltà di accesso spontaneo ai presidi di cura; possibilità di richiesta di consulenza esterna solo attraverso procedure giudiziarie. A questi nodi si aggiungono quelli della scarsità degli organici e della insufficiente attenzione a garantire nel tempo una costanza di disponibilità e strumenti di intervento (farmaci, presidi sanitari, ecc.) che contribuiscono nell'insieme a determinare standard quantitativi e qualitativi nettamente inferiori rispetto a quelli garantiti alla generalità dei cittadini. Oltre a questi aspetti di carattere generale, Ferrannini e Peloso³ evidenziano anche un problema specifico per l'intervento psichiatrico, dovuto al prevalere nella cultura giuridica e nelle sue norme di una dicotomia tra l'organico e lo psichico, che tutte le recenti acquisizioni delle neuroscienze e della moderna medicina e psichiatria tendono a superare. Gli autori si riferiscono, ad esempio, alla possibilità di utilizzare misure alternative alla carcerazione in presenza di gravi disturbi psicopatologici non reattivi, a fronte delle disposizioni di cui all'art. 147 del codice penale, 2° comma, che prevede l'accesso a tali misure solo "se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica". Una rigida interpretazione di questa norma non solo contrasterebbe con un principio costituzionale ed etico di equità (una cardiopatia, per esempio, ha più valore di una depressione endogena ai fini della concessione degli arresti domiciliari o di un differimento della pena?), ma farebbe anche perdere senso al lavo-

^kSi tratta di una novità assoluta perché, da sempre, il controllo del detenuto domiciliare è affidato all'autorità di pubblica sicurezza.

ro psichiatrico intramurario, aprendo ulteriori contraddizioni con misure in tal senso già più evolute ed estensive come quelle riferite alle condizioni di salute che determinano incompatibilità con lo stato di detenzione (L. 231/1999 art. 6, che modifica l'art. 146 del Codice penale) che rimandano in generale a “malattia particolarmente grave”, senza distinguere la natura della malattia, con la necessaria valutazione della gravità – secondo criteri clinici – dalla quale far discendere l'incompatibilità con la carcerazione.

In tema di salute mentale è sempre stata avvertita l'esigenza di disporre di adeguati “spazi trattamentali”. Il servizio psichiatrico deve essere completo, cioè prevedere, oltre ad un momento di rilevazione, anche una fase trattamentale psicoterapeutica a cui devono far riferimento i vari operatori che in qualche modo si occupano di problemi collegati al disagio psichico. Si tratta di un'esigenza fortemente sentita tra il personale specialistico, ma che è sempre stata frustrata, da una parte, dalla particolare considerazione che tale branca gode all'interno delle attività sanitarie d'istituto e, dall'altra, dall'organizzazione del servizio, dove la presenza di poche unità a fronte dell'elevato numero di richieste non ha consentito una presa in carico “seria” di tutti i pazienti. A questo si aggiunga lo scarso interesse, normativo ed amministrativo che, a monte, le istituzioni hanno manifestato verso il problema psichiatrico.

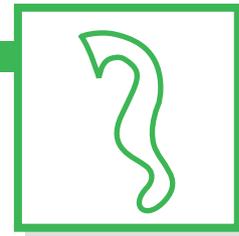
Si dimentica, infatti, che il disagio psichico costituisce la vera emergenza negli istituti, non solo per la rilevanza del fenomeno in sé (difficilmente quantificabile e complesso per le forme di manifestazione), ma anche perché il carcere è diventato, di fatto, un luogo in cui la percentuale di detenuti che assumono psicofarmaci è elevatissima.

Il passaggio dalla consulenza alla presa in carico, da parte dell'ASL, dei problemi di salute mentale che il carcere esprime rappresenta un'operazione che necessita di attenta riflessione e impegno progettuale. Porsi il problema della presa in carico dell'assistenza psichiatrica nel carcere da parte dell'Azienda sanitaria significa interrogarsi intorno agli spazi nei quali questo intervento potrà delinearsi.

In effetti la risoluzione del problema della tutela della salute mentale nel carcere passa anche attraverso una revisione dei diversi livelli in cui può operare l'intervento terapeutico (territorio, istituti, strutture intermedie residenziali, OPG) e, al contempo, attraverso una profonda riforma che consenta, in futuro, il superamento della logica custodialistica del malato mentale nello stesso OPG. Il passaggio alle ASL, del resto, non deve far dimenticare la necessità di un'adeguata specializzazione del personale sanitario sia medico che paramedico.

TEORIA E PRASSI: UN DIFFICILE PUNTO DI INCONTRO

Nel delineare, senza alcuna pretesa di completezza, alcune linee organizzative e funzionali dell'assistenza sanitaria in carcere, sorge spontaneo sottolineare l'assenza di un preciso coordinamento con le riforme che – a partire dal 1975 – hanno interessato sia il settore penitenziario sia il SSN, con notevoli conseguenze in termini di carenza di personale e di strutture, di



sovraccollamento e di ritardi nelle prestazioni.

La risoluzione dei problemi sanitari passa attraverso una preventiva individuazione delle capacità del servizio penitenziario e, soprattutto, attraverso un intervento che rimuova alla base quelle cause che, impedendo il normale espletamento delle attività sanitarie, creano forti ostacoli alla realizzazione di una efficace tutela.

In primo luogo, è quindi necessario intervenire su alcune condizioni ambientali e personali, quali quelle dei servizi igienici, del numero degli occupanti delle celle, dello smaltimento rifiuti, dell'alimentazione dei detenuti, dei farmaci e dei materiali sanitari vari, che devono essere sottoposti a globale riorganizzazione e controllo.

In secondo luogo, è essenziale procedere ad un rilevamento della dotazione strumentale delle strutture penitenziarie (istituti, centri diagnostici terapeutici, OPG) al fine di evitare che livelli disomogenei nelle prestazioni erogabili comportino discriminazione nell'assistenza dei detenuti. Ciò non vuol dire che i servizi debbano essere uguali in tutti gli istituti. Le differenze strutturali e demografiche impongono, infatti, una valutazione individualizzata delle capacità prestazionali del singolo istituto, sempre e comunque nel rispetto delle qualità delle attività sanitarie.

Nel carcere – a parte il SERT e, in senso lato, il presidio per i nuovi giunti – non si rilevano veri e propri servizi che si rivolgano ad aspetti sanitari specifici (anche se l'amministrazione penitenziaria continua nelle circolari a definire in tal modo alcune attività svolte quali il servizio infermieristico, farmaceutico, ecc.). Invero, appare indispensabile l'attuazione di servizi infettivologici e psichiatrici in tutte le carceri, svolti attorno agli specifici aspetti sanitari, anche se da operatori di diversa matrice professionale. In alcune carceri risulta inoltre necessaria la creazione di aree differenziate in relazione ad emergenze sanitarie quali la tossicodipendenza.

Lo spirito di eguaglianza e di miglioramento che pervade la recente riforma è, senz'altro, un ottimo proposito, anche se non è ancora possibile esprimere valutazioni di alcun genere circa gli effetti perché, allo stato di fatto, ben poco di quanto è stato previsto si è realizzato concretamente.

Certamente la previsione del mantenimento dell'iscrizione al SSN dei cittadini detenuti e l'iscrizione per i detenuti stranieri, anche non regolari, per il periodo di detenzione sono provvedimenti innovativi che potranno avere effetti positivi sulla prestazione sanitaria all'interno degli istituti di pena. L'esistenza di un unico gestore sanitario, inoltre, non può che annullare i problemi derivanti dalla necessaria attività di raccordo tra servizi interni ed esterni che, in passato, hanno dovuto fare i conti con normative e prassi diverse, non sempre superabili con la buona volontà e l'inventiva dei rispettivi responsabili.

Un altro elemento che sicuramente offrirà spunti di riflessione è costituito da quello che avverrà nel passaggio di migliaia di operatori sanitari dal sistema penitenziario a quello sanitario, in termini di capacità di adattamento a nuovi sistemi gestionali e a nuove prassi. Una parte di questi, probabilmente, potrebbe dimettersi a fronte di un nuovo rapporto di lavoro incompatibile con gli impegni professionali assunti.

Non va infine sottovalutato il sistema procedurale disegnato per l'effettivo

passaggio di competenze e funzioni che, come già accennato, appare particolarmente articolato. È molto probabile che i Decreti attuativi risulteranno la mediana tra i vari interessi delle parti e il rischio è che tale medianità si rifletta sulla effettiva possibilità di garantire un servizio sanitario migliore. Sarà, quindi, molto importante la chiarezza dei Decreti attuativi e l'incontro delle parti al livello più basso della piramide, quello locale. È infatti a questo livello che si potranno concretamente affrontare quei problemi tecnico-organizzativi che molta parte hanno avuto e avranno nel consentire di realizzare un servizio efficiente, per non pregiudicare le esigenze di sicurezza ma neanche quelle di tutela della salute.

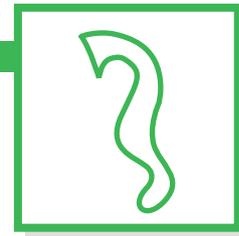
Gli sforzi per migliorare l'assistenza sanitaria ai detenuti sarebbero comunque vani senza una efficace attività di prevenzione. L'analisi della situazione ha, infatti, mostrato come tale opera sia necessaria nell'ambiente carcerario dove il rischio sanitario è elevato. In primo luogo, prevenzione significa effettiva conoscenza della genesi e consistenza dei fenomeni patologici e, dunque, opera di informazione ai detenuti, aggiornamento professionale degli operatori, test ed esami strumentali. Il timore di una diffusione delle patologie non è infondato in quanto il nuovo Regolamento penitenziario, all'art. 65, prevede le ipotesi di "incontro affettivo" tra i detenuti e i loro congiunti, al fine di creare delle "aperture" alla dimensione sociale, affettiva e sessuale del detenuto. Se l'operazione avrà indubbi effetti positivi sulla vita carceraria, riducendo le deviazioni sessuali e i disagi psichici conseguenti alla detenzione, essa aprirà le porte al contagio di soggetti estranei al mondo carcerario.

CONCLUSIONI

Uno sguardo al passato può essere d'aiuto per riassumere i momenti più significativi di quel processo che ha visto il passaggio dalla punizione, strettamente connessa ad una mera esigenza di difesa, all'"illuminato" periodo in cui trionfa la cosiddetta prevenzione generale, di cui si fanno portavoce autorevoli teorizzatori quali Bentham⁴, Beccaria⁵ e Howard⁶, per giungere al prevalere della prevenzione speciale, secondo la quale il reo è principalmente soggetto da "curare" o, meglio ancora, da "trattare" per "recuperarlo" e restituirlo, quindi, alla libera società; posizioni che, peraltro, furono – e continuano ad essere – oggetto di forti critiche grazie, soprattutto, al significativo contributo della ricerca empirica sviluppatasi a partire dagli anni Settanta¹.

Parlando di assistenza sanitaria non si può non fare riferimento agli aspetti rieducativi della pena, finalizzati ad un intervento sul singolo per modificarne le tendenze devianti e facilitarne un'utile reinserimento nella società. Infatti, con il venir meno dello "spettacolo della punizione", quando un alone di negatività ormai circonda la confessione pubblica, la gogna, l'esposizione al palo, i lavori pubblici dei forzati e così via, il corpo si affranca dall'essere

¹Una delle opere che ha maggiormente influenzato l'opinione pubblica circa la politica correzionale è stata l'analisi secondaria effettuata da Martinson et al. The effectiveness of correctional treatment: a survey of treatment evaluation studies. New York: Praeger, 1975.



bersaglio unico della repressione penale e gli istituti di pena divengono i protagonisti di una nuova era punitiva dove prevale la certezza di essere puniti più che la visibilità della punizione^m.

In questo modo al boia si sostituisce un esercito di “tecnici” – sorveglianti, educatori, criminologi, medici, psichiatri – che, pur garanti dell’“annullamento del dolore”, portano con sé un nuovo carico di problematiche e una nuova “morale” dell’atto di punire.

L’analisi storica ci dà l’opportunità di mettere in evidenza che, ancora nel XXI secolo, la pena detentiva continua ad essere caratterizzata da finalità prevalentemente retributive e da asprezze di trattamento che contribuiscono alla riprovazione ed emarginazione del detenuto, “stigmatizzato” dalla società che lo identifica inevitabilmente nel soggetto delinquente.

Nonostante l’alone di afflittività che continua a circondare la pena, nella prima metà del secolo appena conclusosi, significativi interventi a favore di un riscatto delle teorie rieducative, da parte di organismi sopranazionali quali ONU e Consiglio d’Europaⁿ, mostrano però l’importanza che da più parti viene riconosciuta al trattamento; si osserva, infatti, che soprattutto lo svolgimento di un’attività lavorativa, e quindi l’apprendimento di un mestiere, possono effettivamente favorire il reinserimento dell’individuo nel mondo libero.

Negli anni Cinquanta inizia una nuova era all’insegna del trattamento, accompagnata dall’entusiasmo per la diagnosi della personalità dei detenuti e, quindi, per l’osservazione scientifica, al fine di identificare gli elementi alla base del comportamento criminale e di porvi rimedio attraverso interventi individualizzati di diverso tipo⁷.

Se trattamento coincide con rieducazione, quest’ultima indica tendenzialmente quel processo volto a curare e modificare il comportamento deviante del condannato per favorirne il rientro in società; alla base di tale aspirazione vi è la convinzione che la difesa sociale possa essere realizzata in modo più proficuo attraverso il riadattamento del reo e il suo “riciclaggio”, finalizzato al reinserimento nel mondo produttivo⁸. Le finalità rieducative, tra l’altro, non costituiscono una scoperta attuale in quanto già presenti nella nostra Costituzione⁹, ove si allude chiaramente alla necessità di un’azione mirata ad una modificazione migliorativa della personalità che è, appunto, lo scopo della rieducazione; principi che rinveniamo, come sopra accennato, anche in vari strumenti internazionali quali la Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo, la Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali, il Patto internazionale sui diritti civili e politici, le Regole minime per il trattamento dei detenuti adottate dall’ONU e dal Consiglio d’Europa.

^mVedi, al proposito, Foucault M. Sorvegliare e punire. Nascita della prigione. Torino: Einaudi, 1977.

ⁿVedi, per esempio, la Risoluzione ONU 30 agosto 1955, con cui vengono approvate le Regole minime sul trattamento dei detenuti, dove si sottolinea il reinserimento del condannato nella società; il Nuovo Testo delle Regole Minime del Consiglio d’Europa, 19 gennaio 1973.

⁹Art. 27 Cost.: “Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”.

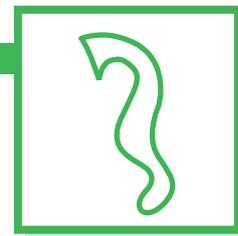
Il trattamento penitenziario, nella più vasta accezione, comprende quindi “quel complesso di norme e di attività che regolano ed assistono la privazione della libertà per l’esecuzione di una sanzione penale”⁹. Nel concetto rientrano, quindi, le norme dirette a tutelare i diritti dei detenuti, i principi di gestione degli istituti penitenziari, le regole che attengono alle somministrazioni ed alle prestazioni dovute ai privati dalla libertà. La legge 26/07/1975, n. 354, ha allineato il trattamento dei detenuti, almeno sul piano delle enunciate normative, ai sistemi più avanzati di privazione della libertà personale pienamente adeguandosi alle Regole minime dell’ONU e del Consiglio d’Europa^{10,11}.

I principi del trattamento penitenziario adottati nel nostro paese traggono peraltro origine da una vasta elaborazione dottrinale e scientifica tendente a saldare le acquisizioni della scienza criminologica, l’evoluzione del pensiero filosofico e le statuizioni della nostra Carta costituzionale¹². La normativa è stata quindi decisamente influenzata da tali elementi che ha recepito in chiare enunciazioni di carattere programmatico: l’art. 1 O.P. statuisce, infatti, che il trattamento penitenziario “deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona”, aggiungendo poi che “nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l’ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi, mentre il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti”.

Bibliografia

1. Meletti D. Il CSSA nella gestione dell’affidamento in prova e della detenzione domiciliare di HIV/AIDS incompatibili con il carcere. Tesi di laurea in Servizio Sociale (Relatore: Prof. G. Spangler), Università di Trieste, 2000.
2. Demori A, Roncali D, Tavani M. Compatibilità carceraria, HIV/AIDS e “malattia particolarmente grave”. Milano: Giuffrè, 2001.
3. Ferrannini L, Peloso PF. Les révénants: esperienze, progetti e criticità dell’intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia. Relazione presentata al XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Criminologia, Carcere e territorio, 2-4 marzo 2000, Gargnano del Garda.
4. Bentham J. Panopticon (1787). In: The works of Jeremy Bentham. Vol. 4. New York, 1962.
5. Beccaria C. Dei delitti e delle pene (1764). Torino: Einaudi, 1973.
6. Howard B. Lo stato delle prigioni. 1790.
7. Di Gennaro G. Il trattamento penitenziario. In: Grevi V, ed. Diritti dei detenuti e diritto penitenziario. Bologna: Zanichelli, 1980.
8. Fassone F. Lavoro penitenziario e motivazioni ideologiche. In: Grevi V, ed. Diritti dei detenuti e diritto penitenziario. Bologna: Zanichelli, 1980.
9. Canepa M, Merlo S. Manuale di diritto penitenziario. V ed. Milano: Giuffrè, 1999.
10. Daga L. Le nuove regole penitenziarie europee. Documenti Giustizia 1988; 2: 97.
11. Martinson R. The effectiveness of correctional treatment: a survey of treatment evaluation studies. New York: Praeger, 1975.
12. Tantalo VM. Il trattamento penitenziario: ipotesi e limiti di applicabilità. Crim Psic For 1990; 37.

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.

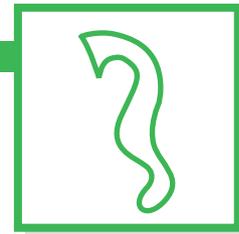
Key words: mental disorders, prevalence, prisons, prisoners, male, psychiatry.

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, rilevandocene 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

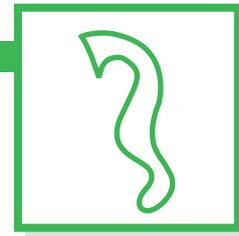
Il presente studio è stato svolto nell'ambito del servizio di consulenza psichiatrica della casa circondariale "Torre del Gallo" di Pavia, fornito da uno psichiatra e da due medici specializzandi in psichiatria. La capienza della casa circondariale è di 244 detenuti con una presenza media giornaliera, 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.

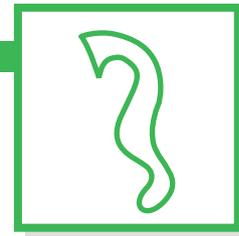
Si è rilevato un volume di visite significativamente maggiore per i disturbi psicotici e le associazioni in comorbidità di disturbi di personalità e disturbi dell'umore (ANOVA $F = 6,89$, $df = 6$, $p = 0,000$). Un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche ha permesso di raccogliere informazioni 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.

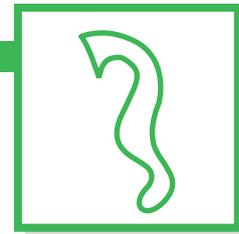
RINGRAZIAMENTI

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.

Un servizio di consulenza psichiatrica in ambito penitenziario. Quali bisogni, quali risposte?

MASSIMO CLERICI, PIETRO BERLOTTI RICOTTI,
NAZARIO D'URSO, MARIA MARASCO, SARAH CANDOTTI,
SILVIO SCARONE

Dipartimento di Salute Mentale, Polo Universitario A.O. San Paolo, Università di Milano

RIASSUNTO

La consulenza psichiatrica nelle carceri si rivela oggi una priorità per un nuovo modo di rispondere ai bisogni assistenziali emergenti dalla psichiatria sociale e di comunità, anche nel contesto italiano. **Obiettivi.** Definizione delle caratteristiche psicopatologiche di una popolazione ammessa ad un servizio di consultazione psichiatrica e descrizione dei più importanti trattamenti erogati in una prigione milanese. **Metodi.** Studio di 6 anni consecutivi delle valutazioni diagnostiche e dei percorsi assistenziali e di cura (visite psichiatriche e prescrizioni farmacologiche) di una popolazione di 1302 detenuti della Casa di Reclusione di Milano Opera. **Risultati.** Come evidente dalla letteratura internazionale, anche da questa ricerca emergono importanti bisogni assistenziali di tipo psichiatrico: questo tipo di bisogni deriva da pazienti appartenenti ad un ampio spettro di gruppi diagnostici e anche da detenuti senza una specifica diagnosi psichiatrica. In generale, il sottogruppo dei pazienti extracomunitari sembra avere una percentuale meno rilevante di diagnosi comorbili. La diagnosi di disturbo psicotico è associata a detenzione per crimini violenti. I soggetti in carcere per reati connessi a droga non si diversificano dagli altri detenuti per quanto riguarda le problematiche di tossicodipendenza e sono meno gravi dal punto di vista dei profili psicopatologici. Il carico assistenziale risulta più rilevante nei pazienti con disturbi psicotici e comorbilità (in particolare doppia diagnosi) e nei tentativi di suicidio, mentre è meno importante dal punto di vista del genere di appartenenza o del profilo tipologico del crimine commesso. Il trattamento farmacologico è ben caratterizzato da un approccio politerapico, dove le benzodiazepine e i nuovi antidepressivi sono prevalenti. La terapia antipsicotica, in particolare i farmaci tipici, è ancora ampiamente usata per il trattamento dell'insonnia. **Conclusioni.** La prevalenza dei disturbi mentali in questa popolazione è indubbiamente rilevante. La gestione dell'assistenza psichiatrica in carcere da parte di un DSM è stata fondamentale per migliorare sostanzialmente sia la qualità di vita di questi pazienti, sia la specificità dell'intervento psichiatrico in carcere.

Parole chiave: carcere, disturbi mentali, reati, trattamento farmacologico.

SUMMARY

Psychiatric consultation in jails and prisons is a priority for a new way of intervention on special needs referred to community and social psychiatry today, in the Italian context too. **Aims.** Definition of the psychopathological characteristics of the population admitted to psychiatric consultation in jail and description of the most important treatment provided in prison. **Methods.** Six consecutive years' study of diagnostic assessment and therapeutic care (psychiatric visits and pharmacological prescriptions) referred to a population of 1302 prisoners of Casa di Reclusione di Milano Opera. **Results.** As suggested in the epidemiological literature, relevant needs of psychiatric care are evident also from this research: this kind of needs results from patients belonging to a wide range of diagnostic groups and also from prisoners without psychiatric diagnosis. In general, the subgroup coming from third world countries seems to have less percentage of comorbidity diagnosis. The diagnosis of psychotic disorders is associated to imprisonment for violent crimes. Patients in jail for related-drug crimes are not different from prisoners sentenced for other crimes in terms of drug addiction problems and are less serious from a psychopathological profile. The burden of care is heavier for patients with psychotic disorders and comorbidity (particularly, dual diagnosis) or in attempted suicide, meanwhile is less important from the sexual and crime typology profile. The pharmacological treatment is well characterized by a politherapeutic approach, emphasizing benzodiazepines and new antidepressant drugs. Antipsychotic therapy, particularly typicals, is too widely used to treat insomnia. **Conclusions.** The prevalence of mental disorders in this population is clearly relevant. Psychiatric management of prisoners from the Community Mental Health Center in jail has been important to substantially improve the quality of life of these patients and the specificity of psychiatric treatments.

Key words: jail and prisons, mental disorders, crime, pharmacological treatment.

M. CLERICI - P. BERTELOTTI RICOTTI
 N. D'URSO - M. MARASCO
 S. CANDOTTI - S. SCARONE

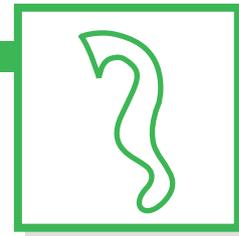
UN SERVIZIO DI CONSULENZA PSICHIATRICA
 IN AMBITO PENITENZIARIO. QUALI BISOGNI,
 QUALI RISPOSTE?

INTRODUZIONE

È ormai certo come la prevalenza di disturbi mentali e di comportamenti suicidari nella popolazione carceraria sia di molto più elevata che nella popolazione generale: la valutazione quantitativa del fenomeno, pur difficile, appare compresa tra due e cinque volte per i disturbi psicotici e i disturbi dell'umore e fino a dieci volte per il disturbo antisociale della personalità (DAP). I tassi di prevalenza nella popolazione carceraria, in termini assoluti, sarebbero infatti compresi tra 2 e 7% per i disturbi psicotici, fino al 15% per i disturbi dell'umore e al 40% per i disturbi d'ansia (e l'area nevrotica) e fino al 65% per i disturbi della personalità (di cui circa il 47% a favore del DAP). Nell'ampia letteratura epidemiologica disponibile (si rimanda, soprattutto, alle ricerche e alle rigorose revisioni pubblicate da Lamb e Andersen)¹⁻⁵ si segnalano variabilità legate al paese di residenza, al sesso, all'etnia, alla condizione socio-economica e alla posizione giuridica del detenuto. I dati di prevalenza sono sicuramente superiori negli imputati (in Italia, almeno sulla carta, nelle case circondariali) rispetto ai condannati (in Italia, nelle case di reclusione), mentre negli imputati risultano ancora più rilevanti i tassi di incidenza poiché la carcerazione agisce come potente stressor psico-sociale.

I valori paiono costantemente maggiori negli Stati Uniti rispetto all'Europa o agli altri paesi accessibili in tema di ricerca (Canada, Australia, Nuova Zelanda, Brasile, Thailandia), pur con la riserva dovuta a diversi criteri di valutazione diagnostica (DSM o ICD) e alle diverse soglie impiegate per la valutazione diagnostica corrente. I dati risultano comunque superiori anche per quelle categorie a più elevata "soglia criminale", cioè per le quali è più raro commettere reati: donne (fino a 2-3 volte per disturbi d'ansia e dell'umore, ma non per disturbi psicotici e correlati a sostanze), caucasici vs ispanici e afroamericani, nonché soggetti originari da famiglie di censo elevato⁶⁻²⁵.

La prevalenza della variabile psicopatologica relativa alla popolazione criminale, in genere, resta dunque dedotta da quella osservabile nella popolazione carceraria: ciò induce, probabilmente, una sottostima sia per un precoce indirizzo dei malati più gravi verso l'istituzionalizzazione senza che eventuali comportamenti criminali siano sottoposti al sistema giudiziario ("psichiatriizzazione" della criminalità, frequente oggetto d'interesse dei mass-media soprattutto dopo efferati fatti di sangue), sia per una possibile sotto/mis-diagnosi derivante dalle metodiche di rilevazione e valutazione impiegate in carcere. Parallelamente, il rischio relativo di commettere reati nella popolazione portatrice di un disturbo mentale rispetto alla popolazione generale – analizzato in particolare nello studio finlandese di Tiihonen et al.²⁶ su una coorte imponente composta da tutti i nati nel 1966 in due province (per un totale di 12000 soggetti) – è risultato significativamente più alto per tutti i disturbi caratterizzati da sintomatologia psicotica, specialmente in relazione ai crimini violenti. Nello studio citato l'*odds ratio* misurata su "crimini violenti" è compresa all'incirca tra 5 (disturbo delirante) e 10 (disturbo dell'umore con sintomi psicotici), con un valore intermedio per la schizofrenia, mentre per "altro genere di reati" il rischio più elevato (fino a 15 volte superiore) è presentato da pazienti con psicosi correlata all'uso di sostanze.



Dati come quelli citati finora restituiscono l'aspetto epidemiologico attuale della relazione tra malattia mentale e criminalità ad un'ipotesi che, pur datata 1939²⁷, aveva indicato una correlazione inversa tra popolazione carceraria e disponibilità di posti letto nel sistema manicomiale, ipotesi – finché il sistema manicomiale è stato in vigore – peraltro mai confermata né definitivamente smentita^{28,29}.

Dall'altro lato, quello delle possibili risposte ai succitati fenomeni, il dibattito e la ricerca sociopsichiatrici attuali vertono prioritariamente sulla necessità del “recupero sociale” dando indicazioni, per i malati mentali dai comportamenti criminali, finalizzate soprattutto allo sviluppo di percorsi individualizzati di trattamento riabilitativo³⁰⁻⁴⁵: tali percorsi, pur orientati generalmente da considerazioni di costo, fanno in genere riferimento ai tassi di reistituzionalizzazione in carcere o in ospedale che risultano gli indicatori di outcome più valorizzati. Un recente progetto dello Stato di New York per la presa in carico sanitaria e socio-assistenziale come outpatient dei pazienti che hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica in carcere prevede, ad esempio, facilitazioni per il rilascio analoghe al nostro affidamento in prova⁴⁵. Parallelamente sono in corso anche sperimentazioni di trattamento in comunità terapeutiche all'interno delle stesse strutture penitenziarie⁴⁷⁻⁵⁰.

Al di là dei differenti orientamenti interpretativi e di gestione del fenomeno, tipici dei diversi paesi, i criminali (e, tra questi, in particolare quelli con malattia mentale “dimostrata” anche all'interno del sistema penale – tanto da renderli non imputabili) finiscono spesso per essere, attualmente, gli unici fruitori dello storico sistema asilare, carcere od ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) esso sia⁵¹⁻⁵³.

Anche in Italia sono da tempo in corso di studio progetti di riforma, normativa e organizzativa, in tema di assistenza psichiatrica per la popolazione carceraria (più che per la prevenzione del crimine nei portatori di malattie mentali); alcuni di questi progetti hanno dato origine a proposte di legge ampiamente discusse ma ancora in attesa di esame da parte del Parlamento⁵⁴⁻⁵⁸. Il riferimento normativo vigente è infatti fondato sulle Leggi 354/75 e 663/86, che regolano la finalità e la struttura del sistema penitenziario, sul DPR 230/2000 e sui Progetti Obiettivi triennali “Tutela Salute Mentale”.

La 354/75, orientata dal principio del rispetto dei diritti umani del detenuto proclamato dall'ONU nel 1955 e ripreso dal Consiglio d'Europa nel 1973 con la direttiva su “rieducazione e riabilitazione del reo”, stabilisce le finalità della riabilitazione sociale di quest'ultimo e il concetto di individualizzazione della pena/trattamento. L'articolo 89, in particolare, definisce lo statuto della prestazione psichiatrica condotta all'interno del carcere prevedendo che “per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento, l'amministrazione penitenziaria possa avvalersi di professionisti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica”. Secondo questa legge la competenza terapeutico-assistenziale sui detenuti appartiene al Ministero di Grazia e Giustizia, all'esterno del servizio sanitario nazionale (SSN), la cui organizzazione legislativa è posteriore e nel quale non è stato ancora integrato. La prestazione specialistica è erogata all'amministrazione penitenziaria: inoltre, la definizione di “attività di osservazione e cura” pone un'ambiguità tra la finalità di controllo e quella di trattamento.

M. CLERICI - P. BERTOLOTTI RICOTTI
N. D'URSO - M. MARASCO
S. CANDOTTI - S. SCARONE

UN SERVIZIO DI CONSULENZA PSICHIATRICA
IN AMBITO PENITENZIARIO. QUALI BISOGNI,
QUALI RISPOSTE?

La 663/86 ribadisce l'obiettivo del recupero e, introducendo le carceri di massima sicurezza per i detenuti a maggior rischio di recidiva criminale e maggiori esigenze custodialistiche, prevede invece una maggiore applicazione delle misure alternative al carcere per gli elementi valutati con buone probabilità di reinserimento sociale. Questa legge regola, ad esempio, la posizione dei pazienti affidati in prova ai servizi sociali o agli arresti domiciliari, anche in comunità protetta, cui hanno diritto in particolare i tossicodipendenti alla cui condizione siano ascritti i reati giudicati.

Il DPR 230/2000 presenta alcune dichiarazioni di intenti di notevole interesse potenziale per il ruolo della psichiatria carceraria^a. Pur non modificando lo statuto trattamentale rispetto alla normativa precedente (prevede l'organizzazione di dipartimenti clinici e chirurgici penitenziari e l'obbligo di svolgere attività di medicina preventiva all'interno degli istituti), dispone che – ove in semilibertà o permesso – i detenuti siano seguiti dai servizi territoriali e promuove una serie di facilitazioni per le attività risocializzanti e lavorative; definisce, inoltre, la necessità dell'osservazione personologica ai fini del trattamento, distinguendola comunque dalla cura e non affidandola pertanto a specialisti, permettendo parimenti la stipula di convenzioni con i servizi psichiatrici territoriali

Il Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale” si muove per riportare il trattamento dei detenuti e degli internati al SSN e, per i trattamenti psichiatrici, al dipartimento di salute mentale (DSM). Inoltre, pone indicazioni verso un’“ottica di superamento di ogni istituzionalizzazione”: ciò ha dato origine ad alcune proposte di legge per l'abolizione degli attuali OPG, affidando il trattamento dei malati socialmente pericolosi, in alternativa o complementariamente, ad istituti regionali con capienza limitata, a sezioni carcerarie organizzate d'intesa con il DSM e con piani di cura sottoposti al magistrato di sorveglianza o a misure alternative quali l'affidamento ai servizi sociali con presa in carico da parte del DSM nelle sue competenze territoriali in regime di libertà (nel caso di pene detentive lievi).

La fruibilità di riferimenti precisi che attengano l'assistenza psichiatrica nelle case circondariali e nelle case di reclusione è, a tutt'oggi però ancora limitata. Le proposte allo studio ipotizzano, ad esempio, l'istituzione di un Dipartimento per l'Assistenza Sanitaria ai Detenuti e Internati in rapporto con i Dipartimenti di Medicina e Chirurgia e, nel nostro caso, con il DSM. L'articolazione dei DSM in Unità Operative verrebbe così implementata dall'istituzione di Unità di Psichiatria Penitenziaria⁵⁹: gli effetti desiderati di tale approccio sarebbero, indubbiamente, quelli di approfondire il carattere terapeutico dell'intervento, rispetto all'obiettivo della “difesa sociale”, di garantire la continuità e l'omogeneità del trattamento al momento della scarcerazione, nonché di realizzare un'adozione più sicura ed efficace di misure alternative al carcere, traducendo operativamente la finalità dichiarata del recupero sociale del reo^b.

^aIl trattamento degli imputati sottoposti a misure privative della libertà consiste nell'offerta di interventi diretti a sostenere i loro interessi umani, culturali e professionali.

^bIl trattamento rieducativo dei condannati e degli internati è diretto, inoltre, a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale.

OBIETTIVI, MATERIALI E METODI

In questo lavoro si intende descrivere e commentare l'informazione raccolta su una popolazione di detenuti che hanno fruito, all'interno di una casa di reclusione di Milano, di una o più prestazioni psichiatriche dal 1996 al 1998 e dal 1998 al 2003. Il carcere in oggetto è la Casa di Reclusione di Opera (comune dell'hinterland milanese), un carcere ad elevata capienza (in media circa 1500-1600 detenuti compresa la sezione femminile), dotato tra l'altro di un Centro Diagnostico Terapeutico – cui afferiscono detenuti di tutte le carceri italiane e che fornisce prestazioni di tipo ospedaliero, con un reparto di chirurgia, uno di medicina e uno di malattie infettive (data una elevata prevalenza di HIV-positività e sindromi AIDS correlate del 15 %) – e di un'Unità Operativa SERT interna.

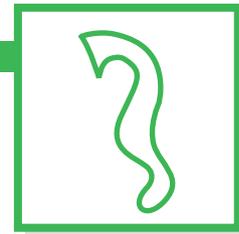
Dal 01/07/1998 al 31/12/2003 il DSM dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano - Polo Didattico Università degli studi di Milano ha stipulato con il Provveditorato Regionale del DAP e con la casa di reclusione, sita nel territorio sul quale il Dipartimento ha competenza per l'assistenza psichiatrica, una "convenzione per l'espletamento dell'attività di consulenza medico-specialistica in materia di psichiatria in favore dei detenuti e internati ristretti nella C.R." stessa, cui è seguita la stesura e la proposta di un progetto di collaborazione con il Ministero di Grazia e Giustizia e con la Regione Lombardia per l'istituzione di una Unità di Psichiatria Penitenziaria, peraltro mai attivato.

La popolazione oggetto dello studio consta di tutti i detenuti che compaiono nei registri relativi alla visita psichiatrica, senza alcuna selezione e campionamento. L'accesso alla visita è volontario, per iniziativa del paziente o per richiesta del medico di sezione e/o del personale di Polizia Penitenziaria, richieste che vengono vagliate dal Coordinatore Sanitario generalmente con funzioni di mera supervisione.

I tassi di rifiuto della visita, che erano di circa il 10% prima della stipula della convenzione, si sono progressivamente ridotti: in media, durante la realizzazione delle attività strutturate di consulenza psichiatrica intramuraria, sotto il 5%, valore statisticamente significativo rispetto a prima ($\text{Chi}^2 p = 0,01$).

Nel corso dell'ultimo anno di consulenza in carcere, la popolazione – in corso di progressiva diminuzione – era di circa 1400 detenuti: pertanto, come vedremo, poco meno del 30% è entrato in contatto con il servizio, più o meno stabilmente.

Della totalità della popolazione sono noti, quali dati anagrafici, il sesso e la nazionalità (italiana vs extracomunitaria). Per 430 di essi sono noti, inoltre, data, luogo di nascita, professione, posizione giuridica del detenuto (imputato, appellante, ricorrente e condannato in via definitiva) e reato connesso; per consentire una valida elaborazione dei dati, le tipologie di reato sono state unificate in categorie, ovvero: crimine violento, reato patrimoniale, associazione di stampo mafioso, reato connesso alla detenzione e allo spaccio di stupefacenti, reato a sfondo sessuale e "altro" reato. Tale accorpamento ci è sembrato la categorizzazione più aderente alla problematica criminologico-clinica osservata, nonché più comune in letteratura, sebbene non coincida esattamente con le categorie di reato considerate dal Codice Penale italiano.



M. CLERICI - P. BERTELOTTI RICOTTI
 N. D'URSO - M. MARASCO
 S. CANDOTTI - S. SCARONE
 UN SERVIZIO DI CONSULENZA PSICHIATRICA
 IN AMBITO PENITENZIARIO. QUALI BISOGNI,
 QUALI RISPOSTE?

Sono stati quindi raccolti i dati clinici e quelli relativi al carico assistenziale: diagnosi, eventuale trattamento farmacologico e numero di visite. La registrazione della visita è corredata dall'anno nel corso del quale è stata effettuata. La raccolta dei dati è stata effettuata al momento della registrazione della visita, e quindi ordinata *ex post*. Tale limite ha condotto alla rilevazione di registrazioni diagnostiche talvolta diverse da visita a visita, per cui è stato necessario desumere presuntivamente una diagnosi "primaria" che, deve essere chiarito, non può corrispondere completamente ai criteri diagnostici del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, al quale si fa riferimento invece per l'attribuzione nosografica finale⁶⁰. Allo stesso modo non possiamo essere assolutamente certi dell'accuratezza di registrazione e della completezza prescrittiva di tutte le terapie psicofarmacologiche che, per l'organizzazione interna, devono essere appunto trascritte dai medici di sezione per poter essere somministrate. In ogni caso abbiamo considerato insieme tutte le categorie di farmaci prescritti per paziente durante il corso di un anno, con l'avvertenza di non considerarle per questo associazioni (consigliamo il lettore di vederle più che altro come una variabile di carico assistenziale e di gestione complessiva dei trattamenti). Non sono presenti, infine, indicatori della gravità della patologia (sebbene questa possa essere supposta dal numero di visite/anno e dal numero di registrazioni *pro capite* di una data diagnosi, da intendersi in questo caso come presenza di sintomatologia attiva), né di esito, che sarebbe ancora più aleatorio cercare di presumere sulla base dell'eventuale modificazione di queste variabili nel tempo. L'analisi dei dati è stata effettuata con le più comuni metodologie statistiche a disposizione⁶¹.

L'aspetto di maggiore interesse epidemiologico del lavoro risulta dunque, a nostro parere, soprattutto dalla ricerca di un'evidenza di diversa distribuzione delle diagnosi per sottogruppi di detenuti caratterizzati da differente reato. La patologia psichica è, infine, la variabile principale indagata nel condizionare un differente carico assistenziale e farmacoterapeutico, influenzabile anche dalle variabili anagrafiche e, dato questo di non facile interpretazione, pure dalla categoria di reato.

Un ultimo aspetto, che riguarda invece la politica dei servizi sanitari, è l'ipotesi – da verificare – di una maggiore produttività, efficienza (rispetto alla gravità della diagnosi) e, presumibilmente, appropriatezza della farmacoterapia da parte del Servizio di Psichiatria Penitenziaria a gestione dipartimentale versus la gestione precedente garantita tramite prestazioni "a gettone": ciò dovrebbe emergere, almeno sul lungo periodo, analizzando comparativamente l'evoluzione del numero delle prestazioni erogate – in assoluto e per sottogruppi di diagnosi – e del *matching* tra farmacoterapia e diagnosi nei periodi a differente gestione.

ANALISI DEI RISULTATI

La popolazione considerata è, come anticipato, composta da 1302 soggetti (tabella I), dei quali 97 sono donne (7,5 %) e 220 di nazionalità extracomunitaria (tra questi 15 donne), per una percentuale del 16,9%. Analoga la proporzione di donne nei due gruppi.



L'età, considerata al momento della prima visita (dato disponibile solo per 430 soggetti, pari al 33% del totale), ha un valore medio di 38,6 anni ed è significativamente inferiore nella popolazione extracomunitaria (31,7 vs 39,7), sia per le donne che per gli uomini. Complessivamente, il soggetto più giovane ha 19 anni e il più anziano 75 (36 soggetti hanno meno di 25 anni e 31 soggetti 55 anni o più).

Tabella I. La popolazione oggetto della ricerca. Caratteristiche.

| Nazionalità | Genere | | | | | | |
|------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Femmine | | Maschi | | Totale | | |
| Extracomunitaria | 15 | 15,5% | 205 | 17,0% | 220 | 16,9% | |
| Comunitaria | 82 | 84,5% | 1.000 | 83,0% | 1082 | 83,1% | |
| Totale | 97 | 100,0% | 1.205 | 100,0% | 1302 | 100,0% | |
| | | 7,5% | | 92,5% | | 100,0% | |
| Età* | Media | Min | Max | Media | Min | Max | Media |
| | Femmine | | | Maschi | | | Totale |
| Extracomunitaria | 27,0 | 25 | 33 | 32,0 | 19 | 54 | 31,7** |
| Comunitaria | 41,0 | 24 | 61 | 39,6 | 20 | 75 | 39,7 |
| Totale | 39,4 | 24 | 61 | 38,5 | 19 | 75 | 38,6 |

*Su 430 soggetti con proporzioni n.s. differenti.

** $t < 0.0001$

Nella tabella II si può vedere la distribuzione dei reati: la categoria più rappresentata è quella connessa al traffico di stupefacenti, per cui sono detenuti la maggior parte dei soggetti extracomunitari (il 55,6%, in proporzione significativamente maggiore rispetto ai comunitari), seguita dai detenuti per reati che hanno comportato esercizio di comportamenti violenti (esclusi i reati di

Tabella II. Distribuzione dei reati nel sottogruppo accessibile.

| Reato | Totale | Femmine | Maschi | Extrac. | Com. |
|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Legge droga | 149 34,7% | 11 31,4% | 138 34,9% | 35 55,6% | 114 31,1%* |
| Crimine violento | 122 28,4% | 8 22,9% | 114 28,9% | 12 19,0% | 110 30,0% |
| Reato patrimoniale | 110 25,6% | 9 25,7% | 101 25,6% | 12 19,0% | 98 26,7% |
| Ass. st. mafioso | 20 4,7% | | 20 5,1% | 0,0% | 20 5,4% |
| Reato sessuale | 17 4,0% | 3 8,6% | 14 3,5% | 1 1,6% | 16 4,4% |
| Altro | 12 2,8% | 4 11,4% | 8 2,0% | 3 4,8% | 9 2,5% |
| Totale | 430 100,0% | 35 100,0% | 395 100,0% | 63 100,0% | 367 100,0% |
| | | 8,1% | 91,9% | 14,7% | 85,3% |
| Omicidio* | 71 16,5% | 5 14,3% | 66 16,7% | 3 4,8% | 68 18,5%** |
| Altro reato | 359 83,5% | 30 85,7% | 329 83,3% | 60 95,2% | 299 81,5% |
| Totale | 430 100,0% | 35 100,0% | 395 100,0% | 63 100,0% | 367 100,0% |

*Esclusi i reati di omicidio preterintenzionale, omicidio colposo e concorso in omicidio.

*Chi² p = 0,0001

**Chi² con correzione di Yates p = 0,011

violenza sessuale), tra cui 71 omicidi, dai detenuti per reati patrimoniali (in prevalenza rapina), dai mafiosi e infine dai criminali a sfondo sessuale (tra cui 3 omicidi e 1 reato contro minori). La proporzione di omicidi è significativamente inferiore tra gli extracomunitari, mentre non emergono differenze significative di genere, né di età, tra i detenuti per diversi reati. Nessuna notazione di rilievo è emersa dall'analisi in base alla posizione giuridica, che pertanto non sarà più citata nella disamina dei risultati. Circa l'86% è condannato con sentenza definitiva (tabella III).

Tabella III. Posizione giuridica nel sottogruppo accessibile.

| | | |
|---------------|------------|---------------|
| Appellante | 36 | 8,4% |
| Imputato | 12 | 2,8% |
| Ricorrente | 14 | 3,3% |
| Definitivo | 365 | 85,5% |
| Totale | 427 | 100,0% |

Nella tabella IV è mostrata la distribuzione complessiva delle diagnosi^c.

Tabella IV. Distribuzione complessiva delle diagnosi.

| DIAGNOSI | | | Con doppia diagn. | * | Con tutte com. | * | Doppia diagn. | |
|---|-------------|---------------|-------------------------|-------|----------------------|-------|------------------|---------------|
| D. d'ansia | 251 | 19,3% | 273 | 21,0% | 469 | 36,0% | 22 | 15,0% |
| Comorbilità d. d'ansia/depressione | 153 | 11,8% | 196 | 15,1% | | | 43 | 29,3% |
| Doppia diagnosi | 147 | 11,3% | | | | | | |
| Depressione | 144 | 11,1% | 176 | 13,5% | 414 | 31,8% | 32 | 21,8% |
| D. del sonno | 89 | 6,8% | 92 | 7,1% | | | 3 | 2,0% |
| D. psicotico | 81 | 6,2% | 95 | 7,3% | 127 | 9,8% | 14 | 9,5% |
| D. correlato a sostanze | 68 | 5,2% | | | | | | |
| D. della personalità | 40 | 3,1% | 50 | 3,8% | 124 | 9,5% | 10 | 6,8% |
| Comorbilità depressione+d. pers. | 31 | 2,4% | 42 | 3,2% | | | 11 | 7,5% |
| Comorbilità d. psicotico+d. pers. | 26 | 2,0% | 32 | 2,5% | | | 6 | 4,1% |
| D. da funz. intellettivo limite | 15 | 1,2% | 20 | 1,5% | | | 5 | 3,4% |
| D. bipolare | 11 | 0,8% | 12 | 0,9% | | | 1 | 0,7% |
| Nessuna diagnosi | 246 | 18,9% | | | | | | |
| Totale | 1302 | 100,0% | | | | | 147 | 100,0% |
| Totale DCS | 215 | 16,5% | | | | | | |
| Totale comorbilità^{1**} | 357 | 27,4% | | | | | | |

*Percentuale calcolata sul totale dei pazienti.

**Compresa doppia diagnosi.

DCS = Disturbi correlati all'uso di sostanze.



Tra i cluster diagnostici “costruiti” per esigenze di semplificazione, quello dei pazienti trattati per disturbo d’ansia è il maggiormente rappresentato, con 469 soggetti (comprendendo i pazienti con patologia ansiosa comorbile con depressione o disturbo correlato a sostanze - DCS), in una proporzione pari al 36% della totalità della popolazione trattata. Sono stati però registrati come portatori di sintomatologia ansiosa sottosoglia ben 790 soggetti (oltre il 60%). Sempre comprendendo i pazienti con diagnosi comorbile, hanno una diagnosi di depressione 414 soggetti (pari al 31,8%) e 527 (oltre il 40%) sintomatologia depressiva sottosoglia. Trentuno soggetti hanno presentato sintomi psicotici concomitanti.

La terza categoria per numero di casi comprende i soggetti che non presentano patologia psichiatrica diagnosticabile (246, ovvero il 18,9%). Come vedremo però nell’analisi del carico assistenziale, essi vi incidono in misura significativamente inferiore.

I soggetti che presentano DCS in atto sono 215 (16,5%), di cui 147 con doppia diagnosi e 5 alcoolisti puri.

Poco meno del 10% per ciascuna categoria (rispettivamente 127 e 124) sono gli psicotici e i pazienti con diagnosi di asse II, questi ultimi in maggioranza comorbili. Queste categorie però, come vedremo, sono oggetto di una proporzione molto importante del carico assistenziale complessivo.

Novantadue soggetti (7,1%) hanno richiesto il trattamento specificamente per un disturbo del sonno, ma sono 333 (oltre il 25%) a presentare il sintomo insonnia.

Cinquantanove soggetti (4,5%) hanno praticato agiti auto o eterolesivi (4 in 2 circostanze), eventualità significativamente più frequente nei soggetti con diagnosi di disturbo della personalità (17,5 %) e di doppia diagnosi (11,6 %), e 2 il suicidio (un paziente con diagnosi di ansia e uno con nessuna diagnosi, entrambi internati per un reato di omicidio).

Le differenze di genere sono limitate alla diagnosi di comorbilità tra ansia e

^cCome già accennato, è stato problematico ricostruire la diagnosi dai registri visita. In linea di massima, nel caso di registrazioni palesemente non concordanti tra una visita e l’altra o di registrazioni multiple che, considerate acriticamente, avrebbero dato origine a una pletera di comorbilità, si è indicata la diagnosi “primaria”, in base a quella indicata più frequentemente, privilegiando però – nel caso di un numero significativo di registrazioni per ciascuna di esse – anche la diagnosi di maggior gravità (psicosi su depressione su ansia). Sono stati segnalati solo i disturbi di personalità con espressione sintomatica grave, valorizzando la presenza di eventuale comorbilità solo con disturbo psicotico e depressione. La comorbilità tra ansia e depressione è stata segnalata quando registrati entrambi con elevata frequenza. Tutti i pazienti tossidipendenti, in caso di altra diagnosi di disturbo mentale, sono stati identificati come portatori di “doppia diagnosi”, eccetto che – nella quasi totalità dei casi – per il disturbo del sonno, apparso concomitante l’intossicazione o la deprivazione dallo stupefacente. Una precisazione merita appunto la considerazione che i disturbi del sonno, molto spesso registrati in associazione con altri disturbi, sono stati privilegiati raramente come diagnosi principale. Non ci è sembrato opportuno infatti presentarli “in comorbilità” in quanto verosimile espressione/conseguenza secondaria del disturbo considerato primario. Nel caso dell’associazione con disturbo d’ansia, è stata privilegiata questa categoria salvo i casi di costante registrazione di insonnia in più visite, in assenza di concomitante registrazione di disturbo d’ansia. In questo modo ci è sembrato di poter conservare, nella nostra organizzazione dei dati, una rappresentazione il più possibile realistica di una problematica di notevole impatto sul carico assistenziale e farmacoterapeutico del paziente detenuto. Peraltro, nell’elaborazione dei dati relativi alla relazione tra psicopatologia diagnosticata e reato, il disturbo del sonno è accorpato al disturbo d’ansia perché troppo poco rappresentato nel campione.

La diagnosi di disturbo bipolare, infine, è probabilmente sotto rappresentata in quanto coincide con la registrazione di sintomatologia maniacale.

depressione, che appare una patologia maggiormente diagnosticata tra i detenuti di sesso femminile (18,6% vs 11,2%, Chi2 4,68, p = 0,03) e, in particolare, tra le detenute con doppia diagnosi (43,7%)⁶².

Più rimarchevoli le differenze tra la popolazione extracomunitaria e quella comunitaria: tra i primi è più frequente la condizione non psichiatrica (23,6% vs 18,9%, chi2 3,89 p = 0,05) e meno frequente la comorbilità tra ansia e depressione (6,3% vs 12,8%, chi2 7,68 p = 0,005) e la doppia diagnosi (nella popolazione con DCS, 46,4% vs 71,8%, chi2 7,17, p = 0,007).

L'età media, che – lo ricordiamo ancora – è calcolata sulla frazione dei pazienti per cui il dato è disponibile, è significativamente più giovane per i tossicodipendenti di entrambi i gruppi (con doppia diagnosi e DCS “puro”) e per i pazienti con condizione non psichiatrica, mentre i pazienti più anziani sono quelli depressi (con diagnosi singola o in comorbilità) (tabella V).

Tabella V. Età media nei sottogruppi diagnostici.

| Diagnosi | Età media | p test t* |
|-------------------------------|-------------|-----------|
| Nessuna diagnosi | 35,3 | 0,0234 |
| Doppia diagnosi | 35,3 | 0,0002** |
| DCS | 36,2 | |
| Comorbilità d. psic.+d. pers. | 36,3 | n.s |
| Comorbilità dep.+d. pers. | 37,2 | n.s |
| D. psicotico | 38,5 | n.s |
| D. bipolare | 39,0 | n.s |
| Ansia/d. del sonno | 40,2 | n.s |
| D. da funz. intell. limite | 40,6 | n.s |
| Comorbilità ansia/depressione | 40,7 | 0,0276 |
| D. della personalità | 41,1 | n.s |
| Depressione | 41,7 | 0,0339 |
| Totale | 38,3 | |

*vs restante campione.

**Su DCS + DD.

DCS = Disturbo correlato all'uso di sostanze.

La distribuzione delle diagnosi tra le categorie di reato è presentata nella tabella VI. Innanzitutto si deve sottolineare che il sottogruppo di pazienti per cui questo dato è disponibile presenta alcune differenze rispetto alla popolazione totale indagata, in particolare per una più elevata rappresentazione di doppia diagnosi (la percentuale alla seconda riga della tabella indica la proporzione delle diagnosi all'interno della categoria di reato). Secondo la prima impostazione, i dati di maggiore interesse sono la frequenza relativa più elevata di disturbi psicotici tra i criminali violenti, di doppia diagnosi tra i detenuti per reati patrimoniali, mentre nei detenuti per crimini a sfondo sessuale sono più frequenti i disturbi in comorbilità (47,1%, chi2 p = 0,02).

I detenuti per reati connessi al traffico di stupefacenti hanno la caratteristica



Tabella VI. Distribuzione complessiva dei reati in funzione delle diagnosi.

| Diagnosi | Reato | | | | | | Totale |
|----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| | Legge droga | C. violento | R. patr. | A. s. maf. | R. sessuale | Altro | |
| Doppia diagnosi | 21 14,1% 25,6% | 23 18,9% 28,0% | 32 29,1% 39,0% | 3 15,0% 3,7% | 2 11,8% 2,4% | 1 8,3% 1,2% | 82 19,1% 100,0% |
| D. d'ansia/d. del sonno | 30 20,1% 38,0% | 17 13,9% 21,5% | 19 17,3% 24,1% | 6 30,0% 7,6% | 2 11,8% 2,5% | 5 41,7% 6,3% | 79 18,4% 100,0% |
| Com. d. d'ansia/dep. | 31 20,8% 45,6% | 17 13,9% 25,0% | 12 10,9% 17,6% | 3 15,0% 4,4% | 5 29,4% 7,4% | | 68 15,8% 100,0% |
| Depressione | 15 10,1% 33,3% | 15 12,3% 33,3% | 10 9,1% 22,2% | 4 20,0% 8,9% | 1 5,9% 2,2% | | 45 10,5% 100,0% |
| D. psicotico | 5 3,4% 17,9% | 18 14,8% 64,3% | 3 2,7% 10,7% | | 1 5,9% 3,6% | 1 8,3% 3,6% | 28 6,5% 100,0% |
| DCS | 12 8,1% 46,2% | 5 4,1% 19,2% | 9 8,2% 34,6% | | | | 26 6,0% 100,0% |
| Com. d. psic./d. pers. | 4 2,7% 22,2% | 4 3,3% 22,2% | 6 5,5% 33,3% | 2 10,0% 11,1% | 1 5,9% 5,6% | 1 8,3% 5,6% | 18 4,2% 100,0% |
| D. della personalità | 4 2,7% 33,3% | 5 4,1% 41,7% | 2 1,8% 16,7% | | | 1 8,3% 8,3% | 12 2,8% 100,0% |
| Com. dep./d. pers. | 2 1,3% 22,2% | 3 2,5% 33,3% | 1 0,9% 11,1% | | 2 11,8% 22,2% | 1 8,3% 11,1% | 9 2,1% 100,0% |
| D. da funz. intell. limite | 1 0,7% 20,0% | 1 0,8% 20,0% | 2 1,8% 40,0% | | | 1 8,3% 20,0% | 5 1,2% 100,0% |
| D. bipolare | | 1 0,8% 33,3% | 2 1,8% 66,7% | | | | 3 0,7% 100,0% |
| Nessuna diagnosi | 24 16,1% 43,6% | 13 10,7% 23,6% | 12 10,9% 21,8% | 2 10,0% 3,6% | 3 17,6% 5,5% | 1 8,3% 1,8% | 55 12,8% 100,0% |
| Totale | 149 100,0% 34,7% | 122 100,0% 28,4% | 110 100,0% 25,6% | 20 100,0% 4,7% | 17 100,0% 4,0% | 12 100,0% 2,8% | 430 100,0% 100,0% |

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 35-58

di un quadro psicopatologico di minore gravità complessiva (considerando disturbi gravi i disturbi psicotici, le doppie diagnosi, i disturbi di personalità e il disturbo bipolare) – con un'elevata significatività (χ^2 , $p = 0,0004$) – e non vedono significativamente sovrarappresentati i DCS nel loro complesso. Probabilmente questo riscontro è effetto della citata “soglia criminale” che

potrebbe essere inferiore per il reato in questione; bisogna tenere conto, a questo proposito, che i reati patrimoniali constano quasi tutti in rapine, reato che per definizione comporta violenza o minaccia; pertanto, il reato più grave della categoria, a fronte di un numero limitato di furti, truffe e bancarotte.

All'interno della popolazione tossicodipendente, i pazienti con doppia diagnosi sono caratterizzati da un profilo criminale più rilevante, con una proporzione inferiore di imputazione/condanna per traffico di stupefacenti a favore dei reati patrimoniali, violenti, di mafia e a sfondo sessuale ($p = 0,04$). Un dato rilevante, in piena concordanza con la letteratura⁵, è la proporzione molto elevata di criminali violenti tra i detenuti psicotici (64,3%, χ^2 , $p = 0,0002$).

La maggior proporzione di reati patrimoniali si riscontra nel sottogruppo dei pazienti in doppia diagnosi (39%, χ^2 , $p = 0,002$).

A seguire, per comodità di lettura, presentiamo i dati anche in forma di correlazione, pur non trattandosi della tecnica più corretta per identificare relazioni tra dati qualitativi, quali sono diagnosi e reato (tabella VII).

Tabella VII. Distribuzione complessiva delle diagnosi.

| Correlazione | Legge droga | C. violento | R. patr. | A. s. maf. | R. sessuale | Altro |
|-------------------------|-------------|--------------|----------------|------------|---------------|---------------|
| Doppia diagnosi | -0,0865 | -0,0158 | 0,1672 | -0,0321 | -0,0377 | -0,0463 |
| D. d'ansia/d. del sonno | 0,0386 | -0,0702 | -0,0055 | 0,0534 | -0,0346 | 0,1019 |
| Som. d. d'ansia/dep. | 0,0928 | -0,0431 | -0,1031 | 0,044 | 0,0756 | -0,0734 |
| Depressione | -0,0144 | 0,0451 | -0,0129 | 0,0585 | -0,0304 | -0,0579 |
| D. psicotico | -0,0966 | 0,201 | -0,0825 | -0,0613 | -0,0052 | 0,0125 |
| DCS | 0,0777 | -0,0573 | 0,0351 | -0,0589 | -0,0515 | -0,043 |
| Com. d. psic./d. pers. | -0,0574 | -0,0081 | 0,023 | 0,0569 | 0,0172 | 0,0351 |
| D. della personalità | -0,0071 | 0,0451 | -0,0127 | -0,0393 | -0,0344 | 0,0570 |
| | | | | | | |
| Com. dep./d. pers. | -0,0401 | 0,0478 | -0,056 | -0,034 | 0,1371 | 0,0739 |
| D. funz. intell. limite | -0,0348 | -0,0227 | 0,028 | -0,0252 | -0,022 | 0,1133 |
| D. bipolare | -0,062 | 0,007 | 0,0712 | -0,0195 | -0,017 | -0,0142 |
| Nessuna diagnosi | 0,0664 | -0,0343 | -0,0402 | -0,0257 | 0,0295 | -0,0226 |

L'interpretazione dei dati relativa ai trattamenti è resa difficoltosa dalla complessità dei flussi, in entrata e in uscita, nella popolazione oggetto di studio (che comprende, ricordiamo, tutti i pazienti sottoposti a visita psichiatrica nel corso di diversi anni); l'interpretazione dell'uscita dal trattamento stesso non è possibile quanto a dato di esito poiché non sappiamo se sia determinata dalla scarcerazione, da trasferimento ad altra struttura penitenziaria o dal termine effettivo del trattamento psichiatrico intramurario. Pertanto, conviene leggere questi dati esclusivamente come indicatore di output (quantità di prestazione erogata) e considerare da confermarsi in studi metodologicamente meglio strutturati ogni suggestione di ordine clinico, soprattutto inerente l'esito.



Nel corso degli anni di attività considerata nello studio sono state effettuate 4408 visite, su un totale di 1302 utenti, con una media di 3,385 visite per paziente e una deviazione standard di 4,688. La quantificazione delle annualità di permanenza in carico, anche senza aver richiesto visite per oltre un anno, può essere confusa dall'eventualità di scarcerazione/trasferimento e successivo rientro e quindi sovrastimata, ed è risultata pari a 1,47 anni (DS 1,02); mentre la media delle visite fornite per paziente per anno di carico è stata pari a 2,10 (DS 1,80). Il caso di pazienti che tra una visita – o un ciclo di visite – e un'altra non hanno richiesto assistenza per un intero anno o più anni non è infrequente, tanto che se li consideriamo non in carico per queste annualità, la media visite per anno per paziente in carico sale a 2,44 (DS 2,41).

Il numero massimo di visite per un solo paziente è stato pari a 57; il numero massimo di visite in un solo anno è stato pari a 21.

La maggioranza relativa dei pazienti (586, pari al 45,0%) è stata sottoposta a un'unica visita, per il 13,3% di assistenza complessiva; circa il 20% a 2 visite e altrettanto da 3 a 5 visite, l'8,0% da 6 a 10 visite e il 6,6% a oltre 10 visite. Pertanto, una quota di utenti pari a una percentuale inferiore al 15% ha richiesto oltre metà della prestazione di consulenza psichiatrica intramuraria complessivamente erogata (tabella VIII).

Tabella VIII. Frequenza delle prestazioni di consulenza psichiatrica erogate.

| Visite | N pz | % pz | N visite | % visite |
|-----------|------|--------|----------|----------|
| 1 | 586 | 45,0% | 586 | 13,3% |
| 2 | 246 | 18,9% | 492 | 11,2% |
| da 3 a 5 | 280 | 21,5% | 1041 | 23,6% |
| da 6 a 10 | 104 | 8,0% | 773 | 17,5% |
| oltre 10 | 86 | 6,6% | 1516 | 34,4% |
| totale | 1302 | 100,0% | 4408 | 100,0% |

L'output (tabella IX) è stato mediamente superiore per le donne⁶² e per gli utenti di nazionalità comunitaria, con livelli di significatività molto elevata. Per numero complessivo di visite non risulta correlato all'età. Un'età più elevata è infatti legata a un numero maggiore di anni in carico, forse per un bias legato alla durata della pena: al contrario un'età più giovane appare debolmente correlata con un maggior numero di prestazioni erogate/anno. La sottopopolazione extracomunitaria ha una caratteristica opposta e un'età più elevata è apparsa fortemente correlata sia con un numero di visite assoluto sia con il numero di visite per anno più elevati (Pearson 0,26 e 0,17, rispettivamente). Nella popolazione comunitaria i valori di Pearson sono rispettivamente -0,03 e -0,08.

Il carico assistenziale più elevato (tabella X) è destinato in termini assoluti ai pazienti in doppia diagnosi (928 visite, 21,1%), seguito dai pazienti comorbili per ansia e depressione, psicotici, ansiosi e depressi. I pazienti valutati come

Tabella IX. Media prestazioni di consulenza psichiatrica erogate per tipologia di utenza.

| | Media visite | Media anni | Media vis/a | p test t visite | p test t anni | p test t vis/a |
|-----------------|-----------------|---------------|----------------|--------------------|------------------|-------------------|
| Donne | 5,093 | 1,546 | 2,854 | 0,00000 | 0,00003 | 0,00000 |
| Uomini | 3,248 | 1,465 | 2,043 | | | |
| Extracomunitari | 2,427 | 1,282 | 1,709 | 0,00001 | 0,00021 | 0,00000 |
| Comunitari | 3,580 | 1,509 | 2,184 | | | |

non portatori di patologia psichiatrica interessano comunque l'8,1% delle prestazioni erogate complessivamente. Quattrocentocinquantotto (10,4%) le visite destinate ai 59 pazienti che hanno commesso tentato suicidio.

La diagnosi determina la maggiore variabilità delle prestazioni erogate pro capite, in misura che concorda con la comune percezione della gravità dei disturbi clusterizzati. Il carico relativo maggiore è dovuto infatti ai pazienti con comorbilità tra disturbo psicotico e disturbo della personalità, con una media di oltre 9 visite per paziente (4,12 all'anno), seguiti dai pazienti psicotici con 7,6 visite pro capite (3,6/anno) e dai bipolari (7,2 e 3,2). Seguono i pazienti con doppia diagnosi (6,3 e 3,3), dove la sottoclasse di pazienti con disturbo di personalità in comorbilità con disturbo di asse I arriva a una media di oltre 17 visite ciascuno (6,3), ma con un carico significativamente più elevato in tutte le sottoclassi diagnostiche rispetto al disturbo senza associato DCS. I pazienti che richiedono meno assistenza sono quelli senza alcuna diagnosi, i tossicodipendenti puri, gli insonni e gli ansiosi. I pazienti che hanno commesso un TS in media sono stati visitati 7,09 volte, due TS 18,75 volte (categoria che gode dell'output specifico più elevato).

Le risorse assistenziali sono destinate in misura differente per le diverse categorie di reato e si tratta di un riscontro confermato anche all'interno di alcune classi diagnostiche (tabella XI). Richiedono maggiore assistenza gli autori di reato violento e di reato contro il patrimonio. All'interno del sottogruppo dei violenti, gli omicidi hanno un minor numero di visite. È un dato per il quale sono possibili diverse interpretazioni: un quadro di diverso impegno sintomatologico o di diverso bisogno soggettivo di assistenza o anche di compliance, ma potrebbe essere anche un effetto di un differente accesso alla visita per differenti sezioni carcerarie o anche di maggiori, magari inavvertite, forme di resistenza da parte dei caregiver.

L'informazione relativa alla farmacoterapia (tabella XII) è presentata sotto forma di prescrizioni di categoria farmacologica per annualità di trattamento per paziente (sono 1801 le annualità complessive) e di numero di introduzioni/sospensioni di categoria farmacologica: questa impostazione ci è sembrata preferibile perché l'informazione sul trattamento, visita per visita, non ci è apparsa – come già anticipato – sufficientemente attendibile. Pertanto, dove appare che più farmaci siano stati prescritti a un singolo paziente nel corso di un'annualità, questo non deve essere inteso con sicurezza come un'associa-



Tabella X. Distribuzione complessiva delle diagnosi.

| | N. vis | | Max vis | Media vis | Media anni | Media vis/a | Ds vis | Ds anni | Ds vis/a |
|------------------------------------|-------------|---------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Doppia diagnosi | 928 | 21,1% | 57 | 6,31 | 1,82 | 3,31 | 7,30 | 1,08 | 2,60 |
| Comorbidità D. d'ansia/Depressione | 644 | 14,6% | 27 | 4,21 | 1,74 | 2,53 | 4,39 | 1,28 | 2,12 |
| D. psicotico | 617 | 14,0% | 56 | 7,62 | 1,95 | 3,57 | 8,87 | 1,35 | 2,46 |
| D. d'ansia | 520 | 11,8% | 20 | 2,07 | 1,23 | 1,63 | 2,15 | 0,61 | 1,12 |
| Depressione | 418 | 9,5% | 20 | 2,90 | 1,57 | 1,86 | 3,30 | 1,26 | 1,32 |
| Nessuna diagnosi | 358 | 8,1% | 11 | 1,46 | 1,12 | 1,28 | 1,06 | 0,41 | 0,64 |
| Comorbidità d. psicotico+d. pers. | 236 | 5,4% | 31 | 9,28 | 2,48 | 4,12 | 6,99 | 1,76 | 2,50 |
| Comorbidità depressione/d. pers. | 171 | 3,9% | 26 | 5,52 | 1,71 | 3,24 | 5,12 | 1,10 | 1,95 |
| D. del sonno | 158 | 3,6% | 13 | 1,78 | 1,15 | 1,51 | 1,64 | 0,39 | 1,07 |
| D. della personalità | 127 | 2,9% | 11 | 3,18 | 1,43 | 2,28 | 2,51 | 0,84 | 1,58 |
| D. correlato a sostanze | 114 | 2,6% | 6 | 1,71 | 1,29 | 1,39 | 1,11 | 0,75 | 0,81 |
| D. bipolare | 79 | 1,8% | 14 | 7,18 | 2,55 | 3,18 | 4,83 | 2,11 | 1,94 |
| D. da funz. intellettivo limite | 38 | 0,9% | 7 | 2,53 | 1,67 | 1,61 | 1,92 | 1,45 | 0,65 |
| Totale | 4408 | 100,0% | 57 | 3,39 | 1,47 | 2,10 | 4,69 | 1,02 | 1,81 |

| visite per diagnosi | | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|------------|----------|----------|
| | SSq | DF | MSq | F | p |
| diagnosi | 5780,923 | 12 | 481,744 | 27,22 | <0,0001 |
| | 22815,525 | 1289 | 17,700 | | |
| Totale | 28596,449 | 1301 | | | |
| visite /anno per diagnosi | | | | | |
| | SSq | DF | MSq | F | p |
| diagnosi | 873,685 | 12 | 72,807 | 27,78 | <0,0001 |
| | 3.378,462 | 1289 | 2,621 | | |
| Totale | 4.252,146 | 1301 | | | |

zione farmacologica. La considerazione della prescrizione per paziente sull'intero periodo considerato avrebbe invece creato un importante bias per i pazienti rimasti per un periodo maggiore alla nostra osservazione.

La categoria farmacologica più utilizzata è stata quella delle benzodiazepine, prescritta con una percentuale del 74,1%; quindi gli antidepressivi di nuova generazione (40%) e gli antipsicotici tipici (27,9%); complessivamente meno utilizzati gli antidepressivi triciclici e di vecchia generazione (in particolare il trazodone, in genere scelto per la funzione ipnotico-sedativa soprattutto nei

Tabella XI. Distribuzione complessiva delle diagnosi.

| Media di vis/a Diagnosi | Reato | | | | | | Totale |
|----------------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| | Altro | Ass.st. maf. | Cr. violento | Legge droga | Reato patr. | Reato sess. | |
| Doppia diagnosi | 7,000 | 2,444 | 4,078 | 2,508 | 4,274 | 3,250 | 3,708 |
| D. d'ansia/d. del sonno | 2,400 | 1,500 | 2,363 | 1,833 | 1,816 | 1,500 | 1,945 |
| Com. d. d'ansia/dep. | | 2,000 | 2,578 | 2,564 | 3,597 | 2,433 | 2,715 |
| Depressione | | 2,500 | 2,111 | 1,847 | 2,150 | 1,000 | 2,041 |
| D. psicotico | 8,000 | | 5,004 | 3,733 | 4,889 | 4,750 | 4,863 |
| DCS | | | 1,100 | 1,275 | 1,519 | | 1,326 |
| Com. d. psic./d. pers. | 4,000 | 3,750 | 2,187 | 4,800 | 5,458 | 4,500 | 4,261 |
| D. della personalità | 1,667 | | 3,800 | 2,042 | 1,000 | | 2,569 |
| Com. dep./d. pers. | 6,000 | | 4,056 | 4,750 | 2,250 | 2,000 | 3,769 |
| D. funz. intell. Limite | 1,000 | | 1,167 | 1,500 | 2,000 | | 1,533 |
| D. bipolare | | | 3,333 | | 3,167 | | 3,222 |
| Nessuna diagnosi | 1,000 | 1,000 | 1,474 | 1,226 | 1,417 | 1,667 | 1,338 |
| Totale | 3,389 | 2,092 | 3,021 | 2,125 | 2,987 | 2,407 | 2,645 |

Visite anno per reato

| | SSq | DF | MSq | F | p |
|--|------------------|-------------|-----------|-----------|--------|
| reato | 83,476 | 5 | 16,695 | 3,49 | 0,0042 |
| | 2.029,523 | 424 | 4,787 | | |
| Totale | 2.112,999 | 429 | | | |
| doppia diagnosi | 82 | | | | |
| visite anno per reato | n | Mean | SD | SE | |
| altro | 25 | 2,680 | 1,669 | 0,3339 | |
| crimine violento + reato patrimoniale | 57 | 4,159 | 2,874 | 0,3806 | |
| t statistic | -2,40 | | | | |
| 2-tailed p | 0,0189 | | | | |

tossicodipendenti) con il 16,6%, i nuovi antipsicotici (10,3%) e gli stabilizzanti (8,6%). Nel 21,9% delle annualità per paziente non è stata effettuata alcuna prescrizione farmacologica.

Sempre a commento della tabella XII notiamo un uso notevole di antipsicotici a scopo sedativo anche al di fuori dei disturbi psicotici, mentre risulta più specifica la prescrizione di antipsicotici atipici. Anche la terapia dei disturbi d'ansia, prevalentemente volta al contenimento dei sintomi, è affidata soprattutto alle benzodiazepine, con un utilizzo complessivamente ridotto di SSRI, largamente utilizzati invece per i disturbi dell'umore e le doppie diagnosi, categorie che – come prevedibile – vedono anche un utilizzo relativo maggiore di triciclici. Nel complesso, poco utilizzati gli stabilizzanti del tono dell'umore, anche



come modulatori dell'impulsività/aggressività, che sono stati destinati prevalentemente al trattamento dei disturbi più gravi (ad esempio, pazienti bipolari). Correlano con una età più giovane i consumi di antipsicotici tipici, di stabilizzanti e, più debolmente, di antidepressivi di vecchia generazione.

La prescrizione di antidepressivi è significativamente maggiore nelle donne rispetto agli uomini, in particolare per i triciclici (riscontro confermato nelle categorie diagnostiche); sono rilevanti le differenze di trattamento tra popolazione extracomunitaria e comunitaria, per un utilizzo inferiore – in particolare di antidepressivi di nuova generazione – con significatività molto elevata nel complesso: in particolare, però, nei disturbi d'ansia, nelle doppie diagnosi e nei disturbi della personalità, non nei disturbi depressivi. Meno utilizzati, tra gli extracomunitari, anche gli antipsicotici di nuova generazione (nelle psicosi e nelle doppie diagnosi in particolare) e diversamente utilizzati gli antipsicotici tipici che sembrano trovare, oltre all'impiego specifico per le psicosi, un più notevole utilizzo come sedativi in altri disturbi.

Nella maggioranza dei casi si sono utilizzate politerapie (50,6%), a fronte di un 26,9% di monoterapie (tabella XIII). La monoterapia appare comunque limitata per lo più alle benzodiazepine (tabella XIV). Nella quasi totalità dei casi le

Tabella XII. Prescrizioni di classi farmacologiche per sottogruppi diagnostici.

| | nt | * | na | * | adt | * | nad | * | bdz | * | st | * | no | * | tot |
|------------------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-------|-------|-----|-------|-----|-------|------|
| D. d'ansia | 50 | 16,6% | | | 21 | 7,0% | 62 | 20,6% | 234 | 77,7% | 9 | 3,0% | 70 | 23,3% | 301 |
| D. bipolare | 9 | 42,9% | 3 | 14,3% | 2 | 9,5% | 19 | 90,5% | 19 | 90,5% | 7 | 33,3% | 2 | 9,5% | 21 |
| Com. d. d'ansia/dep. | 52 | 21,4% | 3 | 1,2% | 69 | 28,4% | 181 | 74,5% | 214 | 88,1% | 12 | 4,9% | 17 | 7,0% | 243 |
| D. da funz. int. lim. | 6 | 27,3% | 2 | 9,1% | 2 | 9,1% | 7 | 31,8% | 15 | 68,2% | 5 | 22,7% | 7 | 31,8% | 22 |
| Depressione | 37 | 18,5% | 15 | 7,5% | 54 | 27,0% | 122 | 61,0% | 136 | 68,0% | 14 | 7,0% | 43 | 21,5% | 200 |
| Doppia diagnosi | 115 | 46,0% | 44 | 17,6% | 72 | 28,8% | 162 | 64,8% | 220 | 88,0% | 35 | 14,0% | 28 | 11,2% | 250 |
| D. psicotico | 101 | 69,2% | 81 | 55,5% | 15 | 10,3% | 46 | 31,5% | 119 | 81,5% | 27 | 18,5% | 7 | 4,8% | 146 |
| D. della personalità | 16 | 29,6% | 4 | 7,4% | 3 | 5,6% | 14 | 25,9% | 38 | 70,4% | 4 | 7,4% | 13 | 24,1% | 54 |
| D. del sonno | 23 | 22,3% | | | 13 | 12,6% | 16 | 15,5% | 83 | 80,6% | 7 | 6,8% | 14 | 13,6% | 103 |
| DCS | 13 | 16,0% | 2 | 2,5% | 4 | 4,9% | 14 | 17,3% | 59 | 72,8% | 2 | 2,5% | 21 | 25,9% | 81 |
| Com. d. psic./D. pers. | 33 | 55,9% | 23 | 39,0% | 19 | 32,2% | 27 | 45,8% | 48 | 81,4% | 20 | 33,9% | 7 | 11,9% | 59 |
| Com. dep./d. pers. | 17 | 34,7% | 4 | 8,2% | 14 | 28,6% | 33 | 67,3% | 44 | 89,8% | 10 | 20,4% | 3 | 6,1% | 49 |
| Nessuna diagnosi | 30 | 11,0% | 5 | 1,8% | 11 | 4,0% | 17 | 6,3% | 106 | 39,0% | 2 | 0,7% | 162 | 59,6% | 272 |
| Totale | 502 | 27,9% | 186 | 10,3% | 299 | 16,6% | 720 | 40,0% | 1.335 | 74,1% | 154 | 8,6% | 394 | 21,9% | 1801 |

* Percentuale sul totale annualità per diagnosi (non in tabella).

** Nt: antipsicotico tipico; na: antipsicotico atipico; adt: antidepressivo triciclico + atipici di vecchia generazione; nad: antidepressivo di nuova generazione; st: stabilizzante dell'umore; no: nessuna farmacoterapia.

altre categorie di farmaci sono utilizzate con le benzodiazepine. Politerapie che comprendano 2 o più farmaci, oltre le benzodiazepine, non sono dunque frequenti salvo che per i disturbi psicotici e la doppia diagnosi (sull'intero campione poco oltre il 20%; per i disturbi citati, rispettivamente, il 45 e il 40% circa) e spesso vedono associato un antipsicotico tipico con un antidepressivo di nuova generazione. Tra i disturbi psicotici, l'associazione tra antipsicotici di vecchia e di nuova generazione è praticata nel 25% circa dei casi.

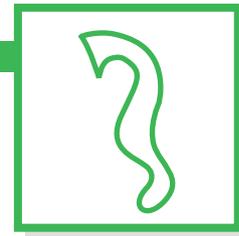
Tabella XIII. Rapporto prescrizioni in monoterapia vs politerapia.

| | | | | | |
|---------------|-------------|---------------|---|-----|-------|
| Monoterapia | 485 | 27% | | | |
| Politerapia | 911 | 50,8% | 2 | 525 | 57,6% |
| | | | 3 | 260 | 28,5% |
| Oltre 3 | | | | 126 | 13,8% |
| Nessuna | 394 | 22% | | | |
| Totale | 1790 | 100,0% | | | |

Tabella XIV. Tipologia prescrizioni di classi farmacologiche in monoterapia vs politerapia.

| | | |
|-----------------|-------------|---------------|
| BDZ | 393 | 21,8% |
| NAD+BDZ | 298 | 16,5% |
| NT+BDZ | 122 | 6,8% |
| NT+NAD+BDZ | 85 | 4,7% |
| ADT+BDZ | 60 | 3,3% |
| ADT+NAD+BDZ | 56 | 3,1% |
| NAD | 46 | 2,6% |
| NT+ADT+NAD+BDZ | 37 | 2,1% |
| NT+NA+BDZ | 31 | 1,7% |
| NT+ADT+BDZ | 28 | 1,6% |
| NT | 26 | 1,4% |
| NA+BDZ | 19 | 1,1% |
| NT+NA+NAD+BDZ | 19 | 1,1% |
| NA+NAD+BDZ | 18 | 1,0% |
| Altro | 158 | 8,8% |
| Nessuna terapia | 394 | 21,9% |
| Totale | 1790 | 100,0% |

Qualche differenza nel trattamento farmacologico di pazienti detenuti per differenti reati è emersa anche a parità di diagnosi: in maniera in parte concordante con quanto visto per il numero delle visite pro capite (dati testati non mostrati in tabella). In sintesi appare che i detenuti per reati patrimoniali



siano recettori di una maggior quantità di prestazioni sia sotto forma di numero di visite che di prescrizione farmacologica, e che i detenuti per reati che sono associati a diagnosi, almeno “sulla carta”, meno gravi (ovvero mafiosi e spacciatori) siano trattati – all’interno delle singole categorie diagnostiche – con un numero di farmaci superiore a quello dei detenuti per crimini violenti, cui sarebbero prescritti in misura inferiore in particolare nuovi antidepressivi e benzodiazepine.

Si potrebbe forse ipotizzare una migliore tolleranza del sintomo, e magari della condizione carceraria, da parte dei criminali violenti rispetto ai detenuti per reati a “soglia” inferiore. Ricordiamo però anche che gli autori di crimine violento godono di un output superiore come numero di visite, indipendentemente dalla diagnosi.

Tabella XV. Tipologia percorsi prescrittivi in funzione delle classi farmacologiche.

| Farmaci | Continuazione | Sospensione | Reinserimento | R sosp/cont | R reins/sosp |
|----------------------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| Antipsicotico tipico | 102 | 63 | 4 | 0,6176 | 0,0635 |
| Antipsicotico atipico | 34 | 27 | 6 | 0,7941 | 0,2222 |
| Antidepressivo di 1° generazione | 45 | 43 | 3 | 0,9556 | 0,0698 |
| Antidepressivo di 2° generazione | 153 | 58 | 4 | 0,3791 | 0,0690 |
| Benzodiazepine | 337 | 58 | 10 | 0,1721 | 0,1724 |
| Stabilizzanti dell'umore | 22 | 15 | 1 | 0,6818 | 0,0667 |

Osservando la tabella XV, che riguarda l’inserimento, la continuazione, la sospensione e la reintroduzione dei farmaci – dati questi ultimi che il disegno dell’analisi rende possibile solo per i pazienti restati in trattamento per oltre una annualità – e, in particolare, il rapporto tra sospensioni e continuazioni di trattamento, si nota come sia pressoché la regola un trattamento temporaneo con antidepressivi di vecchia generazione, e siano frequenti anche le sospensioni di antipsicotici e stabilizzanti. Gli antidepressivi di nuova generazione e, soprattutto, le benzodiazepine sono invece usati più continuativamente. Appare infrequente la reintroduzione di un farmaco precedentemente sospeso, tranne che per gli antipsicotici atipici e, ancora, le benzodiazepine.

CONCLUSIONI

A completamento di questi dati vogliamo aggiungere qualche cenno in relazione all’evoluzione del target e dell’output delle prestazioni effettuate nel corso del progetto, ricordando ancora che la gestione del servizio è evoluta nel corso del 1998 da esclusivamente libero-professionale (consulenti esterni a gettone nel primo semestre) ad una convenzione diretta Carcere/DSM (dal secondo semestre 1998 a tutto il 2003).

Un’evoluzione “qualitativa” è documentabile dal riscontro che alcune cate-

gorie diagnostiche, più di altre, hanno visto aumentare la loro rappresentazione: in particolare le doppie diagnosi, quindi i disturbi del sonno, la comorbilità ansia/depressione e i disturbi d'ansia puri, mentre progressivamente sempre meno incrementati appaiono i disturbi più gravi; anzi, la rappresentazione dei disturbi psicotici come numero di pazienti (non di visite) rivela un trend in diminuzione. L'interpretazione più semplice spiega tale riscontro, da una parte, con una sempre maggiore disponibilità del servizio di consulenza a farsi carico anche di disturbi apparentemente meno gravi, che in precedenza probabilmente non avevano accesso al servizio stesso, nonché con una maggiore attenzione diagnostica per quanto riguarda la doppia diagnosi (vedi l'instaurarsi di un proficuo rapporto con l'Unità Operativa SERT) nonché per i disturbi psicotici (probabilmente per uno screening più accurato e una minor probabilità di misdiagnosi con altri gruppi diagnostici "limitrofi").

Il numero elevato di pazienti che non presentano patologia, relativamente costante, può essere indicatore di un fenomeno di simulazione o almeno di captatività pseudo-assistenziale che si incontra di frequente nella pratica medica penitenziaria (vedi altri contributi di questo volume, in particolare quello di Nivoli et al.).

L'output è diminuito nel 1998, nell'anno del passaggio di gestione; poi è salito bruscamente l'anno successivo e si è incrementato progressivamente fino quasi a triplicarsi dall'inizio del progetto. I nostri dati complessivi, in corso di elaborazione⁶³, evidenziano un trend di crescita del tutto analogo sia per numero di pazienti sia per numero di visite; questo significa che l'output è aumentato soprattutto perché l'accesso al servizio è stato ampliato ad un numero sempre più elevato di utenti. Effettivamente, la media della visite per paziente è cresciuta nel passaggio di gestione, ma si è poi mantenuta costante. L'andamento del numero medio di visite per diagnosi è certamente più caotico: si può comunque osservare come esso sia cresciuto notevolmente per le doppie diagnosi e le psicosi e sia diminuito per i disturbi di personalità "puri". In effetti si sono volute privilegiare le diagnosi più gravi di asse I, mentre il disturbo della personalità è stato in qualche modo dato per "scontato" insieme con la condizione criminale in quanto bisognoso di assistenza soprattutto nei casi di evidente impulsività auto/eterodiretta.

Un'altra osservazione di carattere generale riguarda, in particolare, il primo anno di studio, nel quale abbiamo visto una più scarsa selettività della diagnosi sul numero medio di visite, con una netta differenza nel numero medio di visite per diagnosi presumibilmente "gravi" e "non gravi", e con un certo privilegio per i pazienti portatori di disturbo di asse II.

Infine, nel tempo, è progressivamente diminuito l'utilizzo dei farmaci di vecchia generazione a favore dei farmaci di nuova generazione, sia nella categoria degli antipsicotici che in quella degli antidepressivi: in particolare, come lecito attendersi, rispettivamente nelle categorie dei disturbi psicotici e dei disturbi ansioso-depressivi.

L'utilizzo complessivo di antipsicotici tipici si è quasi dimezzato, e il loro impiego si è ridotto in misura ancora maggiore nei disturbi per i quali non è indicazione elettiva (in particolare nelle comorbilità di disturbi depressivi).

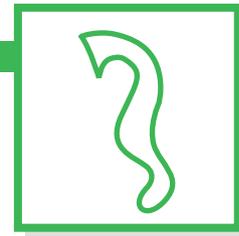
Concludendo, al termine del progetto di gestione dipartimentale del servizio

psichiatrico di consulenza carceraria, la nostra analisi conferma l'elevato bisogno di assistenza psichiatrica penitenziaria più volte evidenziata dalla letteratura⁶⁴⁻⁶⁷. Tale bisogno proviene da utenti appartenenti a un vasto ventaglio di categorie diagnostiche e anche da utenti per cui non si giunge poi ad alcuna diagnosi psichiatrica effettiva. In assoluto, la sottopopolazione dei detenuti extracomunitari sembra avere, complessivamente, una minore percentuale di diagnosi di comorbidità. La diagnosi di psicosi è associata alla detenzione per crimine violento. I detenuti per reati connessi agli stupefacenti non hanno diagnosi di disturbo correlato a sostanze in misura superiore agli altri e hanno un quadro psicopatologico complessivamente meno grave.

Il carico assistenziale è condizionato, *in primis*, dalla psicopatologia diagnosticata ed è più elevato per i pazienti psicotici e comorbili (con il caso particolare della doppia diagnosi), poi dagli eventuali tentativi di suicidio, mentre in misura notevolmente inferiore dal sesso (minore per gli extracomunitari, in relazione ad una minor frequenza di diagnosi comorbili; comunque maggiore per le donne) e anche dalla tipologia di reato (con modalità complesse; sommariamente, è maggiore per gli autori di reati patrimoniali e crimini violenti, ma tra questi è minore per gli omicidi).

L'assistenza farmacologica si avvale per lo più di politerapie e privilegia le benzodiazepine e gli antidepressivi di nuova generazione; gli antipsicotici sono largamente usati a scopo specifico per i disturbi psicotici, ma con una certa frequenza, in particolare quelli tipici, anche a scopo ipnotico e sedativo. Il passaggio alla gestione da parte del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. San Paolo ha portato a un netto miglioramento dell'erogazione del servizio sia per quantità che per qualità (quantomeno in relazione al confronto con i due anni precedenti). Sono infatti aumentati, in parallelo, il numero dei pazienti in carico, con un allargamento anche a portatori di patologie meno gravi, e il numero delle visite, mentre la variazione del numero medio delle visite pro capite per categoria diagnostica mostra un'attenzione maggiore e più selettiva per i disturbi complessi (in particolare le doppie diagnosi, ma anche le altre comorbidità). Anche il trattamento farmacologico si è evoluto verso l'utilizzo di farmaci di nuova generazione e un utilizzo comunque più selettivo degli antipsicotici.

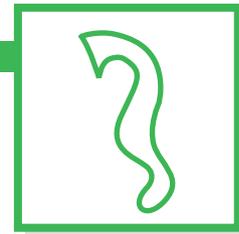
Rimane il rimpianto, verificata a fondo l'ampia mole del lavoro fatto e le interessanti indicazioni preliminari derivatene, per l'impossibilità di "portare a termine l'opera" e mettere a regime il Servizio: ciò deriva, evidentemente, dalla scarsa sensibilità di chi non ha permesso di proseguire questa esperienza limitandone progressivamente risorse e possibilità di espansione. Il lavoro dello psichiatra in carcere rimane comunque un pilastro determinante della visione clinica orientata alla psichiatria sociale e di comunità che dovrebbe sempre più permeare l'approccio dentro e fuori le istituzioni.



Bibliografia

1. Lamb HR, Schock R, Chen PW, Gross B. Psychiatric needs in local jails: emergency issues. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 774-7.
2. Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 483-92.
3. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: a review. *Psychiatr Serv* 1999; 50/7: 907-13.
4. Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *New Dir for Ment Health Serv* 2001; 90: 29-49.
5. Andersen HS. Mental health in prison populations. A review-with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* 2004; 424: 5-15.
6. 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.
7. Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T, et al. Psychopathy and psychopathological profiles in prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 33-9.
8. Badger D, Vaughan P, Woodward M, Williams P. Planning to meet the needs of offenders with mental disorders in the United Kingdom. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1624-7.
9. Birmingham L, Mason D, Grubin D. Prevalence of mental disorders in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ* 1996; 313: 1521-4.
10. Brinded PM, Simpson AI, Laidlaw TW, et al. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Austr New Zealand J Psychiatry* 2001; 35: 166-73.
11. Brink JH, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24: 339-56.
12. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorders in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 1524-7.
13. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 774-80.
14. Coid J, Petruckevitch A, Bebbington P, et al. Ethnic differences in prisoners. I: Criminality and psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 473-80.
15. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-50.
16. Langeveld H, Melhus H. Are psychiatric disorders identified and treated by in-prison health services? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 26; 124: 2094-7.
17. Leonard S. The development and evaluation of a telepsychiatry service for prisoners. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 461-8.
18. Murray K, Akinkunmi A, Lock M, Brown R. The Bentham Unit: a pilot remand and assessment service for male mentally disordered remand prisoners. I: Clinical activity in the first year, and related ethical, practical and funding issues. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 456-61.
19. Nolan KA, Volavka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1999; 50/6: 787-92.
20. Peters RH, LeVasseur ME, Chandler RK. Correctional treatment for co-occurring disorders: results of a national survey. *Behav Sci Law* 2004; 22: 563-84.
21. Powell TA, Holt JC, Fondacaro KM. The prevalence of mental illness among inmates in a rural state. *Law and Human Behaviour* 1997; 21: 427-37.
22. Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni M, et al. Juvenile mortality, mental disturbances and criminality: a prospective study of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97: 5-9.
23. Singleton N, Meltzer H, Gatward R, et al. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. London: HMSO, 1998.

24. Siriwanarangsana P, Liknapichitkul D, Khandelwal SK. Thailand mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004; 16: 150-8.
25. Smith H, Sawyer DA, Way BB. Correctional mental health services in New York: then and now. *Psychiatr Q* 2004; 75: 21-39.
26. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, et al. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 840-5.
27. Penrose LS. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *Br J Med Psychology* 1939; 18: 1-15.
28. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 322: 123-6.
29. Priebe S, Turner T. Reinstitutionalisation in mental health care. *BMJ* 2003; 320: 175-6.
30. Banerjee S, O'Neill-Byrne K, Exworthy T, Parrott J. The Belmarsh Scheme. A prospective study of the transfer of mentally disordered remand prisoners from prison to psychiatric units. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 802-5.
31. Ditton PM. Mental health and treatment of inmates and probationers. Washington: U.S. Bureau of Justice Statistics, 1999.
32. Draine J, Solomon P. Describing and evaluating jail diversion services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 1999; 50/1: 56-65.
33. Evans C, Oyebode D. From homicide inquiries to high secure hospital inquiries: a decade of social and political restrictive pressure on forensic psychiatry. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2000; 9: 234-40.
34. Fisher WH, Packer IK, Simon LJ, Smith D. Community mental health services and the prevalence of severe mental illness in local jails: are they related? *Admin Policy Ment Health* 2000; 27: 371-82.
35. Gunn J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 332-8.
36. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, et al. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50/1: 62-8.
37. Hodgins S. The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24: 427-46.
38. Hore T. Prisoners are among the most vulnerable and least well-served of all people using mental health services. *Ment Health Today* 2004; Sept 20.
39. Lamberg L. Efforts grow to keep mentally ill out of jails. *JAMA* 2004; 292: 555-6.
40. Lindqvist P, Skipworth J. Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *Br J Psychiatry* 2000; 170: 320-3.
41. Maden A, Rutter S, McClintock T, et al. Outcome of admission to a medium secure psychiatric unit. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 313-6.
42. Mullen PE. Forensic mental health. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 307-11.
43. Peternelly-Taylor CA, Johnson RL. Serving time: psychiatric mental health nursing in corrections. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995; 33: 12-9.
44. Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, et al. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 947-51.
45. Roskes E, Feldman R. A collaborative community-based treatment program for offenders with mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1614-9.
46. Project Link, Department of Psychiatry, University of Rochester, Rochester, New York. Prevention of jail and hospital recidivism among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50/11: 1477-80.
47. Vandevelde S, Broekaert E, Yates R, Kooyman M. The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the 'democratic' Maxwell Jones TC and the hierarchical concept-based TC in prison. *Int J Soc Psychiatry* 2004; 50: 66-79.
48. Wexler HK. The promise of prison-based treatment for dually diagnosed inmates. *J Subst Abuse Treat* 2003; 25: 223-31.



49. Modestin J, Berger A, Ammann R. Mental disorder and criminality male alcoholism. *J Nerv Ment Disease* 1996; 184: 393-402.
50. 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.
51. Carrà G, Giacobone C, Pozzi F, et al. Prevalenza di disturbi mentali e trattamenti correlati in una casa circondariale: uno studio di 20 mesi di casi consecutivi. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2004; 13: 47-54.
52. Gilligan J. The last mental hospital. *Psychiatr Q* 2001; 72: 45-61.
53. Konrad N. Prisons as new asylums. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 583-7.
54. CED della Corte Suprema di Cassazione-Redazione internet (2003). Legislazione Medicina Penitenziaria (online). Roma: Ministero della Giustizia. April 21, 2003, from: www.giustizia.it/cassazione/leggi/Med_pen.htm Legislazione
55. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - sezione statistica (2002). Amministrazione penitenziaria - Statistiche sull'esecuzione negli istituti penitenziari. July 4, 2003, from www.giustizia.it/statistiche/statistiche_dap/organigramma.htm
56. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali. Il sistema penitenziario italiano. Dati e analisi (Solvetti LM ed.). Roma: Ministero della Giustizia, 2003.
57. Fioritti A, Melega V. Italian forensic psychiatry: a story to be written. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2000; 9: 219-26.
58. Traverso GB, Ciappi S, Ferracuti S. The treatment of the criminally insane in Italy. An overview. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23: 493-508.
59. 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.
60. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. DSM-IV). Washington: American Psychiatric Press, 1994.
61. Stata Corporation. Stata Statistical Software: Release 7.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2001.
62. Abraham KM, Teplin LA, McClelland GM. Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1007-10.
63. Clerici M, Bertolotti Ricotti P, Marasco M, et al. Percorsi e flussi assistenziali in un servizio di consulenza psichiatrica penitenziaria (sottoposto per la pubblicazione, 2006).
64. American Psychiatric Association. Psychiatric services in jails and prisons (2nd edition). Washington: American Psychiatric Press, 2000.
65. Simon RI. Psychiatry and law for clinicians. *Coincise Guides*. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
66. Skodol AE (ed.). Psychopathology and violent crime. *Review of Psychiatry Series n° 17*. Washington: American Psychiatric Press, 1998
67. Tardiff K. Assessment and management of violent patients. *Coincise Guides*. Washington: American Psychiatric Press, 1996.

Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del DSM di Genova

LUIGI FERRANNINI, PAOLO FRANCESCO PELOSO,
MAURIZIO CECHINI, MARCO DEMARTINI

Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria n. 3, Genova

RIASSUNTO

La detenzione rappresenta un'esperienza antropologica particolare sotto molteplici profili (corpo, tempi, spazi e reciproci rapporti) ed entrare in carcere significa imbat-
tersi in una molteplicità di dimensioni, di sfaccettature, di problemi che contribui-
scono a plasmare e rendere peculiare in quel luogo ciascuna esperienza di sofferenza
e malattia. L'ingresso dello psichiatra in carcere determina perciò un farsi particolar-
mente stretto del nesso tra clinica e contesto e il fatto di trovarsi spesso di fronte alla
possibile alternativa tra soluzioni maggiormente spostate sull'uno o sull'altro di que-
sti versanti.

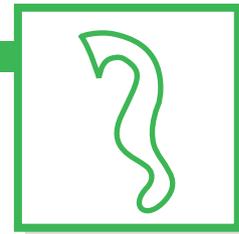
Scopo di questo articolo è riflettere sulle conseguenze dell'ingresso del dipartimento
di salute mentale (DSM) in carcere a partire dall'esperienza diretta e su quali inter-
venti sul piano culturale, logistico e organizzativo siano necessari, sia nella realtà
della prigione che in quella del DSM, perché le necessità terapeutiche degli autori di
reato sofferenti di una malattia mentale possano trovare, sia nel carcere che nella
società, risposte adeguate.

Parole chiave: psichiatria, carcere, dipartimento di salute mentale.

SUMMARY

Being in jail is ever a particular experience under many anthropological profiles
(body, time, space and mutual relations), and to enter the jail means for the psychia-
trist to meet many problems that contribute to mould and to make peculiar in that
place every experience of suffering and illness. With the psychiatrist's entry in the
jail, the connection between clinic and context becomes particularly evident and
strong, and a choice between alternative solutions mostly moved on the one or on
the other of these sides becomes often possible. The purpose of this article is to
reflect on the consequences of the entry of the mental health department in the jail
basing on a direct experience, to stress some ethical issues and to propose and dis-
cuss some interventions on the logistic, organizational and cultural side, both in the
reality of the jail and in that of the mental health department itself.

Key words: psychiatry, jail, mental health department.



Da circa quattro anni il dipartimento di salute mentale (DSM) di Genova ha attivato un servizio di consulenza psichiatrica presso il carcere di Marassi, un istituto di circa 800 detenuti, per circa la metà in attesa di giudizio. L'intervento in carcere rappresenta per noi, da una parte, un punto di arrivo; dall'altra, un punto di partenza. È innegabile, infatti, il percorso di crescita che l'integrazione tra le diverse strutture del Dipartimento aveva consentito nei cinque anni precedenti: servizi territoriali, ospedalieri e residenziali – tra i quali il dialogo era stato in precedenza non spesso facile per la frammentazione dei centri di responsabilità ed il conseguente sedimentarsi e separarsi di abitudini e culture – collaboravano finalmente alla formulazione di progetti comuni, al centro dei quali venivano ricollocati i bisogni e le necessità del paziente.

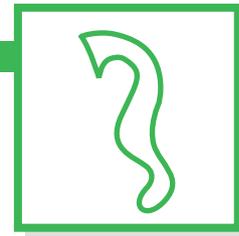
Il carcere rimaneva però ancora, come già scrivevano Dell'Acqua et al.¹ riferendosi all'inizio del loro più che ventennale intervento nelle carceri triestine, “il punto incontrollato del complesso percorso che definisce il circuito della domanda psichiatrica; in questo luogo separato e impenetrabile il malato scompariva, talora anche per venir inviato all'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), salvo poi a ricomparire con domande, problemi, necessità più acute e con un potere contrattuale ridotto al minimo tollerabile”. Di qui la necessità d'intervenire ed estendere la nostra presenza nel territorio all'interno di quel luogo per definizione separato, rispondendo positivamente alla richiesta della direzione dell'istituto, e incominciare a confrontarci con le sue peculiarità, le sue regole, le pratiche in esso consolidate².

La nostra attività ha riguardato, in un primo tempo, solo l'area del “Centro Diagnostico Terapeutico” riservata alle patologie correlate all'AIDS e quella del “Reparto Rischio”, uno strumento previsto dal 1987 nell'ambito del Servizio Nuovi Giunti e finalizzato allo screening iniziale e al monitoraggio delle situazioni a rischio di comportamenti aggressivi autodiretti e/o di subire violenza, dimostratosi purtroppo negli anni successivi insufficiente e sostanzialmente incapace di ulteriore evoluzione³. È stata poi estesa alla totalità del lavoro di consulenza psichiatrica nel carcere e, attualmente, si esplica attraverso un'attività assistenziale di secondo livello consistente nella risposta alle richieste di consulenza, effettuate in genere dal medico di sezione, e nella visita psichiatrica settimanale ai detenuti collocati presso il “Reparto Rischio”, dove è previsto come unico trattamento psichiatrico specifico la visita dello specialista e la somministrazione di psicofarmaci, ma dove sono almeno presenti condizioni ambientali più compatibili con situazioni di fragilità emotiva rispetto a quelle delle sezioni ordinarie.

Per i casi di gestione istituzionale più complessa non è infrequente il ricorso all'OPG, anche per le obiezioni che regolarmente incontra l'invio in ospedale civile, problematico per il carcere per la necessità di reperire gli organici per il piantonamento.

I soggetti visitati sono tutti ovviamente maschi; la fascia di età maggiormente presente è quella tra i trenta e i quarant'anni; la nazionalità in prevalenza italiana, ma sono ben rappresentati i paesi del Maghreb e, in minor misura, i Balcani.

I problemi nei quali ci siamo imbattuti ci sono parsi solo in minima parte specifici delle singole situazioni e, perlòpiù, ci è stato invece possibile ritro-



vare un riferimento nella letteratura internazionale dedicata all'argomento. Questo è stato, ad esempio, il caso delle linee-guida dell'American Psychiatric Association (APA), recentemente pubblicate anche in Italia⁴. Il carcere sembra infatti ubiquitariamente svelare il suo carattere di istituzione caratterizzata da una diffusa condizione di "povertà", una povertà che di volta in volta può maggiormente configurarsi come povertà di diritti o di risorse, o degli uni e delle altre al tempo stesso.

Abbiamo così preso coscienza⁵ di come l'ingresso del DSM in carcere consenta certo l'apertura di nuovi scenari operativi di estremo interesse, ma implichi anche problemi d'identità di non trascurabile spessore. Tali problemi possono essere sostanzialmente ricondotti a quelli che abbiamo definito, rispettivamente, rischi di riduzione clinica e rischi di affiliazione.

I primi hanno a che fare con una riflessione in genere insufficiente intorno alla peculiare esperienza antropologica (corpo, tempi, spazi e reciproci rapporti) che la detenzione rappresenta e ai suoi rapporti con la salute mentale. La consulenza psichiatrica rischierà così di focalizzarsi su un sintomo o, tutt'al più, un quadro sindromico, e di colludere con la tendenza del carcere ad omologare, per semplificazione, bisogni e risposte, variabili oggettive come posizione giuridica, socio-economica, salute, ecc., ma anche soggettive, come stato d'animo, personalità, biografia e problemi concomitanti. Nel carcere, invece, anche situazioni stabilizzate possono facilmente precipitare di fronte a una cattiva notizia in famiglia o sulla salute o al fallimento di un'aspettativa o di un progetto, mentre situazioni di grave sofferenza o malattia possono migliorare improvvisamente all'annuncio della liberazione.

I rischi di affiliazione hanno invece a che fare con il travisamento della presenza dello psichiatra come elemento di per sé significativo di miglioramento e umanizzazione del carcere e/o per il trattamento criminologico del detenuto. Estremizzando, da un lato come un alleato del detenuto, desideroso di esportare i criteri umanitari della legge 180 all'interno o, all'opposto, un membro in più, sbrigativamente accorpato allo staff della Direzione, chiamato a contribuire con ragionevolezza al buon funzionamento dell'istituzione e/o alla redenzione morale del suo ospite involontario.

Si aprono così rischi di peso eccessivo, quali: tendenza alla trasformazione del carcere in manicomio e degli agenti di P.P. in infermieri o, reciprocamente, attribuzione di eccessive responsabilità allo psichiatra nella determinazione di qualità e quantità della pena intramuraria. Ma anche: sottovalutazione del rilievo etico e deontologico che alcuni atti medici possono assumere in quel particolare contesto; psichiatrizzazione del disagio intracarcerario o della protesta; inconsapevole contributo alla frammentazione specialistica degli assetti istituzionali.

Tra i rischi di eccessiva debolezza ricordiamo invece:

- ◆ scarsa incisività sulle possibilità concrete di salute mentale per il singolo detenuto e per l'istituzione;
- ◆ commistione tra ragioni della cura e della pena e confusione, quindi, tra quello che è diritto della persona, perché indispensabile alla tutela della sua salute (mentale) e a criteri di umanità, e ciò che invece è premiale e

quindi non riguarda il DSM che ha per obiettivo la salute e non la redenzione morale;

- ◆ subalternità alle regole di convivenza tra i detenuti.

Lo psichiatra corre continuamente il rischio di trasformarsi in curante-guardiano (dal punto di vista del detenuto) o in curante-guardiano-dei-guardiani (da quello dell'istituzione) e divenire all'uno e all'altra sospetto per queste ragioni. Nel carcere, ancor più che in Ospedale Civile, il suo ruolo può essere trascurato e le sue competenze e la loro utilità continuamente messe in dubbio, finendo egli con l'essere delegato alla sola presa in carico dei disturbatori e alla copertura medico-legale del rischio suicidario. Vengono a tal proposito citati Mérot e Dubec⁶, per i quali “non ci si domanda se lo psichiatra sa o può veramente; l'importante è essere coperti, essere scaricati da ogni responsabilità morale e amministrativa, invocando l'onnipotenza magica di un personaggio che permetterà d'annullare l'angoscia di morte”. Il carcere, del resto, è – di per sé – un fattore di forte incremento del rischio suicidario⁷, un incremento che peggiora ulteriormente in presenza di sovraffollamento o di un atteggiamento restrittivo nella concessione di misure alternative per problemi di salute in genere e di salute mentale. Ma – ancora per Sénon et al.⁸, che denunciano un continuo incremento di suicidi nelle carceri francesi nel corso degli anni '90 – anche nel caso di stranieri a rischio di espulsione, anziani, condannati a pene lunghe, accusati di reati sessuali e soggetti in attesa di giudizio.

Entrare in carcere significa imbattersi in una molteplicità di dimensioni, di sfaccettature, di problemi che contribuiscono a plasmare e rendere peculiare in quel luogo ciascuna esperienza di sofferenza e malattia. Nessuna psichiatria, oggi, può evitare di tenere conto del contesto; ma in questo spazio ristretto ed eterogovernato come una sorta di falansterio o di laboratorio – le riflessioni di Goffmann⁹ e di Foucault¹⁰ sono illuminanti in proposito – l'intervento psichiatrico risente del contesto in modo fisicamente più vincolante, più stretto di quanto avviene fuori, perché il corpo, il tempo e lo spazio dell'incontro sono, non ci fossero che le sbarre a ricordarlo, inevitabilmente un corpo, un tempo e uno spazio prigionieri.

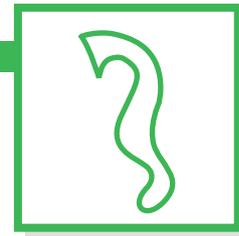
Su tutto gravano i problemi del sovraffollamento, della convivenza tra individui di età, nazionalità, grado di cultura, dimestichezza col carcere, usi e regole, mentalità, situazione giuridica e destino penale diversi, della presenza di malati a volte anche persino potenzialmente terminali e di portatori di gravi problemi di salute mentale. Sebbene sembri impossibile dimenticarlo, spesso la nostra consulenza rischia di focalizzarsi su un sintomo (insonnia, depressione, intenzione suicidaria, ecc.) ed evitare di contestualizzare, approfondire, cogliere relazioni, entrare nel merito di decisioni delle quali (questa è una differenza rispetto al manicomio) non è la psichiatria ad avere le chiavi ed esse sono invece distribuite, frammentate tra molti soggetti (chi decide il destino del corpo detenuto? Entro certi limiti gli agenti visibili del controllo, Polizia Penitenziaria e Direzione, ma poi anche poteri più impalpabili, invisibili, esterni quali Magistratura ordinaria, di sorveglianza, Ministero della Giustizia, ecc.). E ciò, anche quando è impossibile scotomizzare il nesso

profondo che lega la sofferenza emotiva specifica di quell'uomo, in quel momento, e la detenzione, con i mille significati che questo termine racchiude, e anche le condizioni spaziali specifiche in cui essa è operante: il sovraffollamento (nel nostro carcere la presenza a fine anno è stata sotto i 500 detenuti negli anni 1990-1996 ed è di 759 alla fine del 1999¹¹, i problemi della cella, i tempi di apertura delle porte, le opportunità di socialità interna ma anche di incontro – almeno telefonico – col fuori, il carattere più centrale o più isolato degli spazi. E poi quelle temporali: che cosa significhi in termini di fragilità emotiva, in quella situazione in cui ogni emozione può essere amplificata all'infinito dalla ristrettezza degli spazi e dalla dilatazione dei tempi, il rigetto della domanda per una telefonata o un cambio di cella, di una sospensione di pena, il fallimento di un progetto di semilibertà o di affidamento esterno; caso per caso, situazione per situazione.

Di fronte al carcere che, per semplicità, è costantemente impegnato in un lavoro di omologazione, addirittura tra imputati – con il loro carico di angosciose incertezze sul destino giudiziario e, a volte, l'innocenza disperatamente e inutilmente ribadita – e condannati, compito dello psichiatra è costantemente quello di ribadire che le situazioni sono diverse una dall'altra e diversi sono i momenti all'interno di una stessa situazione. Che se certo è vero che “il carcere sceglie i suoi ospiti tra coloro che hanno meno opportunità sociali, sono meno garantiti nella società e durante il processo”¹² – oggi extracomunitari e tossicodipendenti in primo luogo – è altrettanto vero che anche tra costoro la pena cambia, è più o meno dolorosa, a seconda di variabili soggettive – stato d'animo, personalità, biografia e problemi concomitanti (di salute, di famiglia, ecc.) – che l'ascolto dello psichiatra, se attento, tende a far emergere.

L'ingresso dello psichiatra in carcere determina, abbiamo detto, un farsi particolarmente stretto e immediatamente percepibile del nesso tra clinica e contesto, spesso il trovarsi di fronte alla possibile alternativa tra soluzioni maggiormente spostate sull'uno o sull'altro di questi versanti: una crisi d'ansia o un problema di insonnia possono essere risolti con le benzodiazepine o talvolta solo con l'ascolto, ma anche con una telefonata o un cambio di cella; un grave stato depressivo può trovare immediata copertura contro il rischio suicidario nello spostamento al “Reparto Rischio” – il che implica riduzione delle opportunità di socialità e temporanea sospensione di tutte le attività trattamentali (lavoro, scuola, ecc.) – ma soluzione di più ampio respiro nella scelta opposta, di agevolare l'inserimento nel lavoro interno, in un corso scolastico o in altre opportunità di impiego sensato del tempo. Abbiamo visto situazioni tranquille precipitare improvvisamente di fronte a una cattiva notizia in famiglia o sulla salute, o al fallimento di un'aspettativa o di un progetto, e situazioni che non abbiamo motivo di ritenere non fossero di grave sofferenza emotiva o anche di compromissione psicotica migliorare improvvisamente all'annuncio della liberazione (e non riteniamo che il ricorso alla desueta e colpevolizzante categoria della simulazione lo possa spiegare).

La domanda di salute mentale che oggi vediamo emergere, e alla quale siamo consapevoli di offrire risposte raramente adeguate a standard anche minimi di qualità, non rappresenta che la punta di un iceberg; ben maggiori



sono i reali bisogni di salute mentale della popolazione detenuta e la consulenza specialistica appare strumento evidentemente inadeguato a farvi fronte. Per questo, avvertiamo sempre più chiaramente l'esigenza di rinforzare, da una parte, la disponibilità di risorse e di strumenti per il nostro intervento dentro il carcere e, dall'altra, quella di individuare, oltre il muro del carcere, un contesto teorico e pratico col quale il nostro intervento possa articolarsi. Occorre quindi, all'interno, pensare a una maggiore articolazione e complessità della risposta, a partire dalla disponibilità di spazi e strumenti differenziati di gestione dei diversi problemi, e dell'evoluzione dello stesso problema nel tempo.

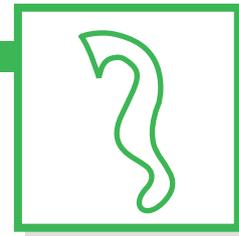
Certo abbiamo ben presente come per un intervento coerente sulla salute mentale nelle carceri sarebbe necessario che, contestualmente, il detenuto si sentisse considerato soggetto portatore di diritti – innanzitutto sanitari ma non solo – da tutti i molteplici attori che animano a vario titolo la scena della penalità, e che il miglioramento della qualità della vita e degli standard di assistenza sanitaria e organizzazione nelle nostre prigioni diventasse finalmente per tutti un obiettivo del quale la salute mentale non rappresenta che una modesta porzione.

E come solo in un contesto trasformativo di tal fatta potrebbe avere senso un intervento specifico per la salute mentale che, partendo dalla constatazione di esperienze di servizi psichiatrici intracarcerari in più o meno stretta continuità con servizi psichiatrici esterni attive da molti anni in Francia, Canada o Gran Bretagna, provi a immaginare soluzioni organizzative anche per il nostro contesto.

Nel carcere di Kingston (Canada), Conacher¹³ individua le caratteristiche fondamentali di una buona assistenza psichiatrica intracarceraria nella presenza di psichiatri per un tempo sufficiente, la possibilità di rapido accesso ai reparti psichiatrici ospedalieri, l'assessment precoce del malato di mente autore di reato, l'opportunità di perseguire la stabilizzazione in un ambiente sicuro che consenta a staff e paziente di interagire col minore timore possibile per la sicurezza personale, la disponibilità di un processo indipendente di valutazione dell'idoneità del paziente a un ritorno in condizioni di sicurezza sul territorio, che può prevedere condizioni di efficace presa in carico e controllo nella comunità al momento della scarcerazione.

In Francia la legge del 18 gennaio 1994 inserisce a pieno titolo le carceri nel settore – l'unità territoriale nella quale è articolata l'organizzazione psichiatrica francese – e impegna le équipes psichiatriche del servizio pubblico in un lavoro nuovo per il quale Sénon et al.¹⁴ propongono, in analogia con l'intervento psichiatrico sull'ospedale civile con il quale presenta molti aspetti di affinità, il modello della *psichiatria di liaison*. Il riferimento a questo modello ormai consolidato dovrebbe infatti contribuire a scongiurare i rischi di deriva sotto il profilo etico-deontologico, sui quali già ci siamo soffermati, e quelli di isolamento dal contesto psichiatrico generale, ai quali l'équipe psichiatrica intracarceraria deve essere considerata particolarmente esposta.

“La prigione – scrivono infatti questi autori – ha bisogno del contributo del servizio ospedaliero (*nel nostro caso del DSM*), ma della sua rete, e non di una équipe super specializzata rinchiusa e distante dall'evoluzione etica e strutturale delle pratiche ospedaliere. La prigione ha bisogno di un'équipe di



psichiatria ospedaliera, e non di curanti divenuti essi stessi *carcerari* nel corso degli anni”.

Molteplici sono gli elementi che, per Sénon et al.¹⁴, potrebbero autorizzare il riferimento alla *psichiatria di liaison* – i cui elementi centrali già Lipowski¹⁵ individuava nella “presa in carico individuale delle patologie specifiche al contesto e azioni sull’istituzione accogliente” – in ambito penitenziario. Tra tutti, ricordiamo:

- ◆ il fatto di realizzarsi in un luogo diverso da quelli di esercizio abituale della psichiatria, di costituire cioè una sorta di “psichiatria in casa altrui”;
- ◆ di dover rinegoziare quotidianamente i propri strumenti di cura e l’ambito d’intervento in funzione della qualità delle relazioni stabilite con l’istituzione accogliente e di un equilibrio di potere in costante negoziazione;
- ◆ i rischi continui di esclusione e di chiusura, tanto rispetto all’*équipe* psichiatrica dalla quale si proviene quanto all’interlocutore al quale ci si propone;
- ◆ l’elemento costante di innovazione e sperimentazione rispetto a pratiche e ambiti consolidati;
- ◆ l’attenzione necessaria al mantenimento della propria identità e della propria etica;
- ◆ l’importanza che il corpo mutilato, imprigionato e liberato viene ad assumere nella relazione;
- ◆ l’esigenza di una contestuale attenzione al paziente e all’istituzione che lo contiene e al rischio di passaggio all’atto dell’uno e dell’altra.

Per parte nostra¹⁶, riteniamo che il duplice riferimento alla duplice esperienza di collegamento rappresentata dalla *psichiatria di liaison* in ambito ospedaliero, e dall’esperienza del lavoro di rete maturata nell’ambito della psichiatria territoriale italiana, ci consenta di identificare gli elementi indispensabili per una corretta politica di salute mentale a vantaggio della popolazione detenuta in un carcere che presenti la tipologia di quello in cui operiamo:

- a) organizzazione di un servizio di II livello per la consulenza psichiatrica che prosegua sostanzialmente il servizio attuale;
- b) gestione diretta di un’area identificata per le problematiche psichiatriche emergenti. L’ingresso in tale servizio potrebbe essere, anche allo scopo di preservarne la natura sperimentale, riservato a detenuti che presentino provenienza dal carcere di Marassi o, comunque, da un bacino di utenza predefinito (perché un esperimento sia “leggibile” è indispensabile definire con chiarezza il bacino d’utenza coinvolto);
- c) ingresso solo dopo accettazione da parte dello psichiatra del DSM, conservando invece all’attuale “Reparto Rischio” con i suoi otto posti letto la funzione di struttura di prima osservazione psichiatrica e di risposta alle situazioni di criticità (autolesioni, ecc.) non pertinenti all’area della psichiatria (ad esempio, esclusivamente motivate da protesta contro decisioni assunte dalla Magistratura o dall’Amministrazione);
- d) trattamento di condizioni di patologia psichiatrica fino alla subacuzie,

permanendo invece per l'acuzie psichiatrica e il trattamento sanitario obbligatorio, o la necessità, sulla quale occorre sempre interrogarsi, di contenzione fisica, l'indicazione all'invio al Servizio psichiatrico diagnostico e cura o, finché continuerà ad essere un elemento del sistema, all'OPG dove questi atti possono avvenire sotto costante controllo clinico.

L'organizzazione di tale politica assistenziale potrebbe consistere di:

- ◆ 8 letti, in celle singole o doppie, per la subacuzie psichiatrica;
- ◆ 12 letti, in celle doppie, per l'osservazione di pazienti con problemi psichiatrici stabilizzati, ancora difficilmente compatibili con la permanenza in sezione ordinaria e per l'osservazione di pazienti in fase di remissione, in procinto di essere rinviiati in sezione.

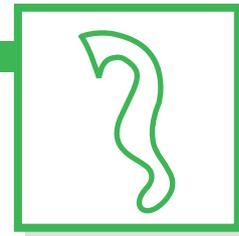
Fondamentale, poi, la presenza di alcune stanze da adibire a "Centro Diurno" per il trattamento, per alcune ore della giornata, di pazienti che presentino problematiche psicopatologiche compatibili tuttavia con la permanenza in sezione ordinaria, e dei dimessi. All'interno di quest'area dovrebbe operare un'équipe multidisciplinare composta da psichiatri, psicologi, educatori, infermieri, assistente sociale. La custodia potrebbe essere garantita da un gruppo di agenti costante che condivide con l'équipe psichiatrica momenti di formazione e confronto. Quest'area dovrebbe disporre di un accesso alle attività trattamentali del carcere (lavoro, scuola, ecc.) e per tutto il personale operante dovrebbe essere prevista una possibilità di compresenza durante la riunione dell'équipe, oltre ad opportunità di formazione su temi specifici, come ad esempio il trattamento di pazienti stranieri o di quelli a "doppia diagnosi". Occorrerebbe, inoltre, prevedere la presenza di animatori per attività culturali e ricreative, e una sorta di fondo economico analogo alle strutture riabilitative esterne del DSM.

Per la dimissione potrebbero essere immaginati vari percorsi, che fanno riferimento sostanzialmente a due possibili versanti:

- a) dimissione in sezione, con interventi di *after care* psichiatrico e psicologico, eventuale frequenza del Centro Diurno, percorsi di accesso agli strumenti socioterapici rappresentati dalle attività trattamentali del carcere;
- b) dimissione all'esterno, con la costruzione di percorsi che per la loro consistenza possano incontrare il favore della Magistratura di Sorveglianza, di affidamento al Centro di salute mentale (e, per i casi di "doppia diagnosi", contestualmente al SERT) o misure alternative che prevedano un utilizzo di risorse proprie della psichiatria, come strutture residenziali e centri diurni, ma anche risorse riferibili all'abitare e all'inserimento al lavoro messe a disposizione dagli enti locali, il cui coinvolgimento in fase di progettazione e realizzazione appare per questo motivo un punto imprescindibile.

L'eventuale co-gestione, da parte del Dipartimento, di una sezione psichiatrica potrebbe implicare alcuni rischi che meritano di essere presi in considerazione e, nei limiti del possibile, evitati:

- 1) rischi di psichiatrizzazione del disagio intracarcerario o della protesta, di individuazione dei magici strumenti della psichiatria (persuasione, uso di



- farmaci psicotropi) come toccasana per risolvere i problemi dell'istituzione, soprattutto in relazione con la presa in carico di patologie dai limiti sfumati come i disturbi di personalità;
- 2) rischi di stigmatizzazione, all'interno del carcere, di quello che potrebbe apparire come un "manicomietto" e della popolazione detenuta da esso ospitata;
 - 3) rischi di ulteriore commistione tra le ragioni della pena e quelle della cura, derivate dalla confusione che la co-gestione potrebbe determinare nei rispettivi ruoli di depositari di una funzione sanitaria e di depositari di una funzione di controllo e da un eventuale insufficiente riconoscimento della reciproca autonomia tra Direzione del carcere e personale sanitario (in parte, peraltro, attenuati dal fatto che quest'ultimo sarebbe svincolato per la prima volta da un ruolo storicamente ancillare grazie all'appartenenza ad un Dipartimento e ad un'Azienda che esplicano la maggior parte della propria attività al di fuori del muro);
 - 4) rischi di degrado della qualità della vita che rendano lo spazio psichiatrico del carcere assimilabile alle *special medical rooms* dei paesi anglosassoni, a proposito delle quali è stata descritta qualche anno fa una situazione che fa pensare a spazi manicomiali collocati nel carcere: "queste camere sono nude eccetto che per un materasso, estremamente sporche e spesso sporche di feci come conseguenza dello stato mentale del paziente, troppo calde in estate e gelide in inverno. I pazienti sono spesso nudi a causa delle loro condizioni mentali e hanno solo una coperta di tela per difendersi dal freddo"¹⁷;
 - 5) e, sul versante opposto, rischi di eccessiva appetibilità dell'area psichiatrica, qualora non si intervenisse contestualmente con incisività sufficiente sulla qualità della vita nelle rimanenti sezioni.

Non è poi possibile procedere nella direzione di una migliore assistenza sanitaria nel carcere senza una crescita nei servizi sanitari (reparti e strutture residenziali comprese) e nella società all'esterno del carcere e senza che anche in quei contesti vengano fatti i conti con il problema dell'intreccio tra malattia mentale e reato¹⁸. Senza, cioè, che ad essere in gioco non siano solo gli operatori sanitari che fisicamente entrano nel carcere, ma tutti gli operatori di un DSM – parliamo per il nostro versante – che assume la responsabilità della salute mentale del detenuto, dentro e fuori gli istituti di pena e gli OPG, e che si sforza di coinvolgere attraverso un'azione organizzativa di ampio respiro anche altri attori: Azienda sanitaria nel suo complesso, enti locali, privato sociale, volontariato, ma anche la cittadinanza, contribuendo a un'efficace politica di informazione; tutti coinvolti in un ampio progetto di continuità terapeutica interno/esterno e condivisione dei progetti, nella direzione dell'utilizzo – anche per l'autore di reato – di strategie di *community care*, come ampiamente dibattuto in questi anni nei paesi anglosassoni¹⁹.

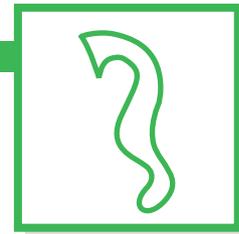
L'elaborazione di progetti sperimentali per la tutela della salute mentale in carcere da parte delle Direzioni di importanti istituti di pena²⁰ vede collaborare, in quest'ultimo anno, il nostro DSM insieme ad altri del nord e del centro Italia e può essere vista, quindi, come un importante punto di svolta che

punta a garantire allo psichiatra la possibilità di svolgere il proprio mandato di cura all'interno del carcere, badando di evitare però la trasformazione insensibile di questo in un'istituzione psichiatrica aggiuntiva che, per le dimensioni, corrisponderebbe nei fatti a un nuovo manicomio.

Bibliografia

1. Dell'Acqua G, Mezzina R, Coglatti Dezza MG. Servizi psichiatrici e nodi della sanzione. In: AA.VV. Il folle gesto. Roma: Sapere 2000, 2000; pp 257-68.
2. Ferrannini L, Peloso PF, Cechini M. Les révenents: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia. In: AA.VV. Carcere e territorio. Milano: Giuffré, 2003; pp 247-66.
3. Serra C. Il castello, S. Giorgio e il drago. Depressione reattiva, autolesionismo e suicidio nel carcere. Roma: SEAM, 1994.
4. American Psychiatric Association. Linee guida per l'assistenza psichiatrica carceraria. Milano: Masson, 2002.
5. Ferrannini L, Peloso PF, Cechini M, Strata P. Il DSM entra in carcere: nuovi scenari operativi e problemi di identità. Alghero, 31 maggio-2 giugno 2001.
6. Mérot J, Dubec M. Réalité psychiatrique à Fleury-Mérogis. Information Psychiatrique 1978; 54: 137-47.
7. House A. Prison suicides. Br J Psychiatry 1990; 156: 586-7.
8. Sénon JL, Mery B, Lafay N. Incidents collectifs et individuels en détention: étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires. Annales Médico-Psychologiques 1999; 157: 441-55.
9. Goffmann E. Asylums. Torino: Einaudi, 1961.
10. Foucault M. Sorvegliare e punire. Nascita della prigione. Torino: Einaudi, 1975.
11. Comune di Genova (1999). Annuario statistico del Comune di Genova. Arvati P et al., eds. Genova statistica, 2000; 68: p 193.
12. Associazione Antigone. Il carcere trasparente. Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione. Roma: Castelvecchi, 2000.
13. Conacher GN. Management of the mentally disordered offender in prison. Quebec: McGill, 1998.
14. Sénon JL, Lafay N, Papet N, Manzanera C. L'intervention de psychiatrie del liaison en milieu pénitentiaire: procédures, modalités et stratégies thérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques 2000; 158: 445-59.
15. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: an overview. Am J Psychiatry 1974; 131: 633-40.
16. Peloso PF, Cechini M, Ferrannini L. Salute mentale in carcere e ruolo del DSM: esperienze e progetti nell'area genovese. Relazione al Simposio "Carcere e Psichiatria" del XLII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria "Dal pregiudizio alla cittadinanza", Torino, 16-21 ottobre 2000. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000; pp 580-5.
17. Herridge C. Treatment of psychotic patients in prison. Psychiatr Bull R Coll Psychiatr 1989; 13: 200-01.
18. Ferrannini L, Peloso PF. Il comportamento violento in psichiatria e il Disturbo Antisociale di Personalità: problemi e prospettive nell'intervento del Dipartimento di Salute Mentale. Rassegna Italiana di Criminologia 2000; 9: 423-51.
19. Watson W, Grounds A, eds. The mentally disordered offender in an era of community care: new directions in provision. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
20. AA.VV. Relazioni al Simposio "Carcere e Psichiatria". Atti XLII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria "Dal pregiudizio alla cittadinanza", Torino, 16-21 ottobre 2000, Torino: Centro Scientifico Editore, 2000.

L'esperienza di psichiatria penitenziaria a S. Vittore (Milano)



MARINA LOI, CLAUDIO MENCACCI

Dipartimento di Salute Mentale, A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 69-75

RIASSUNTO

All'interno della Casa circondariale di S. Vittore, l'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico ha condotto una consulenza psichiatrica per circa tre anni nell'ambulatorio del reparto maschile. I pazienti erano, essenzialmente, individui con esclusiva patologia psichica o con doppia diagnosi (12%). Quasi tutte le categorie diagnostiche erano rappresentate ma, frequentemente, più che distinguere un quadro nosograficamente determinato, si sono evidenziati quadri riconducibili ad uno "spettro di malattia". In carcere, mentre è più raro l'accesso maniacale (12 casi in tre anni), spesso si rilevano disturbi dello spettro depressivo che variano a seconda della fase di detenzione. I primi cinque mesi costituiscono la fase più critica. Nel nostro campione, il 10,8% era affetto da depressione maggiore, ma un numero rilevante di pazienti presentava disturbi dello spettro depressivo. La rilevazione di disturbi d'ansia risulta più difficoltosa, in quanto commista a disturbi di personalità (62%). Più frequenti di quanto non ci si aspetti sono i disturbi psicotici e la schizofrenia. A S.Vittore la percentuale di pazienti psicotici è più alta (6,1%) che nelle altre carceri, essendo disponibile uno speciale reparto di psichiatria cui afferiscono pazienti da tutta Italia. La psicosi, nel contesto di isolamento e costrizione della libertà del carcere, emerge come sintomatologia eclatante che desta subito timori e può provocare reazioni di panico o di ribellione nei compagni di detenzione; d'altra parte, auto ed etero-aggressività sono i fenomeni più temuti in carcere. Un altro rilevante problema è rappresentato da tutte le manifestazioni di sofferenza legate alla sessualità: si stima che il 70-80% dei detenuti sia dedito a pratiche omosessuali. Uno dei problemi più temuti e traumatizzanti in carcere è però, senza dubbio, il suicidio o il comportamento suicidario. Sebbene il tasso sia molto più basso rispetto a quello dei pazienti appena dimessi da un reparto psichiatrico (1% vs 7%), in carcere il suicidio ha un impatto altamente distruttivo sul contesto generale.

Parole chiave: carcere, detenzione, disturbi mentali, autolesività, spettro depressivo.

SUMMARY

Inside prison "Casa circondariale di S. Vittore (Milan)", Hospital Fatebenefratelli and Oftalmico has managed a psychiatric ambulatorial consulting for three years in male department. Patients were males, only with psychic pathology or with dual diagnosis of psychic illness and addiction too. First of all results to notice, the major frequency of "spectrum of disease" rather than specific "nosographic categories", even if all diagnostic classes are represented. The typology of illness can vary, in accordance with different phases of detention. Psychiatric disorders most frequently observed in prison include whole depressive spectrum; instead, only twelve cases of mania occurred during three years of observation. According to literature, first five months of detention represent the most critical phase. In our patient group 10.8% was affected by major depression, but a considerable number of patients presented depressive spectrum disorders. Anxiety disorders are frequently mixed with personality disorders (62%). During first detention or at the beginning of any detention, generalized anxiety is the main anxiety disorder; when adaptive skills to prison context cronicly fail, anxiety symptoms can develop in panic attacks and claustrophobia. Psychotic disorders and schizophrenia occur in prisoners more frequently than expected: moreover, in "Casa Circondariale di S. Vittore", the number of psychotic patients is major than in any other Italian prison because of the availability, inside S.Vittore, of a specific psychiatric department receiving patients from all over Italy. Psychosis is a pathology often underrecognized and underestimated, but in a small and coercive context like prison, it becomes, with his anomalous and serious symptomatology, a source of fear and rebellous reactions; on the other hand, it's true that auto and eteroaggressiveness are the most feared phenomena in prison. Sexual suffering is also a frequent problem in detention: 70-80% of prisoners are addicted to omosexual practices.

Suicidal behaviors and suicide are the most important and feared phenomena in prison: rates of suicide in prison are really inferior than in a psychiatric department (1% vs 7%), but trauma of suicidal event in prison is greatly amplified because of the small and coercive context.

Key words: jail, detention, mental disorders, self-injuries, depressive spectrum.

INTRODUZIONE

Il soggetto che entra in carcere si deve rapportare con l'“istituzione totale”, secondo la ben nota accezione di Goffman, abbandonando il suo modo di essere, di relazionarsi, di pensare e di fare, i propri parenti, l'idea che ha di sé e il rapporto che intrattiene con sé stesso; si deve adattare a spazi ristretti, a persone sconosciute, a decisioni che provengono sempre dall'esterno e che non tengono conto del suo modo di pensare. Abbandona, in sintesi, la famiglia e il proprio passato. Levin sostiene che per avere una soddisfazione dei bisogni e ottenere una sopravvivenza psicologica ci deve essere un bilanciamento fra le forze che costituiscono l'ambiente in cui ognuno di noi è collocato. Quando queste forze fluttuano, è necessario un nuovo livello di bilanciamento di tali forze. Se l'individuo che incorre nella detenzione non è capace di fronteggiare le difficoltà e di adattarsi, utilizzando risorse di emergenza che lo aiutino a mantenere il necessario equilibrio di forze di fronte al cambiamento, rischia di andare incontro ad un *break down* che lo porta inesorabilmente alla possibilità di scampo.

Lo stress indotto da detenzione induce anche una modificazione della percezione del mondo esterno: così il detenuto considera quanto le persone che un tempo lo affiancavano ed erano per lui significative debbano essere tanto vicine come lo erano quando viveva nel mondo esterno. Diviene, allora, reattivo ad ogni minima sollecitazione possa provenire dall'esterno; la perdita di controllo delle relazioni causa ogni sorta di reazione: rabbia, angoscia, perdita di speranza, apatia, frustrazione sono le emozioni che insorgono anche immediatamente dopo l'entrata in carcere e la patologia vissuta è sempre fatta di solitudine, di emarginazione, di sradicamento e di perdita di identità. L'arresto e l'emarginazione diminuiscono l'immagine di sé così che l'individuo non riesce a viverci come persona in grado di avere possibilità di successo nel suo nuovo mondo¹.

L'area psichiatrica rappresenta la vera emergenza degli istituti penitenziari italiani che stanno diventando il principale contenitore di quel disagio mentale che affligge una marginalità sociale costituita da tossicodipendenti, nomadi, prostitute, vagabondi, alcoolisti ed extracomunitari. Essendo comunità chiusa, il carcere viene ad assumere una funzione di controllo sulle condotte devianti sia di tipo sociale che di tipo psicopatologico. Diventa inevitabilmente, infatti, una struttura preferenziale di raccolta di persone con problemi psicopatologici, portatrice di profonde contraddizioni tra assistenza, terapia e repressione.

Avviene così che il fenomeno della *revolving-door*, ben conosciuto nei servizi psichiatrici, colpisca anche l'istituzione carceraria che vede in uno scambio continuo con il territorio un fenomeno ormai pressoché inarrestabile.

La psichiatria penitenziaria si occupa di pazienti con problemi psichici che, per motivi giuridici, sono ospitati nelle carceri o in altre istituzioni che hanno carattere coercitivo, per esempio gli ospedali psichiatrici giudiziari. Sostanzialmente, accade che si sovrappongano un disturbo psichico e un disturbo comportamentale in un individuo che in qualche modo ha violato la legge e sta scontando la pena per questo. A questo proposito, già in un articolo del



New York Times di alcuni anni fa², venivano riportati dati impressionanti: in circa il 10% dei due milioni di detenuti delle carceri americane potevano essere riconosciuti, almeno una volta, disturbi psicotici. Il sistema penitenziario negli Stati Uniti prevede inoltre che esistano “prigioni nelle prigioni”, celle di punizione o di isolamento, in cui il detenuto viene inviato temporaneamente quando non rispetta il normale iter carcerario. Il detenuto può essere confinato in unità di segregazione (*special housing units*, o *SHUs*) dove in realtà rischia di permanere indefinitamente fino a quando l’amministrazione non decida altrimenti. Fra il 1994 e il 2001 la percentuale di detenuti inviati in celle di segregazione o di custodia protettiva è passata dal 4,5% al 6,5%. In alcuni stati si ritrovano percentuali inquietanti: la New York Correctional Association³ riporta come il 23% di tutti i prigionieri residenti in speciali unità di isolamento siano casi presi in esame dal programma di salute mentale e che quasi un terzo di essi abbia avuto un ricovero psichiatrico (percentuali anche più elevate si ritrovano nello stato di Washington, e, anche in California, il 31,8% dei detenuti in SHUs aveva una patologia mentale). Secondo Faazel e Danesh⁴, che hanno svolto uno studio su larga scala su circa 23000 detenuti, tra il 3 e il 7% degli uomini aveva una patologia psicotica, il 10% una depressione maggiore, il 65% un disordine della personalità (compreso un 47% di disturbi della personalità antisociale). Più del 4% delle donne aveva una patologia psicotica, il 12% una depressione maggiore, il 42% un disordine della personalità (di cui il 19-23% una patologia antisociale). Spesso, le patologie non sono nette e definite, ma sfumate e caratterizzate da molteplici elementi psicopatologici embricati fra loro che costituiscono così un quadro misto.

L'ESPERIENZA DI MILANO - S. VITTORE

All'interno della Casa circondariale di S. Vittore, l'A.O. Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico ha condotto una consulenza psichiatrica per circa tre anni all'interno dell'ambulatorio del reparto maschile. I pazienti afferenti all'ambulatorio erano essenzialmente individui abitualmente non dediti all'uso di sostanze (all'interno del carcere una specifica equipe – la UOC – si occupa esclusivamente dei pazienti con uso documentabile di sostanze stupefacenti e alcool) e quindi con esclusiva patologia psichica (raramente persone cui poteva essere effettuata una “doppia diagnosi”, 12%).

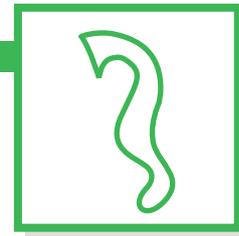
Su un territorio con un numero di detenuti che è passato, negli anni 2001-2003, da circa 2200 pazienti a 1180, il bacino di utenza dei pazienti afferenti si è ridotto da circa 1350 a circa 750 persone. Proporzionalmente, è variato anche il numero degli interventi dello psichiatra ambulatoriale, passato da 1260 nell'anno 2000 a 1000 nel 2003. Di questi il 15% è stato destinato a pazienti con “doppia diagnosi” o diagnosticati come tossicodipendenti. Si è rilevato, inoltre, che – al di là del fatto che quasi tutte le categorie diagnostiche vi sono rappresentate – frequentemente si evidenziano, più di quadri nosograficamente determinati, plurimi elementi sfumati che vengono a costituire il cosiddetto “spettro di malattia”.

Alcuni dei problemi riscontrati insorgono sia nei carceri dove si scontano pene definitive sia all'interno della casa circondariale, dove la popolazione è più varia e mobile (viene trasferita con frequenza) e presenta un livello di ansia e di aggressività molto più alto perché affronta l'atmosfera dell'attesa del giudizio e di tutto ciò che ad essa è connesso. In ogni caso, poiché alla base dello stare in comunità sta il concetto di rapporto con l'altro, molte delle patologie specifiche carcerarie possono essere prese in considerazione come aventi significati diversi da quelli universalmente riconosciuti in altro ambito esterno: sono cioè, spesso, un modo di comunicare in un contesto dove invece la libertà di rapporto e il contatto con l'altro e con l'esterno sono inibiti per legge.

In questo contesto il detenuto si trova ad essere frustrato nelle sue aspettative e nel desiderio che le sue richieste vengano ascoltate e prese in considerazione. Esistono sì piccoli moduli dove si scrivono le domande che di volta in volta vengono poste, ma i tempi di attesa sono lunghi, o la richiesta è inficiata e resa inutile dallo stesso personale carcerario. Allora, il veicolo verbale e quello grafico sono inutilizzabili e il detenuto non si sente ascoltato. Ecco dunque che il corpo diventa il veicolo della comunicazione più primitiva, un foglio attraverso il quale il paziente scrive in termini cruenti il proprio messaggio. Sprezzante, ricattatorio, disperato, il gesto autolesivo ottenuto con le ferite auto-inferte è un richiamo, un'esortazione violenta a fare presto, ma assume anche il significato di un tentativo di sentirsi vivo: il dolore fisico serve come mezzo di contatto con la realtà in uno spazio fisico, temporale e mentale sempre uguale a se stesso. Il corpo, in un luogo dove la mente viene misconosciuta, è l'unico mezzo preso immediatamente in considerazione in quell'ambito carcerario dove si privilegia il custodialismo rispetto alla relazione. È come se il detenuto percepisse che non viene tenuta presente la propria identità, costituita da ciò che pensa o sente, ma che questa viene intesa solo nella sua fisicità. I frequenti episodi di autolesionismo non devono essere quindi concepiti solo come sintomo di una grave patologia mentale, di un disturbo depressivo o psicotico, ma come un atto, o un passaggio all'atto, che esprime reazioni emotive variegata o di multiforme significato.

Certamente, come si è detto, in ambito carcerario si rilevano le più comuni e gravi patologie psichiatriche. Mentre più raro è l'accesso maniacale (12 casi in tre anni), spesso si rilevano disturbi che comprendono tutto lo spettro depressivo e che, talvolta, compaiono con manifestazioni e gradi di profondità differente a seconda della fase attraversata nell'iter carcerario. I primi cinque mesi di detenzione costituiscono la fase più critica. A questo proposito, in un detenuto depresso, Serra⁵ distingue:

- ◆ *depressione ansiosa*, se caratterizzata da disforia, irritabilità, tensione e sentimenti di colpa;
- ◆ *depressione cognitiva*, se caratterizzata da insoddisfazione, sentimenti autosvalutativi, perdita di speranza;
- ◆ *depressione vegetativa*, se caratterizzata da perdita di appetito e di libido e da aumento della stanchezza;
- ◆ *depressione endogena*, classica, se caratterizzata da variazioni dell'umore nel tempo, risvegli precoci, perdita di peso, irritabilità e tensione.



Si tratta, come rilevato poc'anzi, di caratteristiche variabili a seconda della tipologia del paziente e, soprattutto, a seconda del periodo di detenzione. Nel nostro campione, il 10,8% era affetto da depressione maggiore, ma un numero più rilevante di pazienti presentava disturbi dello spettro depressivo.

La rilevazione di disturbi d'ansia è stata paradossalmente più difficoltosa, in quanto tale patologia – in ambito carcerario – si riscontra frequentemente commista a disturbi di personalità (62%) che determinano l'inquadramento nosografico. Sopravvengono crisi d'ansia generalizzata, più frequentemente all'inizio della carcerazione e, soprattutto, durante la prima detenzione. Assumono la connotazione più strutturata dell'attacco di panico, accompagnato da claustrofobia, quando il disadattamento persiste dopo il periodo iniziale di permanenza in carcere.

Più frequenti di quanto non ci si aspetti sono i disturbi psicotici e la schizofrenia. Nella casa circondariale di S. Vittore la percentuale di pazienti con diagnosi di psicosi è più alta che nelle altre carceri italiane: è l'unico luogo di pena in cui è presente uno speciale reparto di psichiatria, in grado di ospitare sedici letti, al quale afferiscono pazienti da tutta Italia. Sempre da tutte le carceri italiane tendono ad essere inviati pazienti psicotici con patologia caratterizzata da particolare gravità che necessitino di un controllo ulteriore o di una valutazione diagnostica più approfondita: è pertanto comprensibile come la percentuale di pazienti affetti da psicosi afferenti all'ambulatorio di osservazione sia più alta (6,1%) rispetto ad altre realtà. Talvolta, infatti, questa patologia è misconosciuta e sottovalutata anche nell'attuale ambito sociale; in un contesto di isolamento e costrizione della libertà, invece, emerge come sintomatologia eclatante e anomala che desta subito timori e reazioni di allontanamento e rifiuto. Il "matto", ancor più in carcere, è un "diverso" da isolare perché potenzialmente pericoloso e in grado di suscitare reazioni di panico o di ribellione nei compagni che devono condividere con lui uno spazio circoscritto, limitato e ristretto.

Autoaggressività ed eteroaggressività sono i fenomeni più temuti in carcere. Sono elementi espressivi di patologia mentale di cui deve essere presa in considerazione non solo l'interazione con patologie pregresse o slatentizzate e cristallizzate in ambito carcerario, ma anche il significato di fattori espressivi di valenze culturali e sociali specifiche (l'autolesionismo come sfida al potere, per esempio, o come dimostrazione di coraggio) che devono integrarsi con l'ambiente. Alcune manifestazioni patologiche sono simili e comuni a quelle che si rilevano nelle comunità forzatamente chiuse: altre sono specifiche dell'ambito carcerario.

Frequenti, ma misconosciute e adombrate da altre cause, sono tutte le manifestazioni di sofferenza legate alla sessualità: il 70-80% dei detenuti è dedito a pratiche omosessuali. Inizialmente avvengono vere e proprie reazioni di panico in chi si sente adescato, minacciato e ricattato da proposte verbali o dal passaggio all'azione fisica da parte di persone dello stesso sesso. A volte, nell'ambito dei complessi rapporti tra omosessualità manifesta e omosessualità inconscia, possono instaurarsi vere e proprie reazioni a catena in cui entrambi i membri della relazione attribuiscono la responsabilità all'altro per essere stato elemento di eccitazione e di minaccia. I ruoli possono essere

rigidamente fissati e costituire coppie stabili e durature nel tempo o, invece, determinare rapporti instabili ed effimeri. Abitualmente un individuo della coppia è dominante mentre l'altro è più francamente passivo.

L'entrata e l'uscita dal carcere sono poi due momenti particolari che, di per sé, possono generare reazioni patologiche d'ansia o alterazioni della condotta in una sintomatologia complessa che comprende sia il versante fisico che il versante psichico. Il trauma dell'ingresso causa spesso disturbi gastrointestinali, disturbi respiratori e cardiaci accompagnati da ansia, depressione, paura e isolamento. Ben nota è la sindrome di Gull (un disgusto per i cibi con impossibilità ad alimentarsi) che accompagna il detenuto specie alla sua prima carcerazione. Similmente, da qualche settimana a qualche mese prima del rientro in libertà, si verifica la cosiddetta "sindrome dell'uscita" caratterizzata da sintomi psichici e comportamentali (agitazione psicomotoria e clastia, angoscia e depressione, somatizzazioni, possibili atti suicidari): l'equilibrio dell'adattamento al carcere viene meno poiché, spesso, le prospettive all'esterno non sono rassicuranti e pongono nuovamente il soggetto di fronte alla precarietà del proprio esistere.

Anche durante la carcerazione avvengono moti regressivi, in cui il paziente assume la posizione fetale, rifiuta il cibo o permane in uno stato di totale dipendenza da altri detenuti o dagli agenti di custodia. Il soggetto può essere, da una parte, tollerato e aiutato a proseguire nel cammino dell'autonomia, dall'altra, rischia di essere sfruttato da compagni che assumono un ruolo dominante. Il tempo in carcere è allora spesso impiegato in lunghe affabulazioni o discussioni in cui, con una tendenza un po' magica e onnipotente, i detenuti continuano a descrivere i crimini commessi o si dilungano ad architettare di altri in ogni minimo particolare. Ecco, allora, come il carcere diventa una vera e propria scuola di crimine dove ognuno apprende sempre di più ad agire in senso illegale.

Infine, in un ambito ristretto e sempre uguale a se stesso, alcuni pazienti trovano una nicchia accogliente nell'istituzione dove tendono ad incistarsi perché si sentono sicuri e protetti. A volte non escono dall'angusta cella per lunghi periodi, rifiutano le attività all'esterno e mantengono un discreto tono dell'umore distribuendo la loro attenzione a un universo ristretto come se si sentissero in un nido protettivo. È questa la "sindrome da radicamento" presente in individui in cui comportamento criminale e deviante si fondono con sfumate note psicopatologiche. Più rara è la "sindrome da congelamento" in cui il paziente presenta quasi un blocco psicomotorio in cui predilige la dimensione del "non fare" e sta ad osservare, estraniandosi, ciò che accade intorno a lui.

Accanto a queste forme particolari, tipici meccanismi di difesa contro la vita nel carcere e la permanenza all'interno di questo, ne sussistono di altre, più eclatanti e pericolose. Uno degli elementi più importanti, temuti e traumatizzanti all'interno del carcere è costituito dal comportamento suicidario e dal suicidio. Il tasso di decesso in carcere – per suicidio – è senz'altro inferiore a quello dei pazienti appena dimessi da un reparto psichiatrico (1% rispetto al 7% della prima settimana post-dimissioni), ma le pure cifre non rassicurano chi in carcere lavora e si trova di fronte all'impatto di un evento così traumatico e distruttivo che influenza anche i compagni del deceduto.



Per evitare il più possibile atti anticonservativi, in Italia sono state poste alcune misure precauzionali che favoriscono l'intervento attraverso l'effettuazione di uno screening dei pazienti a rischio già all'ingresso in carcere. Un esperto – sia esso psicologo, criminologo o altro – svolge un colloquio anamnestico con il detenuto cercando di individuare momenti o fasi critiche della vita, precedenti suicidari o probabili patologie psichiche. Colloca quest'ultimo in particolari sedi protette all'interno del carcere e lo invia quanto prima allo specialista affinché costui intervenga terapeuticamente. Ecco allora che il primo filtro riesce spesso ad evitare agiti autolesivi fungendo come valido elemento preventivo contro di essi. Anche per questo in Italia si rilevano tassi di suicidio di gran lunga inferiori ad altri paesi: basti pensare che in Francia il tasso di mortalità negli anni 1985-1995 è sempre stato maggiore e ha raggiunto valori anche doppi rispetto all'Italia (nel 1995, 19,9 per 10.000 detenuti contro il 9,9).

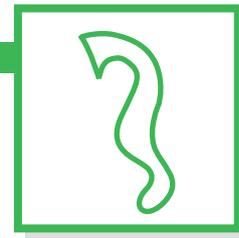
S. Vittore, insieme al carcere di Marassi a Genova, è peraltro uno dei carceri dove si registra una delle più alte incidenze di suicidi. Il sovraffollamento, infatti, è uno dei fattori principali dell'aumento del tasso di suicidi. L'aumento dei contatti e la fiducia fra staff e detenuto è uno dei fattori che intervengono nella prevenzione del suicidio carcerario. Un training di formazione dello staff è di primaria importanza se si vuole intervenire in una costruttiva attività di prevenzione.

In questo senso il servizio psichiatrico ambulatoriale ha continuato, in questi tre anni, l'attività di formazione degli operatori attraverso riunioni informali nelle quali ad ogni singolo operatore venivano dati più mezzi per affrontare il paziente dal punto di vista psicologico e per comprenderne le dinamiche. Di fatto lo psichiatra si è così trovato ad avere un ruolo importante e a volte contraddittorio in questo campo, in quanto la psichiatria è “guardiana su un versante della pulizia clinica, garante su quello della filantropia dell'assistenza... e, nel contempo, deve garantire la definizione e la dislocazione di quel residuo istituzionale che è, appunto in quanto tale, pericoloso”.

Bibliografia

1. Toch H. Men in crisis. Chicago: Aldine, 1956.
2. New York Times. Prisons replace hospitals for the Nation's Mentally; 5.3.1988.
3. New York Correctional Association. US Prisons and Offenders with mental illness, 2003.
4. Faazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002; 359: 545-50.
5. Serra C. Il castello, S. Giorgio e il drago: depressione reattiva, autolesionismo e suicidio in carcere. Roma: Seam, 1994.

Attenzione al disturbo psichico e territorializzazione della cura: nuovi metodi dell'intervento psichiatrico in carcere



PIETRO BUFFA*, ANTONIO PELLEGRINO, ELVEZIO PIRFO

*Direttore Casa circondariale di Torino; DSM "G. Maccacaro", ASL 3 Torino

RIASSUNTO

Presso la Casa circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino ci si impegna da anni per mantenere un monitoraggio attivo nei confronti del disagio psichico e del disturbo psicopatologico articolando diverse forme di intervento che descriveremo, precisando che esistono tre piani di approfondimento di questa attività che vanno dalla superficie del fenomeno "disagio" al profondo del disturbo mentale vero e proprio, soffermandoci in particolare sulla necessità che qualsiasi sia il livello di intervento esso non può essere veramente garantito se non si opera secondo il modello multifattoriale cui corrisponde un trattamento multiprofessionale. Per integrare il primo filtro operato dai Gruppi di attenzione e dal Presidio dei "Nuovi Giunti", dal giugno 2002 – in collaborazione tra il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia e il Dipartimento di Salute Mentale Giulio Maccacaro dell'ASL 3 di Torino – presso la Casa circondariale di Torino è stato attivato un Servizio di Psichiatria Penitenziaria che prevede la riproposizione integrale delle modalità di lavoro che il Dipartimento attua per i propri utenti territoriali anche ai detenuti ospiti della Casa circondariale sita geograficamente nell'ambito di competenza e quindi essa stessa "territorio". Tale intervento prevede un'attività consulenziale garantita dagli specialisti psichiatri del Dipartimento di Salute Mentale che operano quotidianamente in tutte le Sezioni del carcere su richiesta del medico di guardia o della Direzione Sanitaria. Il passaggio professionale più significativo è stato però l'attivazione dell'Area di osservazione e trattamento psichiatrico "Progetto Sperimentale Il Sestante" che opera in due Sezioni della casa Circondariale.

Parole chiave: sistema penitenziario, approccio multiprofessionale, disturbo mentale.

SUMMARY

In the Penitentiary "Lorusso and Cutugno" of Turin we made years of efforts to keep an active monitoring towards the mental discomfort and the psychopathologic disease, articulating different forms of intervention which we will describe, specifying that there are three levels of analysis for this activity that going from the surface of the uneasiness phenomena to the depths of the mental disease as such, stopping in particular on the need that, on whichever level of intervention, this cannot be guaranteed if we do not operate according to the multifactorial model to which corresponds a multiprofessional treatment. To integrate the first filter operated by the attention groups and by the "Presidio dei Nuovi Giunti", since June 2002, in cooperation with the Department of Penitentiary Administration of the Justice Minister and the Department of Mental Health Giulio Maccacaro of the ASL 3 of Turin, by the Turin's Penitentiary has been activated the Psychiatric Penitentiary Service, which provides the integral re-proposition of the work modality that the Department does for its territorial clients, also for the prisoners, guest of the Penitentiary, geographically situated within its area and so itself "territory" too. Such intervention provides a counselling activity guaranteed by the specialist psychiatrists of the Department of Mental Health which daily operate in every section of the Penitentiary on request of the operating doctor or the Sanitary Direction. The most significant professional step has been, though, the activation of the observation and psychiatric treatment area, "Experimental Project Il Sestante", which operates in two sections of the Penitentiary.

Key words: prison system, multiprofessional treatment, mental disease.

INTRODUZIONE

Uno dei principali obiettivi che un carcere e i suoi operatori si possono dare è quello di lavorare per non dimenticare che il sistema carcere “produce” naturalmente una selezione che spinge i deboli in una condizione ancor più marginale. Tra i deboli vanno annoverati di diritto coloro che risultano deboli anche fuori dal carcere, i portatori di un disturbo psichico, e coloro che, non riuscendo ad adattarsi in maniera utile alla detenzione, finiscono con lo sviluppare un disturbo psichico secondario alla carcerazione.

Il lavoro comune a cui operatori del carcere e operatori della psichiatria sono chiamati riguarda l’approccio a questa zona grigia costituita da “deboli” finiti in carcere anche a causa della loro sofferenza psichica oppure divenuti tali dopo il loro ingresso in carcere.

Presso la Casa circondariale “Lorusso e Cutugno” di Torino ci si impegna da anni per mantenere un monitoraggio attivo nei confronti del disagio psichico e del disturbo psicopatologico articolando diverse forme di intervento che descriveremo, precisando che esistono tre piani di approfondimento di questa attività che vanno dalla superficie del fenomeno “disagio” al profondo del disturbo mentale vero e proprio, soffermandoci in particolare sulla necessità che qualsiasi sia il livello di intervento esso non può essere veramente garantito se non si opera secondo il modello multifattoriale cui corrisponde un trattamento multiprofessionale.

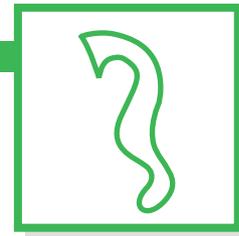
La riflessione sulla marginalità esistente in carcere ha portato alla costruzione di un indice che abbiamo definito “grado trattamentale” o di “vivibilità detentiva” quale sintesi di alcune caratteristiche dei regimi detentivi delle varie sezioni.

Il grado sarà considerato “alto” laddove avremo un regime detentivo che prevede un numero maggiore di ore di permanenza fuori dalla cella, un maggior numero di operatori trattamentali attivi nel reparto, una consistente presenza di opportunità di lavoro, studio, attività ricreativo-sportive, la prevalenza di condannati definitivi, un maggior livello di stanzialità ed una integrazione nel contesto penitenziario che possa definirsi quale una sorta di “approvazione sociale penitenziaria”.

Tale indice sarà considerato “basso” in presenza di caratteristiche opposte con una prevalenza di soggetti non condannati ed in transito e collocati in reparti caratterizzati da una separazione dal restante contesto penitenziario e da una “disapprovazione sociale penitenziaria”.

Questa selezione “naturale” produce sacche di disperazione e disagio umano che, anche in questo caso, si esprimono o attraverso l’esternazione plateale e strumentale o con l’introiezione silente ma gravissima dal punto di vista della destrutturazione psichica vera e propria. In tal senso si conferma la visione dell’autolesionismo quale strumento che conferisce ai più poveri e marginali “un potere contrattuale in un contesto che li priva sostanzialmente di qualsiasi potere” e che è “rivolto a quelle figure istituzionali che detengono effettivamente qualche forma di potere”.

Si è quindi dato vita ad una riorganizzazione delle risorse a disposizione che ha portato alla costituzione dei cosiddetti “Gruppi di attenzione”, ovvero



aggregazioni temporanee di diverse figure professionali (educatori, esperti psicologi o criminologi, volontari, medici) a seguito di segnalazioni filtrate dai funzionari direttivi, con il fine di attivare, nel più breve tempo possibile, l'ascolto delle motivazioni e dei bisogni sottesi a momenti di disagio comportamentale e/o psichico. Fondamentale è il lavoro d'équipe: nessuno può pensare di affrontare una situazione così vasta ed articolata da solo.

L'attenzione al disturbo psichico inizia con l'intercettazione del sintomo, attivo o biografico, al momento dell'ingresso in istituto da parte del sanitario e/o dell'esperto psicologo del presidio "nuovi giunti". Esita nella richiesta di consulenza psichiatrica e nella prescrizione di grande o massima sorveglianza custodiale con invio, in quest'ultimo caso, presso il reparto di osservazione psichiatrica presso il "Progetto Il Sestante".

Altra situazione riguarda l'intercettazione del sintomo attivo in occasione di un evento critico quale gesti autolesivi, tentativi di suicidio, o quadri di alterazione psicomotoria, rilevati dal personale di custodia in servizio nelle aree detentive e sottoposti all'attenzione del sanitario di guardia il quale attiverà la procedura di segnalazione dell'evento.

Sul piano delle comunicazioni queste avvengono quindi: sulla cartella clinica, il cui accesso è consentito ai sanitari e agli esperti psicologi, su disposizioni di servizio che vengono inviate alle sezioni detentive, su informative dirette ad organi superiori dell'Amministrazione Penitenziaria e all'Autorità Giudiziaria, su direttive, raccomandazioni ed allertamenti da parte degli organi suddetti.

Gli operatori interessati già oggi sono: gli operatori di polizia penitenziaria, i sanitari impegnati nel presidio "Nuovi Giunti", i sanitari di guardia nei blocchi detentivi, gli specialisti in psichiatria, gli esperti in psicologia o criminologia ex art. 80 O.P., i funzionari della direzione e gli educatori.

Tra le risorse devono annoverarsi sicuramente anche gli assistenti volontari previsti dall'art. 78 dell'ordinamento penitenziario che, specificamente, demanda loro il *sostegno morale* dei ristretti. Tale concetto ben si presta ad essere interpretato come ascolto di soggetti sofferenti rispetto al disagio istituzionale e personale in piena integrazione con quelle degli operatori istituzionali (figura 1).

Oltre ai medici e agli psicologi, va sottolineato il lavoro insostituibile svolto dagli agenti di polizia penitenziaria in servizio nei blocchi detentivi, come fonte di osservazione delle dinamiche individuali e di gruppo nel contesto quotidiano detentivo. Non è un caso che nell'ambito della riforma del '90, che ha visto la nascita dell'Ordinamento del Corpo di Polizia Penitenziaria, sia stato previsto all'art. 5, 2° comma che, tra i compiti istituzionali del Corpo, vi sia anche l'attività di osservazione e il trattamento rieducativo dei detenuti e degli internati.

Fatte le scelte più sopra descritte si è costituito un servizio che intercetti il disagio a diversi livelli: attraverso le relazioni di servizio che evidenziano fatti autolesivi che non determinano l'invio del soggetto in osservazione presso "Progetto Il Sestante" o altre relazioni che evidenziano, comunque, fatti attinenti al disagio personale. In questi casi l'Ufficio comando centrale, al quale conferiscono tutte le segnalazioni, smista con celerità tale carteggio

all'Ufficio educatori. Ogni educatore è responsabile di un settore detentivo con il compito di coordinare i gruppi di attenzione di quel settore ed ha cura di valutare le relazioni di cui sopra se riferite ad un soggetto ristretto nel settore di propria pertinenza.

Quindi, al contrario di altre realtà dove potrebbe sembrare che il disagio psichico sia un fenomeno transeunte e quasi dovuto alla detenzione in sé, avvenimento occasionale che capita a pochi detenuti per i quali può essere sufficiente il trasferimento in un altro carcere, presso la Casa circondariale di Torino, da parte di tutti i soggetti cointeressati avviene invece una presa d'atto dell'esistenza rilevante, sia dal punto di vista quantitativo, sia dal punto di vista qualitativo, del problema "disturbi mentali" come specificità del carcere; e quindi una specificità complessa cui dare risposte complesse.

Poiché siamo in presenza di una quantità crescente di fenomeni di alterazione del comportamento che non si possono più leggere secondo le chiavi un po' desuete della patologia psichiatrica classica, la prima necessità (e prima difficoltà...) è dirimere tra fenomeni di comportamento anomalo attribuibili alle categorie convenzionali dei disturbi mentali o a vera e propria delinquenzialità.

Per integrare il primo filtro operato dai Gruppi di attenzione e dal Presidio dei Nuovi Giunti prima descritto, dal giugno 2002, in collaborazione con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia e il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) Giulio Maccacaro dell'ASL 3 di Torino, presso la Casa circondariale di Torino è stato attivato un Servizio di Psichiatria Penitenziaria che prevede la riproposizione integrale delle modalità di lavoro che il Dipartimento attua per i propri utenti territoriali anche ai detenuti ospiti della casa circondariale sita geograficamente nell'ambito di competenza e quindi essa stessa "territorio" (figura 2).

Tale intervento prevede un'attività consulenziale e una di osservazione e trattamento della patologia psichiatrica in carcere.

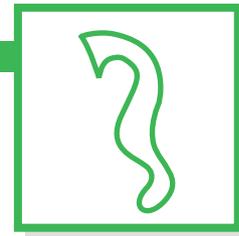
L'attività consulenziale, che prima era svolta da psichiatri libero professionisti organizzativamente svincolati da altre figure, ora è garantita dagli specialisti psichiatri del DSM che operano quotidianamente in tutte le sezioni del carcere su richiesta del medico di guardia o della Direzione Sanitaria per un totale di 20 ore settimanali (figura 3).

Le singole visite specialistiche sono orientate all'intervento diagnostico e terapeutico anche in caso di urgenza presso la sezione di appartenenza del detenuto. Ovviamente si tratterà di indicazioni farmacoterapiche e di gestione dell'evento critico che ha determinato la richiesta.

Il controllo ambulatoriale garantisce anche la valutazione costante dell'evoluzione delle condizioni psichiche di tutti quei detenuti sottoposti a grande o massima sorveglianza custodiale e ne determina la prosecuzione o la cessazione.

Viene garantito, inoltre, il controllo periodico delle condizioni cliniche per quei detenuti portatori di disturbo psichico per cui è in atto una terapia farmacologica di mantenimento.

Al momento vengono anche sottoposti a controllo psichiatrico i detenuti tossicodipendenti che, finita la terapia sostitutiva con metadone, presentino



ancora una sintomatologia riferibile ad uno stato carenziale o di dipendenza. Nel corso del 2003 sono state effettuate circa 3000 consulenze psichiatriche presso la Casa circondariale di Torino per un totale di 1280 detenuti, cosa che dimostra l'attenzione al monitoraggio clinico non isolato.

Il passaggio professionale più significativo è stato però l'attivazione dell'*Area di osservazione e trattamento psichiatrico* che viene invece svolta attraverso il "Progetto Sperimentale Il Sestante" che opera in due sezioni della Casa circondariale.

L'attività prevista nelle due sezioni è diversa: nel Reparto Osservazione, che consta di 23 posti, si procede ad un inquadramento clinico-psichiatrico di tutte le situazioni di disagio psichico evidenziatosi durante la detenzione, sia che esso si manifesti in soggetti già precedentemente affetti da patologie psichiatriche, sia che si tratti di detenuti privi di anamnesi psichiatrica positiva; vi si svolge, quindi, il trattamento di situazioni cliniche acute e l'osservazione delle situazioni nuove inviate al Progetto. L'organizzazione del lavoro prevede un intervento prevalentemente individuale con visite mediche, controlli psichiatrici frequenti, colloqui psicologici regolari, intervento psicoeducativo mirato ai bisogni emergenti e la terapia psicofarmacologica.

Il Reparto Trattamento è organizzato con un più alto indice di socializzazione, consta di 30 posti e vi si attuano invece tutte quelle attività prevalentemente gruppali tese al recupero delle abilità perse a causa del disturbo psichico e allo sviluppo di capacità di adattamento alla detenzione più funzionali; esso presenta una connotazione comunitaria di tipo riabilitativo e risocializzante maggiormente improntata ad un intervento di tipo gruppale che prevede un regime custodiale attenuato con apertura alla socialità durante tutto il giorno, attività risocializzanti in gruppo, attività psicoterapiche in gruppo ristretto, possibilità di attività lavorative interne alla sezione oltre, naturalmente, ai controlli medici e psichiatrici e alle terapie farmacologiche necessarie.

Si opera di fatto un intervento di tipo diagnostico e terapeutico nella prima sezione e uno prevalentemente di trattamento e riabilitazione nella seconda.

Il passaggio dall'una all'altra sezione è previsto ed auspicato nei tempi più brevi possibili compatibilmente con l'espressione sintomatologica del disturbo presente al momento. La decisione del passaggio viene proposta e valutata in équipe e viene successivamente disposta dallo psichiatra che ha in carico il detenuto in questione.

DATI (figure 4-12)

Anche l'attività degli agenti di Polizia Penitenziaria presenti in sezione si differenzia con un intervento volto alla vigilanza e all'ascolto partecipe nella sezione "osservativa" e una partecipazione attiva alla quotidianità riabilitativa nella sezione ad impostazione comunitaria. Sono presenti un Ispettore di Polizia Penitenziaria, responsabile della gestione della sorveglianza nelle due sezioni, ed un Sovrintendente suo vice.

In tutto il Progetto, e quindi in entrambe le aree di lavoro, operano psichiatri, medici di medicina generale, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori ed

infermieri professionali appartenenti al DSM G. Maccacaro dell'ASL 3 di Torino, azienda sanitaria competente territorialmente per l'istituto carcerario. Il modello di lavoro utilizzato finora è stato l'intervento multifattoriale, cioè il contestuale uso di farmaci, tecniche osservazionali psicologiche, tecniche psicoterapiche individuali e di gruppo, interventi psicosociali in senso lato al fine di connotare l'intervento non solo come sedazione di un sintomo psicopatologico ed, eventualmente, anti-istituzionale, ma anche come cura mediante la presa in carico del bisogno complessivo espresso dalla persona detenuta e sofferente.

Questo tipo di modello si basa proprio sull'esistenza di un gruppo di lavoro multiprofessionale (psichiatri, psicologi, educatori, infermieri, assistenti sociali e agenti di custodia) che utilizza l'integrazione tra i saperi professionali diversi come principale strumento di osservazione e terapia.

Occorre tener conto che i detenuti inviati al Progetto non sono mai "volontari", nel senso che qualcuno (lo psichiatra, il Provveditorato, l'Ufficio Detenuti del Ministero, il Magistrato) decide per loro, per cui manca una vera e motivata domanda di cura. La domanda è spesso aspecifica e chiama in causa istanze regressive di accudimento, bisogni primari, aspetti manipolativi e strumentali spesso difficili da identificare. Allora l'intervento deve essere diversificato, tarato sul singolo in base alle sue risorse ma anche prevedere un iniziale chiarimento su quale bisogno lo psichiatra può soddisfare e a quali richieste può realmente rispondere.

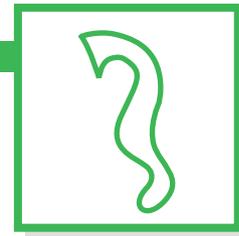
RIFLESSIONI

L'intervento psichiatrico in carcere ci sembra connotato da tre variabili forti che determinano una peculiarità, pur riproponendo metodi e stili di lavoro ormai divenuti di prassi nell'intervento territoriale: l'essere "ospiti" di una istituzione forte quale il carcere, l'operare in una struttura territoriale chiusa, il dover costruire un gruppo di lavoro con operatori che parlano un linguaggio diverso.

La forza dell'istituzione-carcere la si respira fin dal primo ingresso nella struttura: significa operare tenendo presente i bisogni del detenuto-paziente, le istanze della sorveglianza che ha il compito di custodire e di rieducare, la presenza immanente del "giudice" nella doppia accezione di colui che giudica e tutela il detenuto, le regole di convivenza proprie di un ambiente così particolare.

Lo psichiatra diviene allora una sorta di ammortizzatore sociale chiamato a gestire i conflitti attraverso la terapia farmacologica piuttosto che facendo opera di mediazione tra le parti, operando spesso più una lettura delle dinamiche relazionali che un vero intervento clinico su un soggetto portatore di una sindrome psicopatologica. Allora lo psichiatra realizza un'opera fatta di attenzione rispetto agli eventi segnalati, di selezione di ciò che realmente attiene alla patologia e di prevenzione su quelle dimensioni di disagio psichico che possono evolvere in disturbo e in franca patologia.

L'operare in una struttura chiusa significa che il detenuto ha fra i suoi diritti



quello di simulare una patologia per trarne dei vantaggi, che la motivazione al trattamento è spesso rapportata all'andamento delle vicende giudiziarie, che le regole di convivenza non scritte condizionano spesso l'espressione del disturbo da parte del detenuto. Inoltre, in una struttura chiusa le rigidità sono maggiori a tutti i livelli per cui diviene difficile proporre un cambiamento e, quando lo si fa, bisogna sempre tener conto dei possibili anticorpi che lavoreranno per renderlo difficile o per dimostrarne l'inefficacia.

In un sistema chiuso poche sono le possibilità di variare le fonti di gratificazione a tutti i livelli per cui le posizioni raggiunte sono difese con i denti e ciò vale per il detenuto che è riuscito ad ottenere un piccolo privilegio, per l'agente che ha conquistato una posizione meno scomoda, per l'istituzione stessa che lavora in parte per garantire la propria sopravvivenza. Se l'operare un trattamento psico-terapeutico significa operare un cambiamento questo diviene, se possibile, più complicato in carcere. Infatti, di fronte a tutte queste rigidità che potremmo definire di sistema si riducono le possibilità per il singolo di vedere riconosciuti i propri bisogni ma anche, per il professionista, di operare in tutta libertà utilizzando al meglio le proprie conoscenze.

Creare un gruppo di lavoro prevede come primo passaggio il riconoscersi in un obiettivo comune, il condividere una cultura di lavoro, il comunicare utilizzando un linguaggio comune. L'intervento psichiatrico in carcere mette immediatamente in evidenza la contraddizione apparente tra le necessità di cura e quelle di custodia e quindi le aspettative, la cultura e i metodi spesso lontani tra gli operatori della "salute" e quelli della "giustizia".

La costruzione di una équipe così composta non è quindi né automatica né immediata: passa obbligatoriamente attraverso la cessione, da parte di ognuno, di percentuali di competenza e la disponibilità ad acquisirne delle altre senza arroccarsi sulla propria identità professionale.

Appare subito difficile mantenere un'attenzione sui detenuti che non devono essere percepiti troppo come pazienti da parte degli operatori civili né troppo come carcerati da parte degli agenti e tale delega passa obbligatoriamente attraverso una fiducia reciproca che nasce da una conoscenza vicendevole approfondita.

La possibilità che anche in carcere possa realizzarsi un clima volto al trattamento della persona prima ancora che dei sintomi e in ciò il divenire terapeutico può concretizzarsi e crescere solo se tutti gli attori in campo vi partecipano con la stessa motivazione, ognuno per le proprie competenze specifiche. Quindi, la presenza degli agenti alle riunioni di équipe diventa fondamentale come lo è l'acquisizione di nozioni legali e di informazioni sul regolamento penitenziario da parte del personale civile, per cui è emersa tutta la necessità di momenti di informazione, formazione e riflessione reciproci.

Nello specifico, all'interno del "Progetto Il Sestante", agli agenti di custodia è richiesto uno sforzo notevole in quanto tale progetto introduce elementi innovativi che rendono più complesso ed articolato anche il loro intervento soprattutto in due ambiti: il primo riguarda le modalità relazionali con i detenuti, il secondo la costituzione di un gruppo di lavoro integrato con le altre figure professionali coinvolte.

Questo impianto di lavoro coinvolge, seppure con modalità e compiti diffe-

renti, tutti coloro che operano in queste due sezioni: così, accanto ai compiti di custodia, di vigilanza, di osservazione, di organizzazione e altro, già svolti dagli agenti, se ne presentano altri e anche alcune mansioni, già svolte in precedenza, vengono modificate dall'assetto generale che il progetto introduce.

Si amplia e si approfondisce lo sguardo che viene rivolto ai detenuti e ciò implica una variazione nelle relazioni che vengono instaurate. Varia la relazione che, in quanto operatori del Progetto, proponiamo e quasi sempre, di conseguenza, quella di cui diventiamo oggetto.

CONCLUSIONI

Abbiamo in tal modo tracciato gli aspetti di complessità dell'intervento psichiatrico in carcere nella sua globalità: ci corre però l'obbligo di sottolineare come una presa in carico reale del detenuto portatore di disturbo psichico, che parta già dall'individuazione del problema in fase precoce e continui con la possibilità di intervento in ambiente specialistico per le acuzie e riabilitativo per il trattamento a medio e a lungo termine, possa rappresentare una valida alternativa all'utilizzo dell'invio in ospedale psichiatrico giudiziario per i periodi di osservazione psichiatrica.

La possibilità di operare una conoscenza approfondita del detenuto paziente trasmissibile ai colleghi che operano sul territorio con lo stesso linguaggio rende forse possibile immaginare la costruzione di valide alternative alla detenzione per i detenuti portatori di patologia maggiore. Al momento sembra finanche più facile dialogare con la Magistratura che chiede valutazioni, ma accetta anche indicazioni, sui percorsi di cura che non con i Servizi Territoriali; ma la strada è aperta e percorribile soprattutto per i detenuti già conosciuti dai servizi territoriali.

Con l'implementazione dell'ipotesi descritta si dovrebbe inoltre migliorare la soddisfazione professionale degli operatori coinvolti. Il contributo richiesto alle persone passerebbe da uno standard ripetitivo e, per certi versi, non finalizzato e non apprezzabile, ad una modalità non ripetitiva e orientata alla soluzione di problemi e al raggiungimento di obiettivi misurabili.

In conclusione, tutto ciò potrebbe far sembrare improponibile o utopistico un intervento psichiatrico utile in carcere; ci sembra invece che, se l'obiettivo comune diviene per tutti il riconoscere e soddisfare i bisogni reali di cura dell'individuo, il riconoscere precocemente i segnali di sofferenza psichica ovunque si manifestino, il garantire una buona integrazione e manutenzione dei gruppi di lavoro, se si lavora perché tutti questi obiettivi siano realizzati si sta lavorando ad un progetto di salute mentale anche all'interno del carcere.

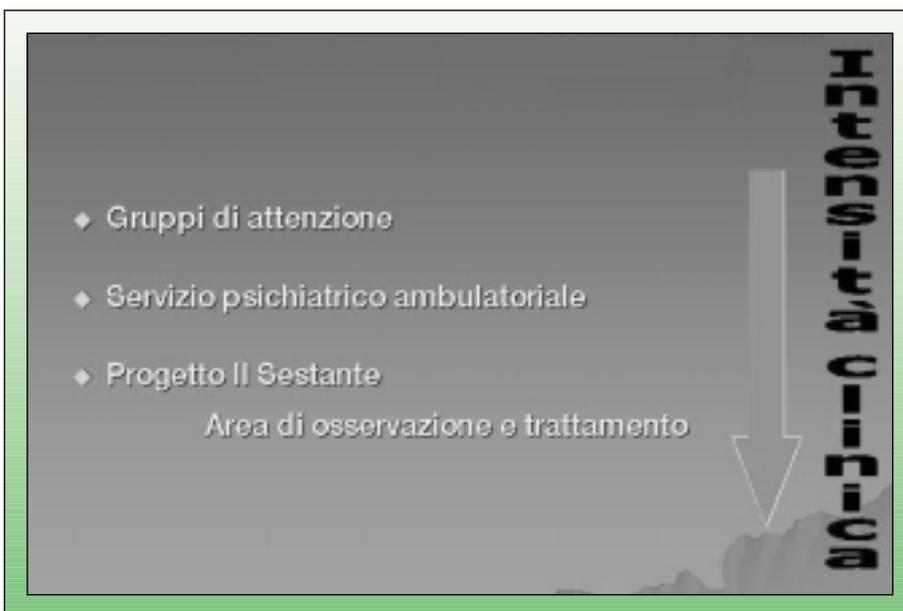
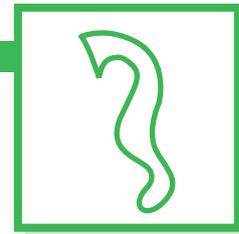


Figura 1. Risposta al disagio psichico e disturbi psicopatologici.

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 77-90



Figura 2. Servizio di psichiatria penitenziaria.

P. BUFFA - A. PELLEGRINO
E. PIRFO

ATTENZIONE AL DISTURBO PSICHICO E
TERRITORIALIZZAZIONE DELLA CURA:
NUOVI METODI DELL'INTERVENTO
PSICHIATRICO IN CARCERE



Figura 3. Servizio psichiatrico ambulatoriale. Anno 2003.

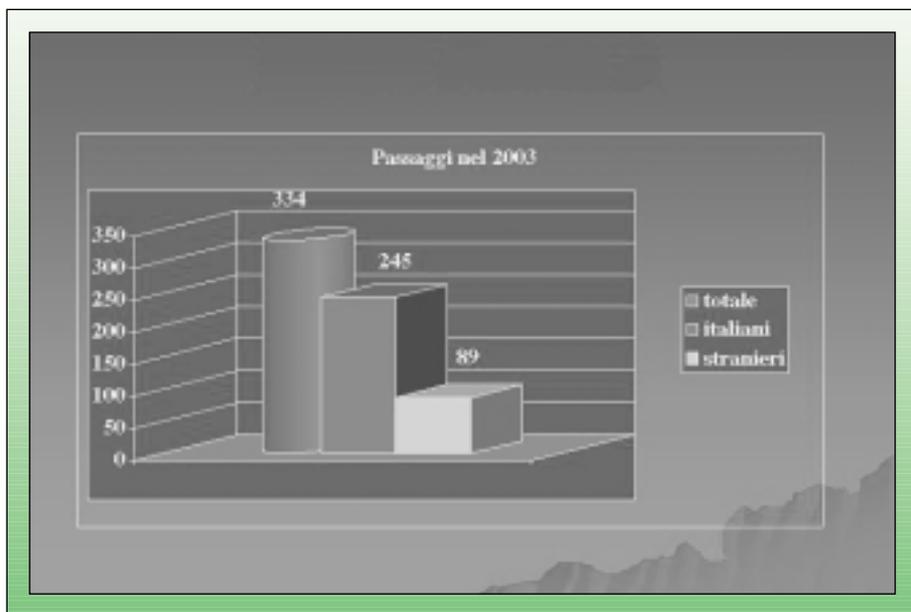


Figura 4. Progetto Sperimentale Il Sestante. Passaggi nel 2003.

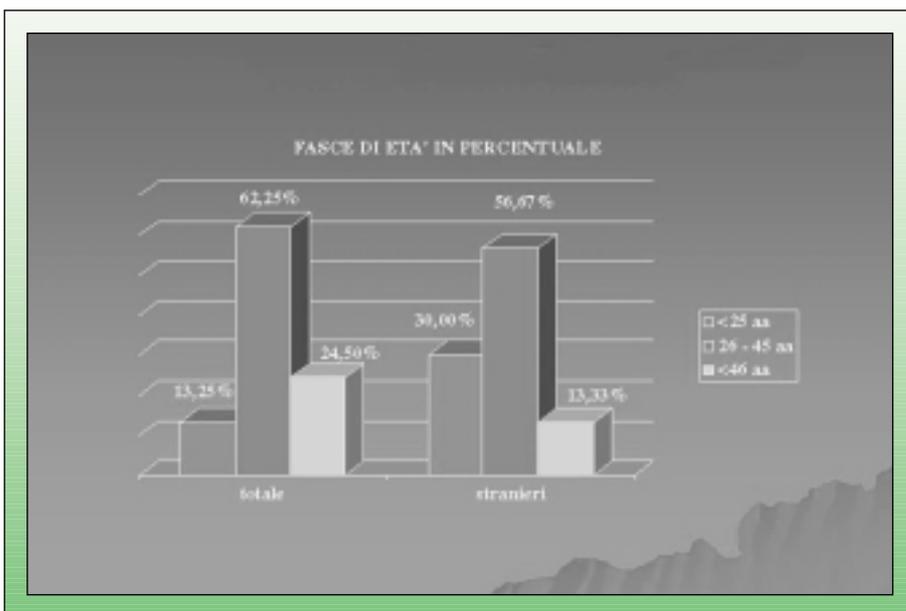
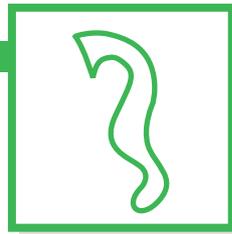


Figura 5. Progetto Sperimentale Il Sestante. Fasce di età (%).

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 77-90

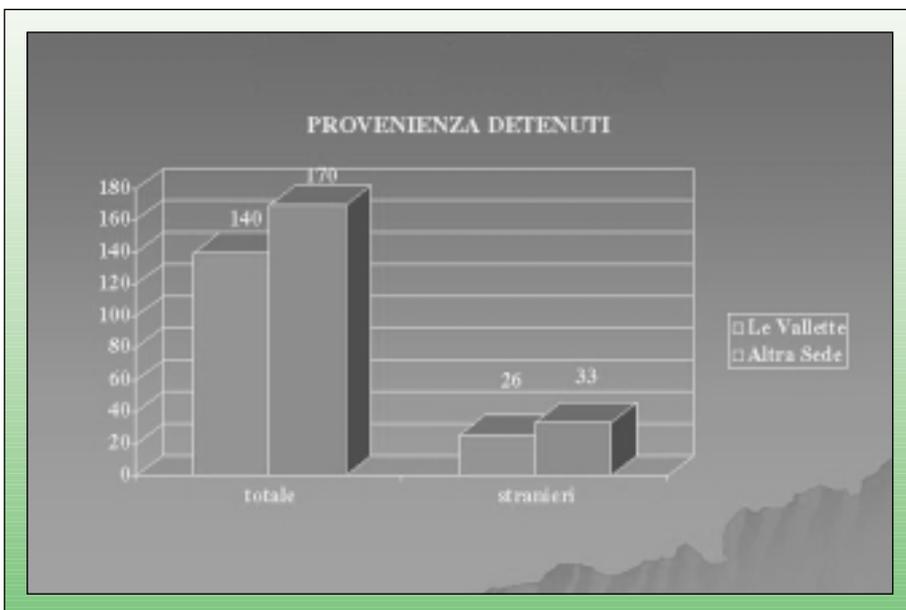


Figura 6. Progetto Sperimentale Il Sestante. Provenienza detenuti.

P. BUFFA - A. PELLEGRINO
E. PIRFO

ATTENZIONE AL DISTURBO PSICHICO E
TERRITORIALIZZAZIONE DELLA CURA:
NUOVI METODI DELL'INTERVENTO
PSICHIATRICO IN CARCERE

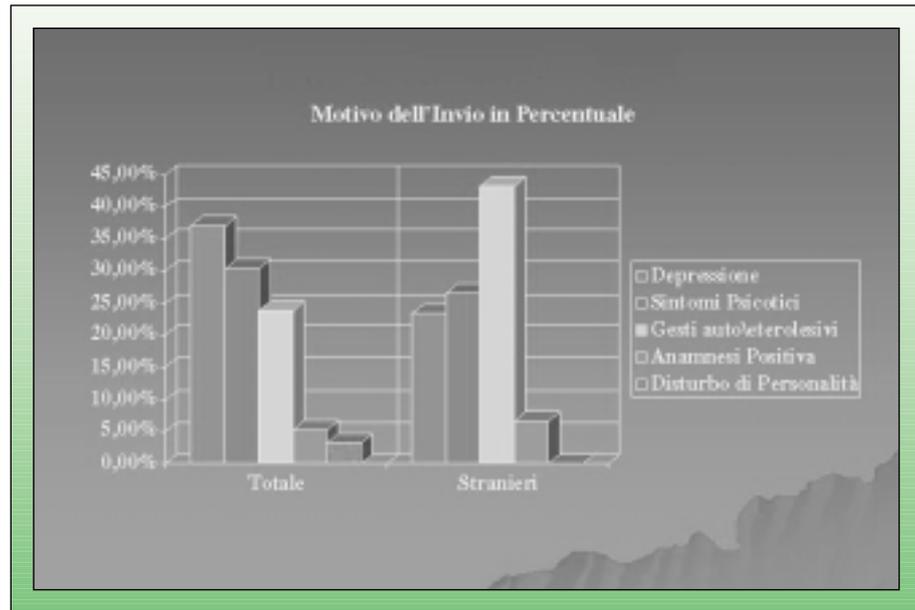


Figura 7. Progetto Sperimentale Il Sestante. Motivo dell'invio (%).

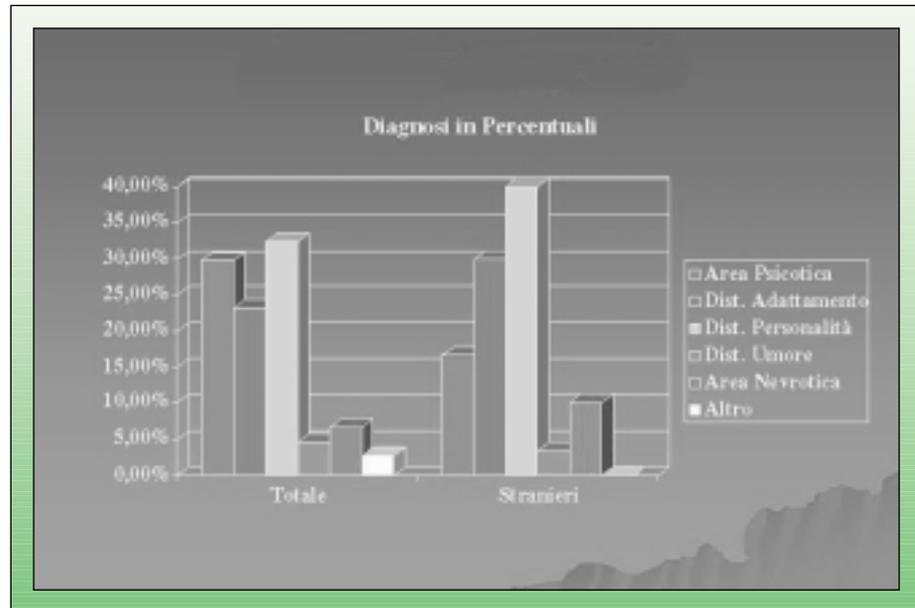


Figura 8. Progetto Sperimentale Il Sestante. Diagnosi (%).

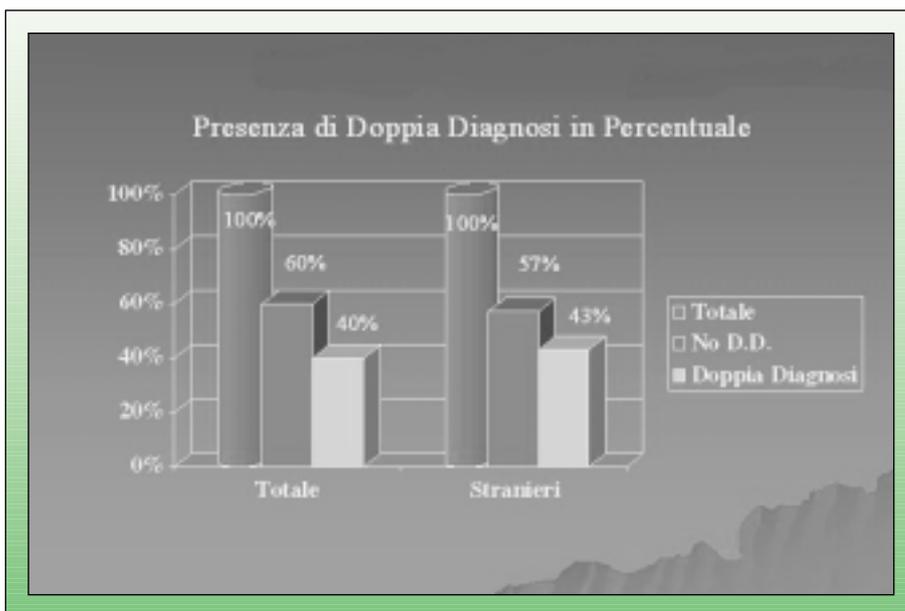
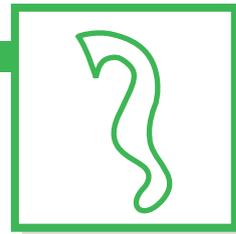


Figura 9. Progetto Sperimentale Il Sestante. Presenza di doppia diagnosi (%).

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 77-90

Totale 170 su 344 = circa 60% osservati

| Motivi dell'invio | | Diagnosi di uscita | |
|-------------------|----|--------------------|----|
| Depressione | 68 | D. Adattamento | 40 |
| Anoressia | 4 | D. Personalità | 42 |
| Psicosi | 54 | D. Umore | 16 |
| Gesti autolesivi | 32 | D. Ansia | 14 |
| D. Personalità | 6 | D. Psicotici | 44 |
| | | D. Organici | 4 |
| | | Anoressia mentale | 4 |

Figura 10. Detenuti inviati da altre case circondariali.

P. BUFFA - A. PELLEGRINO
E. PIRFO

ATTENZIONE AL DISTURBO PSICHICO E
TERRITORIALIZZAZIONE DELLA CURA:
NUOVI METODI DELL'INTERVENTO
PSICHIATRICO IN CARCERE

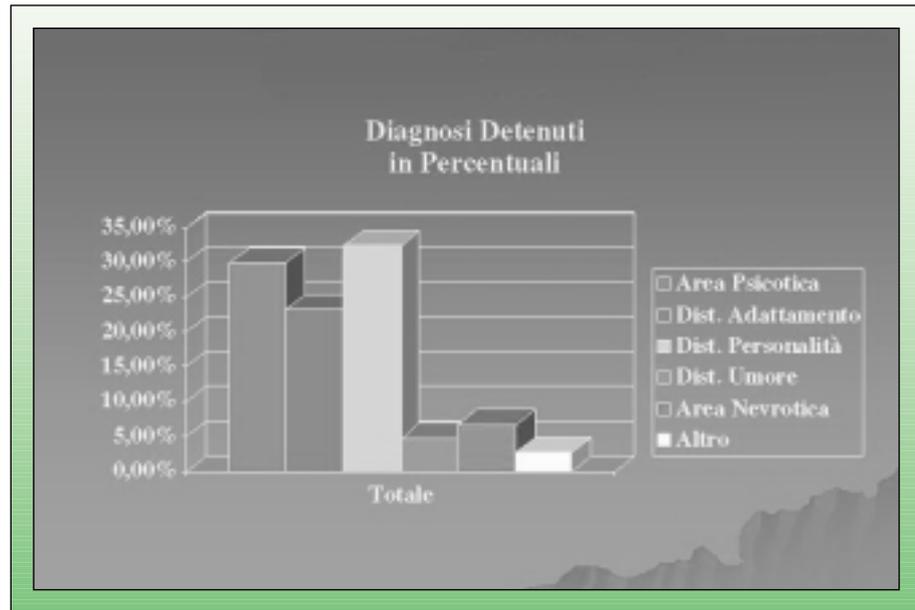


Figura 11. Progetto Sperimentale Il Sestante. Diagnosi detenuti (%).

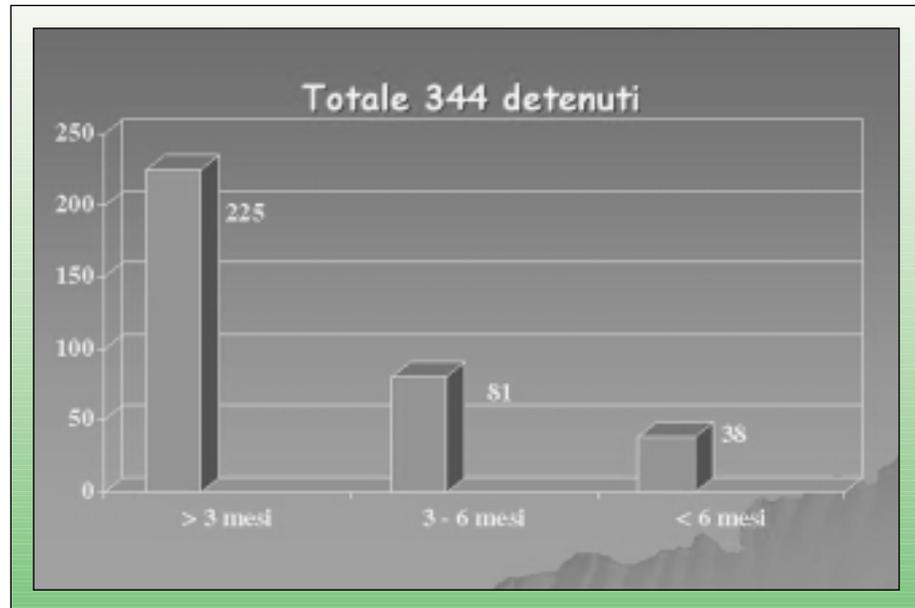
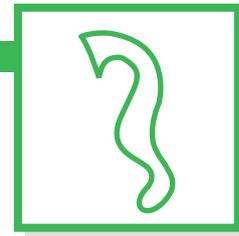


Figura 12. Permanenza presso Reparto di osservazione.

I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario*



ANGELO FIORITTI¹, VITTORIO MELEGA², ELISA FERRIANI²,
PAOLA RUCCI³, CRISTINA VENCO⁴,
ANNA ROSA SCARAMELLI², FABIO SANTARINI⁵

¹Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna; ²Azienda USL, Bologna; ³Dipartimento di Psichiatria, Farmacologia, Neurobiologia e Biotecnologia, Università di Pisa; ⁴A.O. C. Poma, Mantova; ⁵Azienda USL, Rimini

PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 91-95

RIASSUNTO

Gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) sono le uniche strutture di psichiatria forense in Italia. Lo studio MoDiOPG (Monitoraggio Dimissioni dall'OPG) è il primo studio prospettico che ha descritto le caratteristiche cliniche, criminologiche e psicosociali della popolazione ivi internata. Una coorte di 118 pazienti ed altrettanti controlli appaiati per età, sesso, diagnosi e durata di malattia sono stati valutati inizialmente e seguiti ogni 18 mesi per tre anni. Il 72% dei soggetti aveva una diagnosi di psicosi non affettiva ed il 75,2% aveva commesso gravi reati verso la persona. Il 60% era in carico ad un servizio di salute mentale al momento della commissione del reato. I soggetti internati in OPG avevano più frequentemente dei loro controlli una storia di abuso di sostanze, avevano commesso più reati ed avevano livelli inferiori di disabilità psicosociale. Al follow-up a tre anni il 53,4% dei soggetti era ancora in OPG, il 39,8% era stato dimesso, il 4,2% era deceduto ed il 2,5% si trovava in prigione. Tra i dimessi il 63,9% si trovava presso una struttura residenziale pubblica o privata convenzionata e solo il 29,8% viveva al proprio domicilio. La commissione di nuovi reati era di fatto assente tra i soggetti e di modeste dimensioni tra i controlli. Lo studio MoDiOPG costituisce a tutt'oggi il solo studio epidemiologico in grado di fornire dati attendibili su una popolazione particolare e problematica come quella degli OPG.

Parole chiave: pazienti psichiatrici rei, ospedali psichiatrici giudiziari, epidemiologia, studio di coorte prospettico.

SUMMARY

Maximum security forensic hospitals (ospedali psichiatrici giudiziari - OPGs) are the only facilities in Italy providing care and custody for mentally ill offenders. The MoDiOPG (Monitoring Discharges from OPGs) project is the first prospective study aimed to describe clinical, criminological and psychosocial features of their population. An assessment of 118 patients admitted to three forensic hospitals and of a matched control group from community non forensic services was carried out. Seventy-two percent of subjects had a diagnosis of non-affective psychosis, and 75.2% had committed serious crimes against persons; fifty-four percent were homicide or attempted homicide. Sixty percent were being treated by a community service when they committed the index crime, and 68.9% had been compulsorily admitted previously. OPG inmates had more frequently a history of substance abuse, had committed more crimes and had lower social disability than controls. These 118 patients and their matched controls were then followed up for three years and their psychiatric and legal status periodically recorded. At 36 months, 53.4% of subjects were still in OPGs, 39.8% were discharged, 4.2% had died and 2.5% were in prison. Among discharged, 63.9 were in supervised settings (supported housing or therapeutic communities) and only 29.8% were living independently in the community. The relapse for criminal behaviour was virtually absent among discharged subjects and minimal among controls.

Key words: mentally ill offenders, psychiatric forensic hospitals, epidemiology, prospective cohort study.

*Il testo riprende in parte la relazione "Una finestra sul buio: i primi tre anni del progetto Monitoraggio Dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario" in: Progetto Nazionale Salute Mentale, rapporto conclusivo (P. Morosini, G. de Girolamo, F. Di Fabio eds.), Rapporti Istituzionali, ISS Roma, pp. 82-85.

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Il Progetto MoDiOPG ha iniziato la sua fase operativa nel giugno 1997 per esplorare la realtà dell'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), le sue connessioni con i servizi esterni e le sue potenzialità di cambiamento. Scopo dichiarato era quello di costituire una banca di dati statici e dinamici per documentare questa interfaccia del mondo psichiatrico con quello giudiziario e penitenziario, al fine di informare scientificamente possibili cambiamenti dell'assetto legislativo in materia. Nei primi tre anni sono stati raccolti dati sufficienti a documentare con una certa precisione:

- ◆ le caratteristiche cliniche, sociali e criminologiche della popolazione internata in OPG;
- ◆ una comparazione di queste caratteristiche con quelle dell'utenza omologa correntemente seguita dai servizi psichiatrici territoriali;
- ◆ un'analisi dei fattori predittivi della durata di degenza in OPG; vale a dire, visto da altro punto di osservazione, del processo di *decision making* sul rilascio da tale istituzione;
- ◆ un'analisi degli esiti clinici, sociali e criminologici – a 18 e 36 mesi – dell'utenza dell'OPG, con particolare attenzione ai percorsi istituzionali e alle recidive di comportamenti violenti.

METODI

Si tratta di uno studio di coorte, naturalistico, che ha valutato e seguito nel tempo l'intera popolazione di tre regioni (Emilia-Romagna, Toscana e Friuli Venezia Giulia), ricoverata presso gli OPG nazionali al 30/6/1997. Tale popolazione è risultata costituita da 118 soggetti, ad ognuno dei quali è stato abbinato un "controllo", appaiato per sesso, età, diagnosi e durata di malattia, seguito dai servizi psichiatrici territoriali ordinari. I due gruppi sono stati valutati alla data di inizio (*baseline assessment*) e seguiti con due follow-up a 18 e 36 mesi. Per una descrizione dettagliata degli strumenti di valutazione utilizzati si rimanda alle pubblicazioni scaturite dal progetto (vedi nota* a pag. 91)¹⁻⁵.

RISULTATI

Baseline assessment

Il 70,1% della popolazione internata aveva una diagnosi di schizofrenia o di disturbo delirante; il 42,4% era internato per omicidio ed il 32,2% per altri gravi reati contro la persona. Su 88 casi in cui era stato possibile raccogliere informazioni sulle vittime, queste erano costituite nel 44% dei casi da familiari, nell'11% da operatori sanitari, nel 26% da conoscenti o esercenti ruoli pubblici e nel 2% da sconosciuti.



Nel 46% del campione vi era un'anamnesi positiva per abuso di sostanze, nel 21% per più sostanze. Il 32% del campione aveva avuto solo ricoveri volontari prima dell'ammissione in OPG, mentre il 69% aveva avuto uno o più ricoveri obbligatori. Il 61% era in trattamento presso un servizio psichiatrico pubblico al momento della commissione del reato.

Alla comparazione con il gruppo di controllo emergeva che la coorte OPG aveva più bassi livelli di istruzione, tassi più elevati di abuso di sostanze, di ricoveri involontari e di reati precedenti. Il campione OPG presentava inoltre punteggi più elevati agli item sospettosità-ostilità della Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e punteggi più bassi negli item inerenti i sintomi negativi. Il campione OPG presentava anche profili più lievi di disabilità sociale, lavorativa e fisica.

Follow-up. Fattori predittivi della durata di degenza

Da analisi di sopravvivenza condotte sui singoli fattori sono emersi, come predittori di durata di internamento:

- ◆ il reato commesso (omicidio: tempo mediano di permanenza 706,6 settimane, rispetto alle 307,1 e 194,7 dei reati minori e delle lesioni; log-rank = 31,8, $p < 0,001$);
- ◆ la durata preventivata della misura di sicurezza (RR = 0,98, CI 95% 0,97-0,99, $p < 0,001$);
- ◆ la diagnosi di schizofrenia (621,9 settimane rispetto alle 389,9 settimane o meno delle altre diagnosi; log-rank = 5,83, $p < 0,01$);
- ◆ i disturbi del pensiero alla BPRS (RR = 0,89, CI 98% 0,81-0,98, $p < 0,01$);
- ◆ OPG di internamento (314,6 settimane a Montelupo Fiorentino rispetto alle 706,6 di Reggio Emilia e alle 621,9 di Castiglione delle Stiviere; log-rank = 9,64, $df = 2$, $p < 0,001$).

In un modello di regressione di Cox a più covariate solo il tipo di reato, la durata della misura di sicurezza e la diagnosi sono risultati significativi.

Follow-up. Percorsi istituzionali dopo la dimissione

Dopo 18 mesi il 53,4% della popolazione iniziale era ancora in OPG, il 39,8% era stata dimessa, in licenza esperimento o a titolo definitivo, il 4,2% era deceduta ed il 2,5% era in carcere. Tra i dimessi il 63,8% era presso una comunità terapeutica, pubblica o privata, e solo il 29,8% era seguito sul proprio territorio risiedendo al proprio domicilio.

Dopo 36 mesi il 35,6% della popolazione iniziale era ancora in OPG, il 55,1% era stata dimessa, in licenza esperimento o a titolo definitivo, il 5,1% era deceduta ed il 4,2% era in carcere. Tra i dimessi il 58,5% era presso una comunità terapeutica, pubblica o privata, ed il 41,5% era seguito sul proprio territorio risiedendo al proprio domicilio.

A 18 mesi, 10 pazienti (8,5%) avevano commesso atti configurabili come reati, il più grave dei quali era quello di lesioni; di questi, sei all'interno dell'OPG e quattro all'esterno. In 8 casi su 10 il gesto ha avuto conseguenze legali (denuncia, arresto, giudizio). Nello stesso periodo nel gruppo di controllo si erano verificati 14 atti configurabili come reati, il più grave dei quali era quello di lesioni, e in 2 casi su 14 si erano avute conseguenze legali (arresto, internamento in OPG).

Follow-up. Variabili cliniche

A 18 mesi le differenze ai punteggi della BPRS tra soggetti e controlli tendevano a diminuire, sia che si trattasse di soggetti ancora internati sia di soggetti dimessi.

A 18 mesi non emergevano differenze significative tra il numero di ricoveri volontari ed obbligatori che i soggetti ed i loro controlli abbinati avevano eseguito (10 volontari ed 1 trattamento sanitario obbligatorio rispetto a 12 volontari e 3 trattamenti sanitari obbligatori rispettivamente).

DISCUSSIONE

Il progetto MoDiOPG ha documentato una realtà clinica ed istituzionale per molti versi finora dimenticata ed oggetto di considerazioni prevalentemente teoriche ed ideologiche. I dati che ha fornito possono essere utili come base clinico-epidemiologica alla discussione politica e legislativa che si sta avviando.

È importante sottolineare, a tal proposito, come, anche basandosi su indicazioni provenienti da questa ricerca, il Ministero della Salute abbia deciso di approvare e finanziare un progetto di ricerca-intervento, condotto dalle regioni Toscana ed Emilia-Romagna, che prevede l'attivazione di una residenza protetta per pazienti in misura di sicurezza nel territorio dell'AUSL di Firenze e di un reparto aperto presso l'OPG di Reggio Emilia. Tali esperienze potranno documentare se alcuni suggerimenti che provengono dalla ricerca MoDiOPG sono realizzabili e con quali esiti.

Il progetto MoDiOPG ha infatti dimostrato come la popolazione degli OPG sia multiproblematica, con bisogni di salute e sociali difficili da soddisfare tramite gli attuali percorsi di presa in carico e di cura da parte dei servizi.

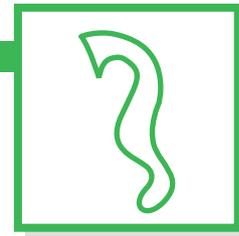
Il fatto che i fattori preponderanti nel processo di rilascio dall'OPG siano quelli giudiziari, la debole componente sanitaria nel processo di cura all'interno dell'OPG, il carente collegamento con i servizi esterni, l'elevatissima quota di pazienti in strutture comunitarie a 18 e 36 mesi dall'uscita dall'OPG (a fronte di una disabilità minore dei soggetti OPG rispetto ai controlli) sono tutti elementi che depongono per la necessità di avviare un processo di revisione dei percorsi di cura che non può basarsi esclusivamente sul coinvolgimento degli attuali servizi territoriali, ma deve prevedere la creazione di strutture a vari livelli di protezione in grado di garantire un sistema di cura e tutela sociale integrato nella rete dei servizi sanitari.

RINGRAZIAMENTI

Il progetto MoDiOPG è stato sostenuto e promosso dagli Assessori alla Sanità ed alle Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, cui va tutto il nostro ringraziamento. Il progetto è stato inoltre finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità, Progetto Nazionale Salute Mentale (contratto 96/Q/T/34), che ha anche fornito preziose opportunità di coordinamento, consulenza e orientamento nella persona di Giovanni de Girolamo, che sentitamente ringraziamo. Un ringraziamento particolare va ai Direttori e al personale tutto dei tre OPG che stanno partecipando allo studio per la loro disponibilità e competenza, nonché al personale dei Servizi Psichiatrici di Bologna per le interviste ai controlli. Un grazie infine ai nostri consulenti stranieri Kenneth Tardiff, M.D. (New York) e Julian Leff M.D. (Londra).

Bibliografia

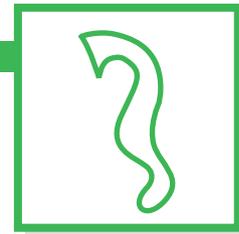
1. Fioritti A, Melega V, Scaramelli AR, et al. Violenza e malattia mentale: uno studio sulla popolazione di tre Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Il reo e il folle* 1999; 9-10: 137-48.
2. Fioritti A, Melega V, Ferriani E, et al. Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals. *Journal of Forensic Psychiatry* 2001; 1: 36-51.
3. Fioritti A, Melega V. Istituzioni e processi di cura per i pazienti psichiatrici autori di reato in Italia ed all'estero. *Noos* 1998; 2: 135-42.
4. Fioritti A, Melega V. Il Progetto Mo.Di.OPG.: valutazione e follow-up di una popolazione internata in ospedale psichiatrico giudiziario. In: de Girolamo G, Picardi A, Polidori G, Morosini P, eds. Progetto nazionale Salute Mentale, Rapporti Istisan, 00/12. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2000; pp 115-20.
5. Melega V, Neri G, Fioritti A. Violence in the mentally ill: can psychiatric services treat and prevent it? *The Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences* 1999; 9/1: 12-5.



Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici

GIANCARLO NIVOLI, LILIANA LORETTU, PAOLO MILIA,
ALESSANDRA NIVOLI, L. FABRIZIA NIVOLI

Clinica Psichiatrica, Università di Sassari



PSICHIATRIA E CARCERE

Nº05
1:2006; 97-110

RIASSUNTO

All'interno del colloquio clinico – sia di tipo criminologico che psichiatrico – tra il detenuto ed una figura professionale nell'ambito della salute mentale (psichiatra, criminologo, psicologo, ecc.) in un'istituzione penitenziaria, si intrecciano una serie di elementi che concorrono a rendere tale relazione terapeutica assai difficoltosa: in primo luogo la diffidenza ed i pregiudizi presenti sia negli operatori sanitari nei confronti dei detenuti, sia da parte di questi ultimi nei confronti degli operatori. In secondo luogo, al fine di una migliore comprensione, è utile contestualizzare l'individuo, privato della propria libertà e costretto a lunghe detenzioni, all'interno di una costellazione di comportamenti, valori, regole e scelte, strettamente correlate ad una "sottocultura carceraria" e del tutto differenti da quelle che scandiscono la "vita al di fuori delle mura carcerarie". Il colloquio quindi rappresenta il mezzo attraverso cui l'operatore sanitario attua un primo intervento terapeutico ed assume una valenza ricca di aspetti strettamente specifici. Verranno di seguito esaminati alcuni elementi, soprattutto sotto l'aspetto antropologico-culturale (meccanismi psicologici utilizzati, contesto culturale, ecc.) al fine non solo di approfondire la comprensione del colloquio con il detenuto, ma anche di favorire un intervento terapeutico mirato.

Parole chiave: colloquio clinico, detenuto, sottocultura carceraria, meccanismi psicologici.

SUMMARY

During the clinical interview – both criminological and psychiatric – between the prisoner and who works in the mental health (psychiatrist, criminologist, psychologist, etc.) in the context of a prison, a lot of features can make this therapeutical relation very difficult: first of all, the suspiciousness and the prejudices of people who works in the mental health against the prisoners and vice versa. Then, for a better understanding, it is useful to consider the prisoner, deprived of his freedom and forced to long imprisonment, connected to his behaviours, values, rules and choices, tightly related to a "subculture of prison" and so different from "life out of the prison". The clinical interview is the way how who works in a mental health context makes the first therapeutical intervention and it has got very specific features. Some of the elements will be examined, particularly by an anthropological and cultural point of view (psychological processes, cultural context, etc.), in order to go deeper into the understanding of the clinical interview with the prisoner, but also in order to aid a specific therapeutical intervention.

Key words: clinical interview, prisoner, subculture of prison, psychological processes.

INTRODUZIONE

In ambito penitenziario il colloquio con il detenuto presenta differenti valenze a seconda degli operatori coinvolti. Per la loro valenza terapeutica, particolare attenzione meritano il colloquio criminologico ed il colloquio psichiatrico.

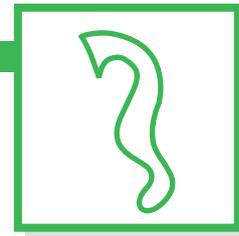
Il *colloquio criminologico*, come previsto dall'art. 80 dell'ordinamento penitenziario del 1975, ha come obiettivo l'osservazione della personalità del condannato, finalizzata alla formulazione del programma trattamentale rieducativo. Tale obiettivo conferisce al colloquio criminologico una valenza terapeutica, seppur specificamente legata alla condizione penitenziaria dell'individuo.

Tuttavia, il tempo trascorso dall'entrata in vigore dell'ordinamento penitenziario non ha fugato le numerose perplessità, e difficoltà, in merito al colloquio criminologico. In particolare, è da segnalare l'ambiguità che coinvolge il ruolo del criminologo che, da una parte, ha un mandato dell'istituzione penitenziaria e, dall'altra, riveste un certo ruolo terapeutico; pertanto, specifici aspetti quali il mantenimento del segreto professionale, la specificità del contesto in cui si svolge il colloquio, la volontarietà alla partecipazione al colloquio, ecc. si confrontano quotidianamente con obiettive difficoltà che condizionano la relazione con il detenuto.

Numerosi autori hanno segnalato l'importanza e le difficoltà del colloquio criminologico, suggerendo la necessità di utilizzare specifiche tecniche di colloquio per poter "meglio operare" in ambito penitenziario¹⁻³. In particolare Nivoli sottolinea l'importanza, per il criminologo, di conoscere le differenti strategie comunicative e relazionali utilizzate dal detenuto, che potrebbero condizionare l'andamento del colloquio qualora il criminologo non fosse in grado di riconoscerle; pertanto, atteggiamenti quali la rivendicazione, la manipolazione, la drammatizzazione, la seduzione, ecc., dovrebbero essere correttamente decodificati dal criminologo al fine di comprendere il reale contenuto della comunicazione.

Il *colloquio psichiatrico* rientra negli interventi terapeutici dell'assistenza specialistica offerta ai detenuti. Anche il colloquio psichiatrico non è scevro da problematiche, molte delle quali legate al contesto penitenziario che non garantisce, nella totalità, una corretta relazione terapeutica, in quanto condizionato da una forte impronta custodialistica, a scapito di quella assistenziale. La relazione terapeutica si confronta con la doppia responsabilità dello psichiatra che, da una parte, è responsabile nei confronti del paziente-detenuto e, dall'altra, è – anch'egli – dipendente dell'amministrazione penitenziaria ed anche a questa deve rispondere. Da tale "conflitto di interessi" scaturisce una relazione terapeutica minata alla base nelle sue caratteristiche fondamentali che concernono i principi della riservatezza, beneficiabilità, confidenzialità.

Numerose altre figure professionali si relazionano al detenuto nell'ambito di differenti contesti, non tutti a valenza terapeutica. Tuttavia, pur nell'ambito della diversità professionale, è utile segnalare la presenza di un denominatore comune che, con modalità trasversale condiziona numerose relazioni con il



detenuto: la diffidenza. In ambito penitenziario, infatti, la diffidenza è universalmente presente. Tra gli operatori penitenziari la diffidenza nei confronti del detenuto è alimentata da numerosi pregiudizi sul detenuto, spesso percepito esclusivamente come un manipolatore, costantemente orientato ad ottenere benefici secondari da chiunque ed in qualunque momento. Tra i detenuti la diffidenza nei confronti degli operatori è spesso legata alla tipica sottocultura carceraria che prevede una netta divisione tra il mondo del detenuto e “gli altri” e ad una tipica strutturazione paranoidea del detenuto che, senza necessariamente sconfinare nella patologia, si caratterizza tuttavia per diffidenza, sospettosità, sfiducia, e marcato utilizzo della proiezione. In tale clima di diffusa e reciproca diffidenza, i contenuti del colloquio con il detenuto devono necessariamente essere attentamente decodificati e riconosciuti nel loro profondo significato e nelle specifiche dinamiche.

Inoltre è utile segnalare, anche se può apparire ovvio, che il detenuto non è diverso dalle altre persone che sono fuori dalle istituzioni penitenziarie. Tuttavia per molti individui che entrano nel circuito penitenziario e subiscono lunghe detenzioni, non è possibile ignorare che il “mondo del carcere” implica valori, sottoculture, scelte di comportamenti non sempre sovrapponibili a quelli che una persona può gestire, in apparente piena libertà, al di fuori delle mura carcerarie e delle regole strette che ne condizionano la vita fisica e psicologica.

Sotto questo esclusivo e specifico aspetto è parso utile sottolineare una serie di osservazioni, sviluppate soprattutto per quanto riguarda l’aspetto antropologico-culturale, che possono arricchire di informazioni, per una migliore comprensione ed un migliore intervento terapeutico, le figure professionali che si relazionano con chi è ristretto dentro le mura delle istituzioni penitenziarie.

Nell’ambito di questi principi generali, che possono essere considerati utili per meglio affrontare sotto il profilo cognitivo e terapeutico il colloquio con il detenuto, possiamo considerare, seppur non esaustivi e non reciprocamente escludenti, gli aspetti che seguono.

LA RICERCA DI UNA PERDUTA GRATIFICANTE VISIBILITÀ SOCIALE

La maggior parte dei detenuti non è affatto fiera e gratificata dal fatto di essere etichettata, emarginata, stigmatizzata come deviante, delinquente, condannato, ecc. La maggior parte dei detenuti sente vivo il bisogno, nei suoi colloqui con estranei, di recuperare un ruolo sociale che sia gratificante, secondo i normali valori positivi che regolano la buona visibilità sociale nella popolazione generale. Per questo, il detenuto cercherà di offrire di se stesso una buona immagine in almeno tre diversi campi di informazione.

In primo luogo è da segnalare che il detenuto cercherà di fornire un’immagine di se stesso come persona innocente, non colpevole nei confronti del reato di cui è stato imputato e/o condannato. Questa richiesta di accettazione da parte di altri come persona innocente (molti in carcere si proclamano innocenti) può avvenire attraverso varie modalità che scorrono tra la negazione più assoluta della partecipazione al fatto, fino alle più sottili e sofisticate giustificazioni e razionalizzazioni di quanto è successo.

Inoltre il detenuto è sempre spinto, nel colloquio, a ricercare un'accettazione di se stesso come di una "brava persona" secondo i valori più in auge presso la propria cultura; cioè, il detenuto tenderà a dipingersi, con modalità non richieste, invasive, intrusive e ripetitive, come una persona provvista di estreme buone qualità umane, particolarmente amante della madre, rispettoso dei genitori, devoto e attento ai bisogni della propria moglie, sempre in grado di sacrificarsi per i propri figli, capace e onesto lavoratore.

Infine, seppur con tutte le ambivalenze e le variazioni tipiche del caso, è opportuno mettere in luce che il detenuto tende anche a presentarsi come un buon detenuto, cioè un detenuto leale, modello, una persona che pensa solo ai fatti suoi, non fa la spia, non fa le delazioni, non si permette di giudicare nessuno, non chiede quello che non gli è dovuto, ecc.

Il detenuto quindi, come ogni persona che vive in un contesto sociale e culturale con dei valori, tenderà a presentarsi come un individuo in sintonia con i valori a buona visibilità sociale di quel dato contesto. Potrà cercare di adempiere a questa sua funzione spesso con una particolare intrusività, stereotipia e soprattutto incurante, a volte, di un mancato rispetto di realtà concrete che stridono fortemente con le sue affermazioni.

L'ASSUNZIONE DEL RUOLO DI VITTIMA

Per la maggior parte dei detenuti, soprattutto quelli che da lunghi anni sono ristretti nelle carceri, sarebbe difficile e fortemente traumatizzante un reale confronto con l'amara realtà della loro vita. Per queste persone mettersi davanti allo specchio e valutare, con obiettività e freddezza, che alla loro età non hanno concluso nulla a livello di lavoro, di sistemazione economica, non hanno alcuna professionalità, non possiedono alcuna fonte di reddito e non hanno alcuna sicurezza emotiva nei confronti delle persone più care da cui spesso sono criticati, se non chiaramente abbandonati ed esclusi, è estremamente difficile. Non pochi detenuti, inoltre, sono affetti da patologie croniche, per cui non riescono a cogliere una speranza nel futuro.

Di fronte ad una realtà così crudele, frustrante, senza speranza, il detenuto può ricorrere ad attribuire la colpa di tutto ciò agli altri ("la colpa non è mia, è degli altri!") o ad assumere il ruolo stereotipato di vittima ("gli altri sono cattivi, io sono buono, io sono una vittima della cattiveria degli altri").

A volte l'attribuzione della colpa ad altri (proiezione della colpa) viene fatta con modalità difficilmente comprensibili per le persone che non sono abituate al riconoscimento dei meccanismi di difesa.

La colpa, se io sono in carcere, è dei miei genitori... Mi hanno detto: "sei un drogato!" e allora io sono stato costretto ad andarmene fuori di casa e a drogarmi. Se non me l'avessero detto io, a questo punto, non sarei un drogato. È colpa loro!

La descrizione di se stessi come vittime è spesso oggetto di lunghe verbalizzazioni del detenuto con le persone con le quali ha un colloquio.

I poliziotti ed i carabinieri sono violenti, si sono sbagliati sul mio conto, mi hanno volontariamente trattato con violenza e con mancanza di rispetto... I

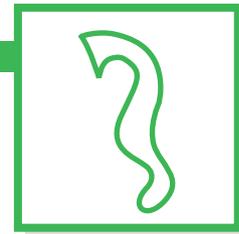
datori di lavoro sono sempre stati incompetenti, intrusivi, francamente delinquenti... In carcere non mi si dà mai la possibilità di svolgere, come previsto per legge, un lavoro retribuito, nonostante la buona volontà. Anche in carcere ci sono i raccomandati di ferro, le ingiustizie... I servizi igienici nelle celle non funzionano come previsto per legge... È un vero e proprio schifo la mancanza più assoluta di rispetto per la dignità umana... Non ho possibilità di usufruire del numero dei permessi che sono previsti per legge; il cibo che è fornito dall'amministrazione ha sempre invariabilmente delle manchevolezze: è troppo, è troppo poco, è troppo gustoso, è troppo pepato, è troppo insipido, sembra il cibo di un ospedale per malati, sembra il cibo di una trattoria con tante spezie per nascondere i cibi avariati, ecc.

Queste plateali proiezioni di colpa sugli altri e descrizione di se stessi come vittima stereotipata, intrusiva, petulante, non devono, aprioristicamente escludere, in chi ascolta, la reale possibilità che la colpa non sempre sia del soggetto e che in non pochi casi numerose dinamiche si spieghino attraverso ruoli vittimologici: tutti elementi che non possono essere che correttamente approfonditi sotto l'aspetto cognitivo e terapeutico.

LE RISPOSTE A LARGO ALONE SEMANTICO

Nell'ambito del colloquio con il detenuto è spesso difficile ottenere delle risposte obiettive, precise, specifiche, anche a domande apparentemente semplici. Nel detenuto spesso la risposta è molto vaga, imprecisa, onnicomprensiva e, soprattutto, tende a modificarsi nel corso del colloquio stesso. Le risposte vaghe e nebulose lo sono tanto più quanto il detenuto non ha ancora nella sua testa idee chiare su quello che vuole o può ottenere dalla persona che lo sta interrogando. Nell'esempio che segue è possibile avere un'idea più precisa del vissuto del detenuto in merito a queste risposte esitanti, vaghe e generiche: *lei mi ha chiesto che terapia farmacologica sto assumendo e vuole una risposta precisa, ma io non so mica che cosa lei ne fa della mia risposta. Per esempio, se lei mi deve dare delle terapie allora io le dirò che stavo assumendo fino all'altro giorno delle forti dosi di eroina e adesso sono in astinenza. Se invece lei fa un rapporto al magistrato ed io voglio uscire dal carcere, dirò che avevo smesso da anni di prendere l'eroina e che non mi interessa più perché io sto solo cercando di trovare un lavoro. Se invece lei mi può mandare in una comunità terapeutica, dove si vive meglio che in carcere, allora io dirò che ho preso un po' di eroina, che mi sono già disintossicato un po' da solo e che avrei bisogno di un po' di aiuto da una comunità per poter vivere meglio e realizzare il mio sogno di disintossicarmi.*

Le risposte a largo alone semantico non impediscono che a volte vi siano risposte del tutto non corrispondenti al vero, ovvero risposte veritiere finalizzate ad ottenere specifici guadagni secondari. In linea generale, questa tendenza a dare risposte sul massimo dell'adattabilità, e della possibilità di sfruttare per guadagni secondari il tipo di interlocutore, porta sovente il detenuto ad adottare questa tecnica. Sarebbe certo ingenuo ritenere che tutte le persone, soprattutto i pazienti psichiatrici, raccontino solo e sempre la verità



assoluta agli operatori sanitari. Tuttavia, nel caso del detenuto chiuso in un'istituzione penitenziaria, non possono essere ignorati i vari guadagni secondari che possono essere legati alle informazioni che il paziente può gestire nella comunicazione.

L'AFFOLLAMENTO CONFUSO DI MILLE PROBLEMI URGENTI

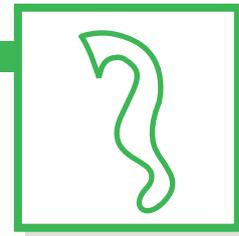
Non raramente chi opera in istituzioni penitenziarie si confronta con un detenuto che dichiara di trovarsi in situazione di urgenza e richiede pressantemente un colloquio. Tuttavia nell'ambito del colloquio non emerge un problema chiaro e semplice, ma emergono miriadi di problemi, tutti "importantissimi", tutti "urgenti", quasi tutti "senza speranza di risoluzione", che il detenuto "getta in faccia" al suo interlocutore. Si tratta a volte, per gli operatori della salute mentale, ma non solo per loro, di essere investiti da un affollamento confuso di problemi che il paziente, con ansia, agitazione e, talvolta in modo aggressivo e provocatorio, getta sulla scrivania se non direttamente sulla coscienza di chi lo ascolta.

Dottore, io non riesco più a vivere qua dentro perché è la seconda volta che mi condannano per furto, ma io non ho fatto niente, io impazzisco... E poi io ho sempre sofferto di claustrofobia e adesso qui sarete tutti responsabili se mi succede qualcosa... È più di un anno che sono chiuso qua dentro, tutti gli altri lavorano, a me non danno un lavoro ed io non ho nemmeno i soldi per comprare le lamette per farmi la barba, per fumare una sigaretta... Ma le pare giusto che io debba chiedere l'elemosina per potermi fare la barba... Io sono già stato all'ospedale psichiatrico giudiziario, lei mi deve mandare perché io, glielo dico, se non mi manda oggi o domani, lei lo deve sapere che mi può succedere qualcosa e lei, e voi tutti, ne siete responsabili... Io sono ammalato, io sono già stato all'ospedale psichiatrico! Vi chiedo di andarci e voi continuate a non mandarmi... Qui dentro mi trattano tutti come un cane! Io devo parlare con mio padre che non ha il telefono ed è molto ammalato, vecchio, anziano, e nessuno di voi si è dato da fare per avvisarlo! Io devo parlare con mio padre, non le pare che sia un mio diritto? Cosa stanno a fare qui gli educatori, i criminologi, i sociologi se non riesco neanche a parlare con mio padre vecchio e morente... è un mio diritto...

Da rilevare che questo soggetto non è mai stato accusato di furto, bensì di rapina a mano armata...; non ha mai sofferto di claustrofobia...; messo al lavoro in carcere ha rifiutato di continuare a lavorare perché "pagato troppo poco"...; all'ospedale psichiatrico giudiziario non è stato diagnosticato psicotico, ma solo portatore di una diagnosi di personalità antisociale; il padre, e lui è perfettamente informato, gode di buona salute e rifiuta di parlare con il figlio detenuto che reputa "delinquente incallito" e con cui "non vuole avere più niente a che fare".

Non può essere ignorata, da colui che si relaziona con il detenuto in ambiente carcerario, la sua funzione quasi di "pompieri", che deve spegnere ogni giorno tanti piccoli incendi, e cioè tante piccole fonti di frustrazione, ansia, agitazione che spesso si accavallano fra di loro e, come tanti piccoli ruscelli,

formano un torrente in piena che deve essere adeguatamente guidato, in senso terapeutico, allo scopo di evitare pericolosi passaggi all'azione auto od eteroaggressivi.



IL PASSAGGIO ALL'AZIONE COME MECCANISMO DI DIFESA DAI SENTIMENTI PENOSI

Non è possibile evitare che il detenuto, anche il più equilibrato psicologicamente, nell'adattamento a nuove situazioni, non sia oggetto, in carcere, di penose frustrazioni, non solo legate alla vita carceraria, ma anche alle notizie che possono giungere dall'esterno. A queste situazioni, interne ed esterne, di grave frustrazione, in ambiente carcerario, il detenuto può reagire direttamente con dei passaggi all'azione, costituiti per lo più da autolesionismi, tentativi di suicidio, aggressioni, crisi pantoclastiche, ecc. Tutti questi passaggi all'azione provocano a loro volta un grave scompiglio nella vita ordinata del carcere, creano turbamento ed ansia tra il personale medico e paramedico ed il personale addetto alla custodia, perché appaiono qualche volta quasi indomabili, non sempre prevedibili e, soprattutto, difficilissimi da gestire.

Un esempio tipico si può avere nel detenuto che va in infermeria e richiede un'enorme quantità di farmaci:

Sto male, se non mi date i farmaci siete dei vigliacchi, non sapete fare il vostro mestiere e lasciate soffrire un essere umano!

Al rifiuto motivato dei farmaci, il detenuto incomincia i suoi acting-out verso il personale medico e paramedico, sbatte la porta dell'infermeria, si reca in cella ed in genere, dopo aver preso le lamette, si produce vistose lesioni alle braccia.

Non è certo prerogativa specifica del detenuto l'incapacità di mentalizzare e cioè di gestire sentimenti penosi come l'ansia, la frustrazione, il timore, la paura, senza passare direttamente ad un'azione. Tuttavia, spesso, l'ambiente carcerario può favorire, per la mancanza di soluzioni alternative, questo passaggio all'azione. In particolare, la stessa struttura mentale di molti detenuti, che hanno difficoltà a mentalizzare, può favorire questa messa in atto di un meccanismo psicologico che spesso peggiora, complica, un corretto e funzionale adeguamento del soggetto alle rigide regole che vigono in un'istituzione penitenziaria. Le persone deputate al colloquio con il detenuto non possono ignorare le modalità di gestione dei sentimenti penosi che invariabilmente, o prima o dopo, possono interessare un detenuto e le loro possibili implicazioni in passaggi all'azione inadeguati e pericolosi per l'integrità fisica dello stesso e di altre persone.

L'USO PATOLOGICO DELL'ATTENZIONE SELETTIVA

Il colloquio con il detenuto spesso mette in luce dei contenuti che sono estremamente selettivi e specifici nei confronti dell'unica realtà che il detenuto vuole vivere e vuole illustrare al suo interlocutore. Accade cioè che il dete-

nuto, di tutte le innumerevoli stimolazioni che può offrire l'ambiente carcerario, sia in senso positivo che negativo, scelga solo ed esclusivamente quelle che più si adattano ai suoi desideri e alle sue speranze. Quest'attenzione selettiva può essere posta tanto nei confronti di atteggiamenti malevoli, quanto di atteggiamenti benevoli da parte dell'ambiente carcerario.

Dal racconto di un detenuto: *io l'ho dovuto aggredire perché mi sono accorto che quello mi voleva umiliare e disprezzare. Quando mi dava il piatto faceva sempre cadere qualcosa per terra... il bicchiere me lo appoggiava sempre in modo rumoroso e provocatorio... se poi si doveva alzare mentre mangiavamo spesso mi urtava e sbatteva la sua sedia contro la mia sedia... sembrava che lo facesse apposta per provocarmi e per volermi umiliare davanti agli altri... alla fine non ce l'ho più fatta.*

Ma quest'attenzione selettiva può essere anche rivolta a desideri e speranze che il detenuto nutre nei confronti dei suoi interlocutori.

Ma voi tutti me l'avevate promesso che mi avreste fatto uscire dal carcere... Lei come medico mi ha detto: "adesso ti faccio un certificato e vedrai che il giudice lo prenderà in considerazione per mandarti fuori dal carcere perché questo non è il tuo posto. Sei troppo ammalato per rimanerci." Così anche l'avvocato mi ha detto: "non ti preoccupare, uscirai al più presto perché il magistrato non ha alcun motivo ed alcuna giustificazione per tenerti in carcere." Anche il direttore mi ha detto: "tieni duro per una settimana o due e poi vedrai che le cose si risolvono". Insomma, tutti quanti mi avete fatto delle promesse ed io ci ho creduto. E adesso cosa succede? Che mi vedo arrivare un aggravio di pena per altri sette anni di carcere...

L'attenzione selettiva a determinati aspetti, così come viene descritta, non è ovviamente identificabile con una psicopatologia legata ad una interpretazione paranoidea, paranoicale della realtà in senso persecutorio o ad una interpretazione di tipo maniacale in cui tutto è facile, tutto è semplice, tutto è possibile, tutto si può ottenere immediatamente. L'attenzione selettiva è stata da lungo tempo oggetto di studi psicologici e psichiatrici. Ricordiamo infatti come vi siano stati esperimenti con "pseudo-pazienti" psichiatrici, in realtà sani di mente, in cui il personale medico e paramedico riusciva a trovare la patologia che si aspettava di trovare. Se venivano, infatti, inviati pazienti descritti come psicotici, essi tendevano ad essere riconosciuti come psicotici sebbene fossero sani. Ovviamente, in ambito carcerario l'attenzione selettiva, che può variare nei campi più disparati, non è di necessità separata da eventuali disturbi di personalità o psicosi che si possono variamente associare e contribuire a complicare una corretta visione della realtà da parte del detenuto.

LA TENDENZA AD AUTOCONFERMARE LE PREVISIONI

Nell'ambiente carcerario spesso non solo vengono vissuti sentimenti di tipo depressivo che rappresentano classicamente la difficoltà a nutrire delle speranze per il futuro (*hopelessness*), la difficoltà a poter ottenere aiuto (*helplessness*), la difficoltà ad avere una buona autostima (*worthlessness*), ma può esservi anche la messa in atto, da parte del detenuto, di previsioni spesso a



fondo nichilista, depressivo, di impotenza, di smacco, che egli stesso favorisce nell'ambito di un'autoprofezia che si sforza di realizzare.

Quel detenuto sembra farlo apposta, si lamenta che non lo si mette mai a lavorare e così non può guadagnare dei soldi e non può essere utile a casa; però ogni volta, prima di essere messo a lavorare, quando gli si dice: "da domani puoi andare al lavoro", lui riesce ad aggredire qualche compagno o qualcuno del personale di custodia così è punito e non è più inviato al lavoro. Quando lo si chiude in isolamento si taglia le braccia con la lametta e urla che tutti ce l'hanno con lui e che c'è una macchinazione per non dargli il lavoro.

Non è certo caratteristica del detenuto quella di crearsi delle aspettative sia in senso positivo, socialmente accettabile e gratificante, sia in senso socialmente negativo e frustrante. È tuttavia frequente che in ambiente carcerario, proprio in ragione della forte presenza di sentimenti come ostilità, aggressività, paura, e componenti depressive (perdite, separazioni, scarsa o poca fiducia in se stessi, difficoltà ad accettare o a pensare che si possa essere aiutati, blocco delle speranze future ecc.), si creino aspettative che spesso è lo stesso detenuto a rendere reali e concrete confermando la stessa profezia, spesso a carattere depressivo, che aveva costruito.

LA PERSISTENZA DI SCHEMI MENTALI DI COMPORTAMENTO NON FUNZIONALI

Quando il detenuto lascia l'ambiente libero per entrare nelle mura del carcere non lascia fuori dalle porte del carcere tutti i suoi problemi sociali, psicologici e, soprattutto, i suoi schemi comportamentali. Anche in carcere cercherà di ripetere quello che era solito ripetere, a parità o similarità di stimoli, nel suo ambiente libero.

Un detenuto era stato condannato per aver ucciso una prostituta che non gli portava sufficiente denaro. In carcere si occupa di un giovane ragazzo che obbliga a prostituirsi con altri detenuti; poiché quest'ultimo non gli porta guadagni soddisfacenti in termini di sigarette, di vino e di farmaci, cerca di ucciderlo.

Talvolta è nell'ambito della sua permanenza in carcere che il detenuto acquisisce e tende a ripetere determinati schemi comportamentali inadeguati e disfunzionali alla sua esistenza e qualità di vita.

Dal racconto di un detenuto: da quando sono in carcere io, tutte le volte che sono arrabbiato, teso e nervoso, non importa se con i compagni o con il personale di custodia, ho trovato un metodo che funziona sempre: prendo la lametta da barba e mi taglio le avambraccia, poi dopo io mi sento subito molto meglio, mi sento più rilassato, più tranquillo.

Il detenuto, come la maggior parte delle persone, tende a ripetere nella propria vita schemi di comportamento già fissati, elaborati, basati su esperienze precedenti. In ambito carcerario questi schemi tendono ancor più a fissarsi, data la maggior ristrettezza del campo esistenziale e delle scelte, e spesso sono improntati ad un comportamento distruttivo e violento nei confronti di cose, di se stessi o degli altri.

LE SCUSE PIÙ DISPERATE E DISPARATE PER ESSERE ASCOLTATO

Il carcere non è solo, nell'ambito di una rappresentazione simbolica, un padre crudele, cattivo che toglie la libertà, impone solo sacrifici e punizioni; è altresì, per alcuni detenuti, la rappresentazione di una madre accogliente ed accettante. In questi casi l'istituzione rappresenta l'unico ambiente in cui molte persone hanno un tetto sotto cui ripararsi, del cibo caldo per nutrirsi, un letto su cui dormire, sono anche curati per le loro malattie, ma soprattutto vengono accettati ed ascoltati.

Un detenuto afferma di soffrire profondamente ad un ginocchio e di dover assolutamente essere visitato dal medico perché non riesce più a muoversi. Giunto all'osservazione del medico parla del ginocchio e poi continua ad illustrare la sua difficoltà a respirare, l'ansia, la sua grande depressione per esser lontano dalla famiglia e poi conclude: "caro dottore, qui è tutto semplice e bello, qui finalmente siamo curati, ascoltati come lei sta facendo; io a casa non ho nessuno che mi ascolta, nessuno che bada a me, tutti mi chiedono i soldi per tirare avanti, mi disprezzano, mi trattano male, mio padre e mia madre non mi vogliono nemmeno più vedere;... l'inferno è fuori, ed io ho paura, ne vorrei parlare ma ho paura, credo che solo parlando con qualcuno mi toglierò le paure che mi aspettano fuori dal carcere".

Il carcere quindi, tra i suoi vari aspetti, può anche assumere il ruolo di una madre adetta all'accudimento, all'ascolto; tutto ciò non può essere ignorato e non adeguatamente utilizzato ai fini terapeutici.

LA SPECIFICA REATTIVITÀ DEL SINGOLO A SPECIFICI EVENTI TRAUMATICI

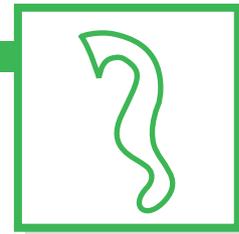
In ambito carcerario la maggior parte dei detenuti si trova ad affrontare specifici eventi traumatici. Ad esempio "l'impatto della prima carcerazione", ovvero la "vertigine dell'uscita" (insieme di paure ed ansie che si possono avere prima di uscire nuovamente dal carcere ed affrontare la vita in libertà), ecc.

Di fronte a tutte queste specifiche stimolazioni, le persone possono reagire in modo diverso a seconda delle loro disposizioni e delle loro specifiche psicopatologie.

Ricordiamo, ad esempio, di due assessori comunali rinchiusi in carcere per lo stesso reato. Il primo ha così verbalizzato: *ho dovuto prendere tutto come un incidente sul lavoro; dato che ero in carcere ho cercato di valorizzare al massimo la mia permanenza e, come vede, ora che sono uscito ho fatto una mostra dove ho invitato tutti i miei amici e conoscenti, dove si vedono tutti gli angoli più sperduti, bui e terribili del carcere e, nelle poesie che ho scritto, si può leggere lo stato d'animo non solo mio ma di molti detenuti.*

L'altro assessore dice: *è stata un'esperienza che non auguro a nessuno, io quasi ogni giorno pensavo di farla finita ed uccidermi, pensavo alla vergogna mia ad uscire, alla vergogna della mia famiglia, dei miei figli; mi sono tagliato tante volte i polsi, ma forse non l'ho fatto con coraggio sufficiente;*

anche quando ho cercato di impiccarmi l'ho fatto male, s'è rotto il cappio e per puro caso sono ancora vivo. La mia vita, adesso che uscirò tra qualche giorno, è distrutta, non ho alcuna speranza, sono un uomo morto...



LA CONTESTUALIZZAZIONE DEL SOGGETTO NELLE SOTTOCULTURE CARCERARIE

Vivere in un carcere è, per molti detenuti, entrare a fare parte o di culture generali, “culture madri del carcere”, o di piccole culture di specifici soggetti che sono soliti frequentare il carcere, forme di “cultura figlia”, che presentano una loro specificità. Tra le “culture madri”, ad esempio, più importanti e più diffuse, vi è senz’altro la tendenza ad interpretare in senso malevolo, come pericoloso ed intrusivo, il comportamento degli altri.

All’inizio del lavoro in carcere, come medico, arrivato in una fredda giornata di dicembre sono stato avvicinato dal personale di custodia che mi ha detto: “dottore, i detenuti, pur di farci stare al freddo hanno rovinato l’impianto di riscaldamento”. Poco dopo, visitando i detenuti, mi confidavano: “dottore, ha visto il personale di custodia, pur di farci stare al freddo ha rovinato volontariamente l’impianto di riscaldamento.

Si tratta di un aspetto di tipo persecutorio che, pur ricordando tratti paranoidei e paranoicali, non può non essere interpretato alla base di una cultura madre di tipo intrusivo, nocicettivo reciproco, che esiste in ambiente carcerario.

A volte poi il detenuto non è in grado di assorbire e gestire sottoculture figlie. Ad esempio, la cultura propria dei tossicomani (richiedere tanti farmaci, essere lamentosi) è molto diversa da quella degli appartenenti a organizzazioni criminali che accettano il carcere, non disturbano e si comportano rispettosamente verso il personale di custodia.

Un importante capo di un’organizzazione criminale ebbe a confidare: “dottore, mi sposti da questo braccio speciale, perché io non sono tra uomini, sono tra sfruttatori di donne, ladri di galline, tossicomani, che gridano ed urlano tutto il giorno, sono in uno zoo di animali. Lei mi metta fra gli esseri umani, non chiedo altro...”.

Per un detenuto, il non conoscere quale deve essere il comportamento in carcere, sia nella cultura carceraria più vasta e generale, sia nelle culture figlie, può provocare gravi problemi nelle relazioni personali ed essere alla base di ulteriori complicazioni, non solo a livello psicologico ma anche a livello della salvaguardia della propria integrità fisica. Anche questi non sono elementi da trascurare per un corretto intervento terapeutico nella persona del detenuto.

IL MONDO DEL BARATTO

In carcere non può circolare il denaro e le persone che spesso non possono disporre di alcun bene voluttuario cercano di scambiarsi i pochi privilegi che hanno attraverso il modo più primitivo di commercio, e cioè il baratto. In

carcere quasi tutto viene barattato, compresi i farmaci, come risulta dall'esempio che segue.

Dalle verbalizzazioni di un detenuto: *io sono una persona onesta, commercio i miei farmaci, ad esempio dò tre compresse di benzodiazepina per un litro di vino oppure due compresse per un pacchetto di sigarette, ma c'è qualcuno che bara sul gioco; per esempio, il mio vecchio compagno di cella che era diabetico dava le sue compresse ipoglicemizzanti spacciandole per benzodiazepine e pretendendo per ognuna due pacchetti di sigarette. L'hanno preso perché a lui è venuto il diabete ed è stata male anche la persona a cui aveva dato le sue pillole.*

Il mondo del baratto si estende, oltre ai farmaci, alle protezioni, alle raccomandazioni, al mangiare, al fumo, alla sessualità, allo scambio di aggressioni, di punizioni fisiche e corporali che un detenuto per conto di un altro può mettere in atto su un compagno.

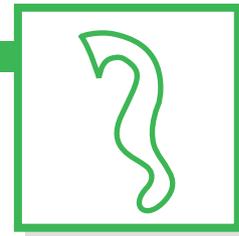
LE SOFISTICATE REGOLE DI UN GALATEO PER CONVIVERE CON LA PAURA DELL'ALTRO

Il mondo carcerario è spesso vissuto all'insegna della paura di essere aggrediti dalle altre persone. È il sentimento più diffuso, che permea sia il personale di custodia che i detenuti. La gestione di questa aggressività intragruppale è svolta all'insegna di precise, sofisticate regole di galateo che, se non conosciute o infrante, possono scatenare gravi ed irrimediabili comportamenti violenti.

Dalle verbalizzazioni di un detenuto: *vivere in carcere non è come si vede nei film, tutti amici, tutti compagni, tutti insieme a cenare e raccontarsi le proprie cose. La vita in carcere è ben differente, in una cella c'è sempre chi vuole comandare e dice: tu spazzi per terra, tu pulisci il cesso, tu rifai i letti per tutti. Anche per il semplice mangiare c'è chi dice: il sugo lo faccio io, tu pensa a far bollire la pasta e io ti dirò quando la devi togliere. C'è sempre qualcuno che vuole imporsi su qualcun altro; c'è sempre qualcuno estremamente nervoso, che può scoppiare da un momento all'altro per la minima stimolazione; c'è sempre in carcere qualcosa di cui non puoi parlare perché magari il tuo compagno è troppo interessato, come se ogni volta tu rischiassi di parlare di corda a casa dell'impiccato. Solamente due sere orsono un nuovo giunto, ingenuamente e senza chiedere il permesso a tutti, ha cambiato programma alla televisione, ed improvvisamente un nostro compagno, che noi conoscevamo già come una bomba pronta ad esplodere perché aveva ricevuto nove anni di aggravio della pena, ha spaccato lo sgabello e con una delle gambe ha fracassato il cranio al nuovo giunto che non sapeva nulla della vita carceraria.*

La vita in carcere è spesso improntata a una grande e forte paura di essere aggrediti dalle altre persone, la quale non è quasi mai verbalizzata in modo così chiaro e specifico dal detenuto. Saranno altri contenuti del colloquio a mascherare queste profonde paure; così molto spesso una cella troppo umida sta a significare che il paziente ha paura di essere aggredito, un dolore alla

colonna vertebrale e il non poter scendere all'ora d'aria stanno ad indicare che in libertà con gli altri detenuti potrebbe essere vittima di un'aggressione e il non recarsi dal medico potrebbe significare il timore di incontrare, per strada, un altro detenuto che ha giurato vendetta, ecc.



IL REGNO DELLA NOSTALGIA

In ambiente carcerario, non solo vi è una situazione obiettivamente sgradevole e frustrante, la restrizione della libertà, un ambiente chiuso, sporco, pericoloso, a stretto contatto con altri esseri umani nervosi, irascibili, di cui non ci si può liberare, ma anche un sentimento di disagio per vivere lontani da un ambiente ritenuto più gratificante come la propria casa, con la propria donna, i propri divertimenti e i propri beni personali. Si sviluppa così, in carcere, un vero e proprio proliferare di tutti i fenomeni di nostalgia verso il bene, il bello e il buono dell'esterno, perduto in contrasto con il cattivo, il brutto e il pericoloso dell'interno.

Dal commento di un infermiere del carcere: *tutti i detenuti non fanno altro che parlare nel modo migliore della propria mamma, un angelo che gli vuole tanto bene e a cui loro vogliono tanto bene. I figli che sono innamoratissimi del proprio papà o della propria mamma e che non possono vivere senza; la loro casa sempre riscaldata, dove si mangia bene, dove tutto è bello e pulito. Il carcere per tutti sembra diventare sempre molto più brutto di quello che è, ed è già brutto in realtà, mentre l'esterno diventa sempre più bello, luminoso, luccicante, caldo, accogliente di quello che è. Questa è la deformazione che fanno, ed è inutile intervenire: se cerchi di correggere il loro pensiero si arrabbiano.*

Il carcere, uno dei regni più idonei per creare i fenomeni di nostalgia, porta con sé anche una notevole deformazione della realtà, ma offre al contempo notevoli spunti da valorizzare in senso terapeutico per migliorare la qualità di vita del detenuto ed aiutarlo a tollerare con più sicurezza le frustrazioni.

CONCLUSIONI

Le caratteristiche qualitative delle osservazioni che precedono non hanno alcuna pretesa di escludere le varie psicopatologie di ordine psichiatrico, psicologico e le problematiche sociologiche che il singolo individuo può presentare. Inoltre, non desiderano ignorare l'estrema diversità di reattività alla carcerazione nei singoli soggetti interessati e il differente stile di vita che esiste in ogni specifica istituzione penitenziaria. Pur tuttavia, tenendo presente queste limitazioni, le osservazioni che precedono, sotto il profilo generale e sempre da verificare nel singolo caso specifico, possono essere di aiuto a tutti i diversi operatori della salute mentale che hanno colloqui con le persone in stato di restrizione di libertà nelle istituzioni carcerarie (sociologi, psicologi, criminologi, psichiatri, infermieri, ecc.). Queste osservazioni non possono inoltre essere altresì ignorate o sottovalutate da chi è preposto in

vari gradi alla sicurezza degli ambienti penitenziari e deve spesso gestire in prima persona il rapporto umano diretto con il detenuto (polizia penitenziaria, volontariato, artefici e responsabili di corsi professionali, ecc.).

Inoltre, quanto precede permette di isolare alcune osservazioni specifiche sul colloquio con il detenuto.

La complessità della corretta decodificazione del contenuto di un colloquio con il detenuto suggerisce di ottimizzare la comunicazione nella rete di operatori che ad esso si relazionano. Il contenuto di un colloquio, a volte, risulta un mosaico i cui tasselli sono sparsi tra i vari operatori; solo una buona e corretta comunicazione tra questi permette di ricostruire il reale significato di un colloquio che altrimenti rimarrebbe frammentato, incompleto e, soprattutto, incomprensibile e non terapeuticamente utilizzabile.

Appare opportuno saper adeguatamente valutare il contesto e la temporalità del colloquio. Niente è più costante, nel carcere, della variabilità dei significati del verbalizzato del detenuto: ciò che in un dato momento ha un significato potrebbe non averlo in un momento successivo. Pertanto, il reale significato delle comunicazioni del detenuto dovrebbe sempre essere verificato e contestualizzato nell'attualità del momento. Inoltre, gli operatori penitenziari dovrebbero saper cogliere il reale significato del colloquio con il detenuto al di là della "cortina di diffidenza" che, fisiologicamente, avvolge operatori e detenuti in ambito penitenziario. Infine gli operatori penitenziari, ed in particolar modo lo psichiatra, dovrebbero sapersi utilizzare come strumento diagnostico e terapeutico attraverso una corretta valutazione ed identificazione dei meccanismi psicologici utilizzati alla base delle proprie emozioni e comportamenti che, qualora non adeguatamente riconosciuti, contribuiscono a formare una "lente discorsiva" che non consente di cogliere la realtà clinica e di utilizzarla ai fini terapeutici^{4,5}.

Bibliografia

1. Nivoli GC. Il colloquio criminologico. In: Trentini G, ed. Manuale del colloquio e dell'intervista. Milano: Mondadori; 1980.
2. Merzagora I. Il colloquio criminologico. Milano: Unicopli; 1987.
3. Strano M. Manuale di criminologia clinica. Firenze: SEE; 2003.
4. Loretto L. Le reazioni emotive al paziente violento. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000.
5. Nivoli GC. La patologia mentale del terapeuta e la patologia mentale del paziente: incontri e scontri. Milano: Hippocates Ed.; 2000.