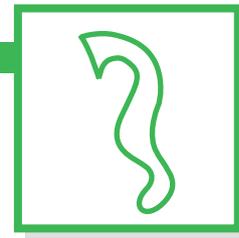


# Attenzione al disturbo psichico e territorializzazione della cura: nuovi metodi dell'intervento psichiatrico in carcere



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.

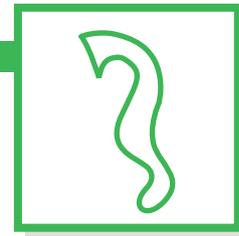
La riflessione sulla marginalità esistente in carcere ha portato alla costruzione di un indice che abbiamo definito “grado trattamentale” o di “vivibilità detentiva” quale sintesi di alcune caratteristiche dei regimi detentivi delle varie sezioni.

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.

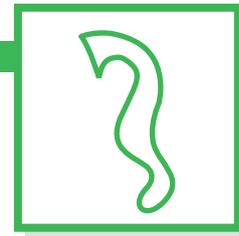
*L'attività consulenziale*, che prima era svolta da psichiatri libero professionisti organizzativamente svincolati da altre figure, ora è garantita dagli specialisti psichiatri del DSM che operano quotidianamente in tutte le sezioni del carcere su richiesta del medico di guardia o della Direzione Sanitaria 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 gruppalmente 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 grupale 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.

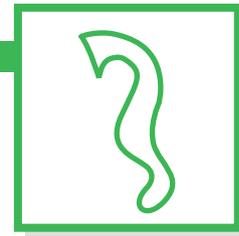
## RIFLESSIONI

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.

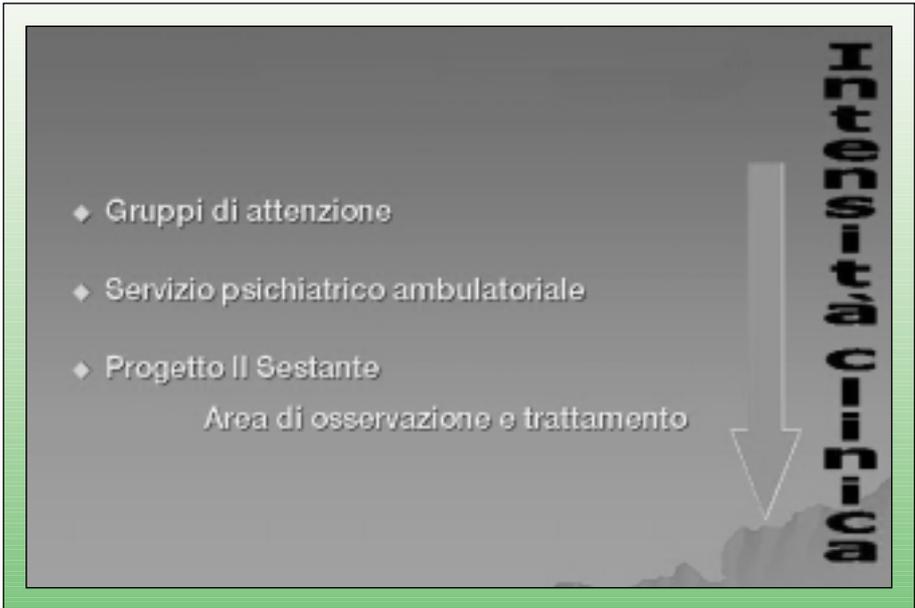
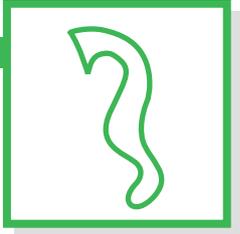


Figura 1. Risposta al disagio psichico e disturbi psicopatologici.

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

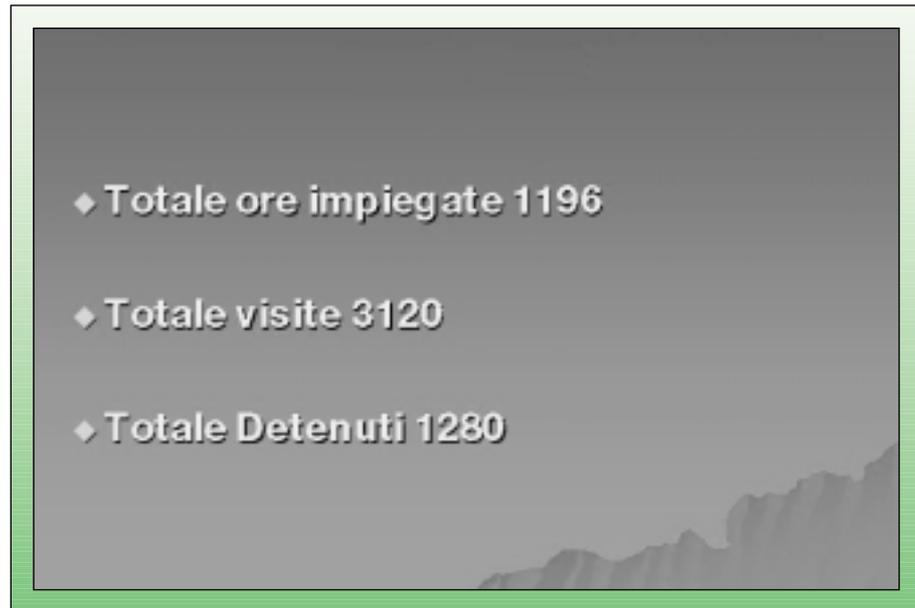


Figura 3. Servizio psichiatrico ambulatoriale. Anno 2003.

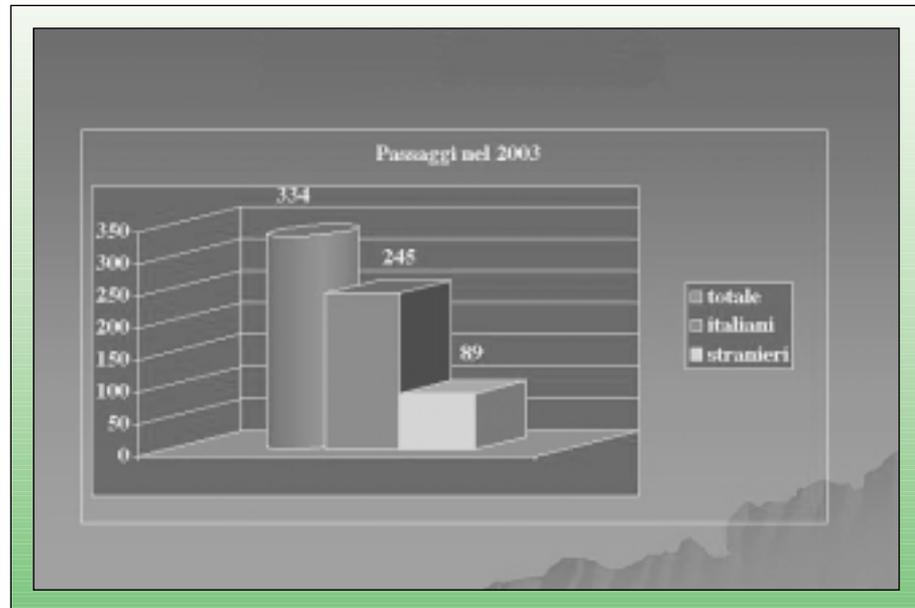


Figura 4. Progetto Sperimentale Il Sestante. Passaggi nel 2003.

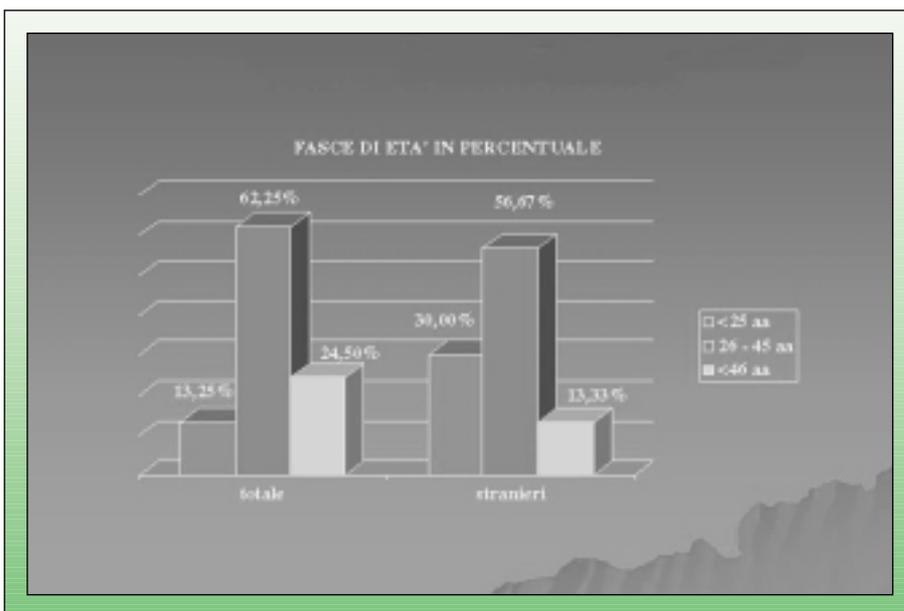
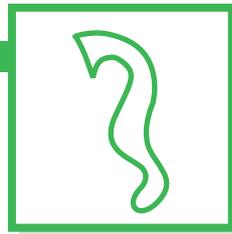


Figura 5. Progetto Sperimentale Il Sestante. Fasce di età (%).

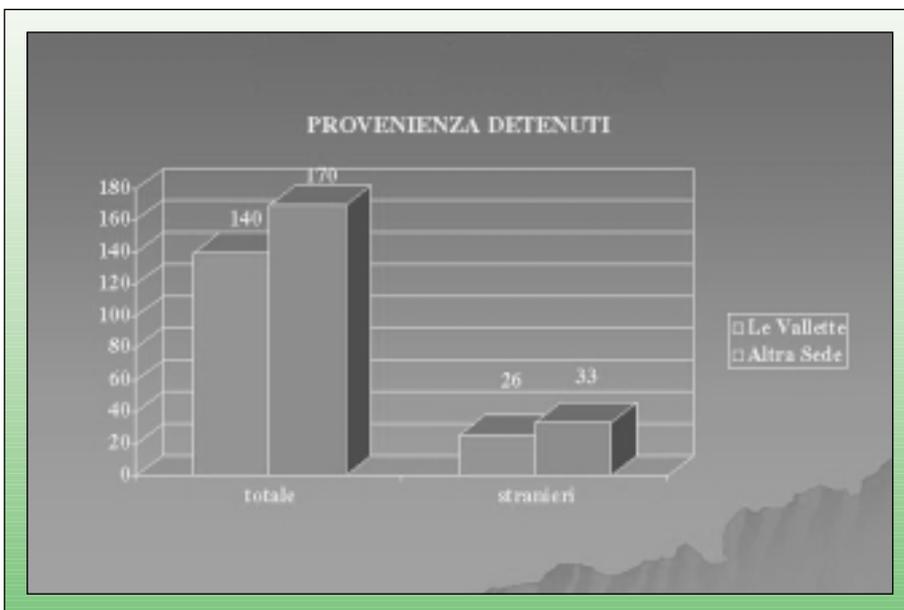


Figura 6. Progetto Sperimentale Il Sestante. Provenienza detenuti.

P. BUFFA - A. PELLEGRINO  
E. PIRFO

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

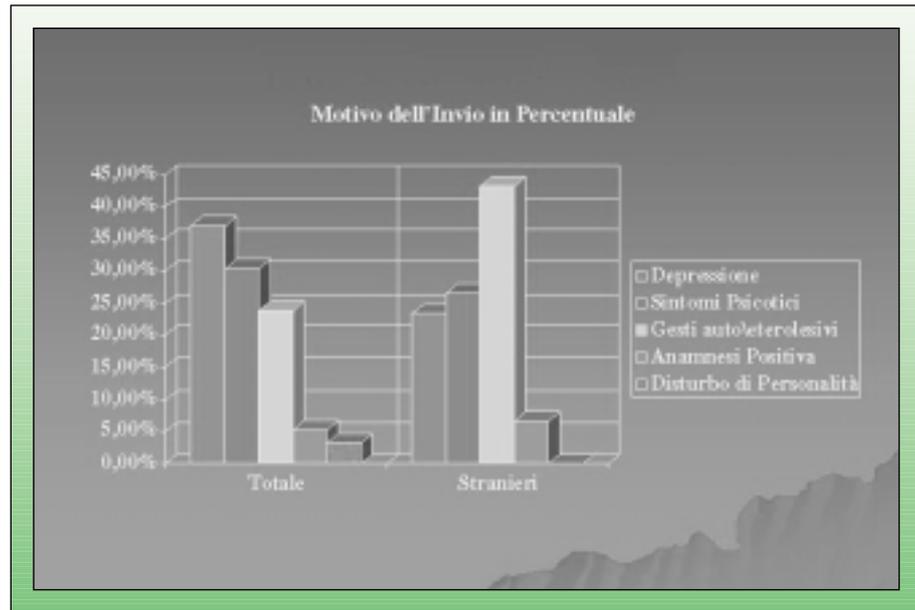


Figura 7. Progetto Sperimentale Il Sestante. Motivo dell'invio (%).

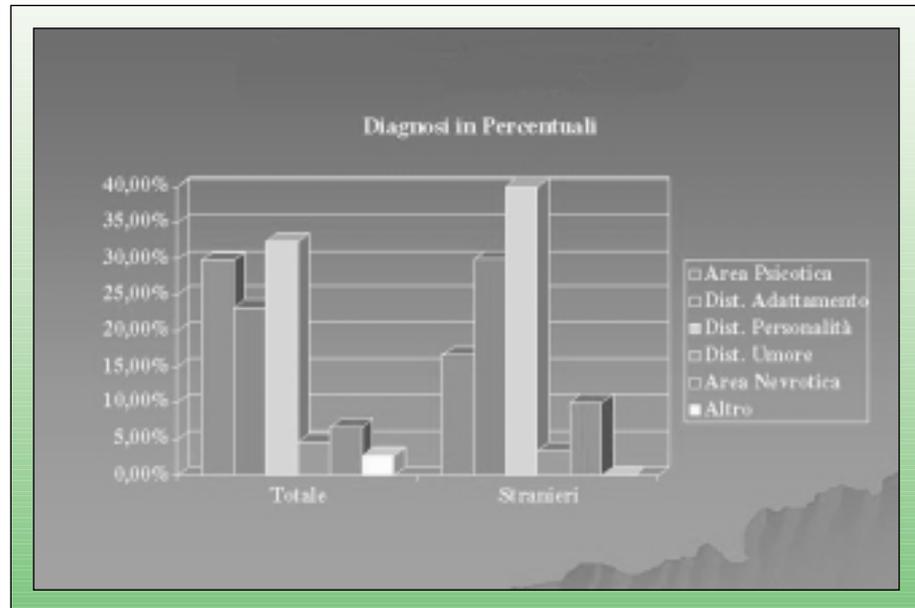


Figura 8. Progetto Sperimentale Il Sestante. Diagnosi (%).

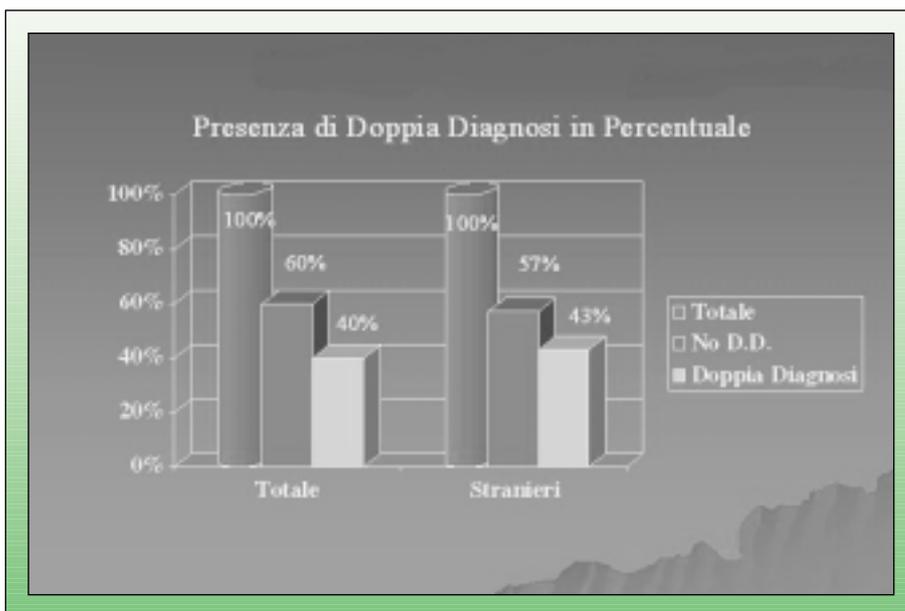
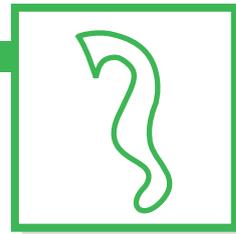


Figura 9. Progetto Sperimentale Il Sestante. Presenza di doppia diagnosi (%).

PSICHIATRIA E CARCERE

N°005  
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

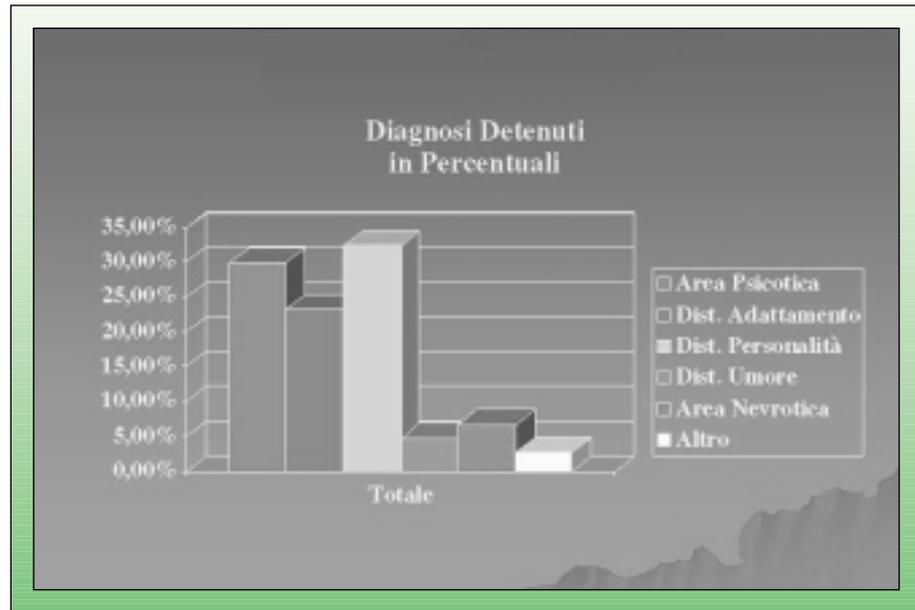


Figura 11. Progetto Sperimentale Il Sestante. Diagnosi detenuti (%).

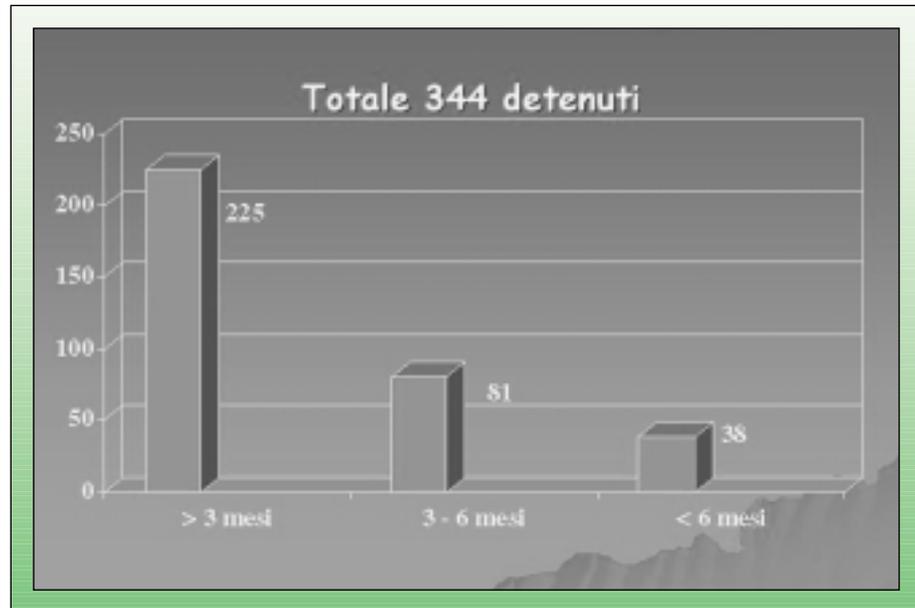


Figura 12. Permanenza presso Reparto di osservazione.