

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 comorbidità (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 polytherapeutic 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

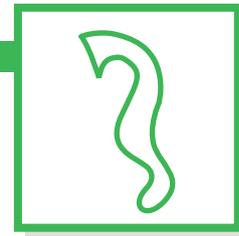
UN SERVIZIO DI CONSULENZA PSICHIATRICA
 IN AMBITO PENITENZIARIO. QUALI BISOGNI,
 QUALI RISPOSTE?

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.

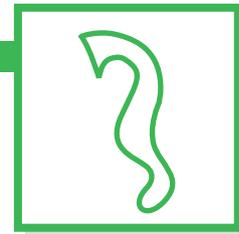
Dal 01/07/1998 al 31/12/2003 il DSM dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano - Polo Didattico Università degli studi di Milano ha stipulato con il Provveditorato Regionale del DAP e con la casa di reclusione, sita nel territorio sul quale il Dipartimento ha competenza per l'assistenza psichiatrica, 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 pleora 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. Quattrocentocinquanta (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.

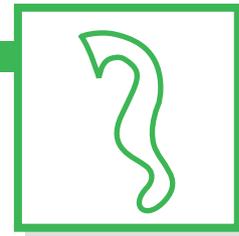
Tabella XIII. Rapporto prescrizioni in monoterapia vs politerapia.

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-

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?

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).

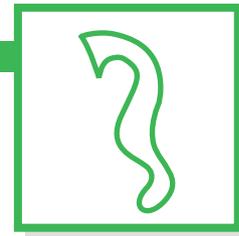
Concludendo, al termine del progetto di gestione dipartimentale del servizio

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.

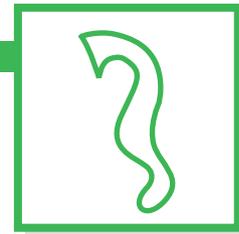
Rimane il rimpianto, verificata a fondo l'ampia mole del lavoro fatto e le interessanti indicazioni preliminari derivatene, per l'impossibilità di "portare a termine l'opera" e mettere a regime il Servizio: ciò deriva, evidentemente, dalla scarsa sensibilità di chi non ha permesso di proseguire questa 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. Sriwanarangsana 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.