

INTERVENTI SANITARI NEL CPA E IN AREA PENALE ESTERNA E TRATTAMENTO NEL CORSO DEL PROCEDIMENTO GIUDIZIARIO



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA D

Enrico Nonnis

DSM

UOC – TSMREE

ASL Roma3

MINORI E GIOVANI ADULTI AUTORI DI REATO:

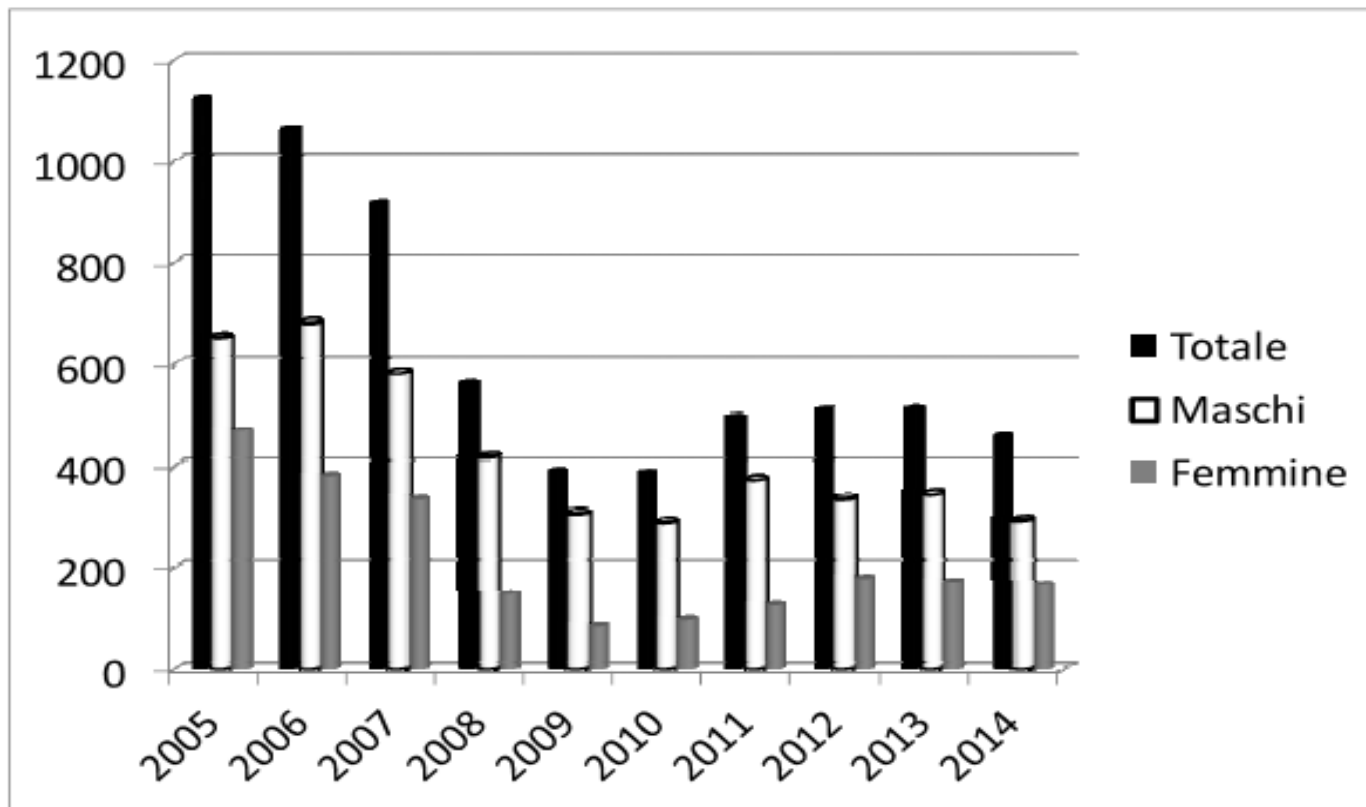
IL COMPLICATO INTRECCIO TRA SALUTE MENTALE E CONTESTO PENALE

a cura di Alfredo De Risio, Paola della Rovere, Chantal Favale, Simona Iacoella

Edizioni ALPES

N° DI INGRESSI x ANNO

Presenze nel CPA di Roma (Maschi/Femmine)



CPA: Presenze aggiornate al 5 settembre 2016

	ITALIANI	STRANIERI	TOT
MASCHI	71	120	191
FEMMINE	6	79	85
TOTALE	77	199	276

Età Media: M = 16-17 anni F = 14-15 anni

Visita medica

Screening psicologico (anamnesi, contesto e dinamiche familiari, tipo di reato, vissuti arresto e permanenza in CPA, comportamento e abitudini, aspetti cognitivi e affettivi)

Valutazione psicologica di approfondimento (in alcuni casi)

Visita ginecologica

Visite specialistiche (se necessario)

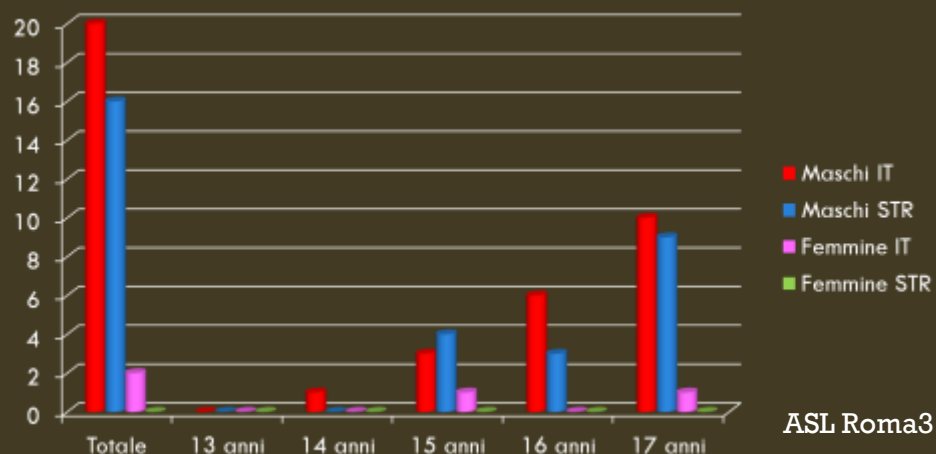
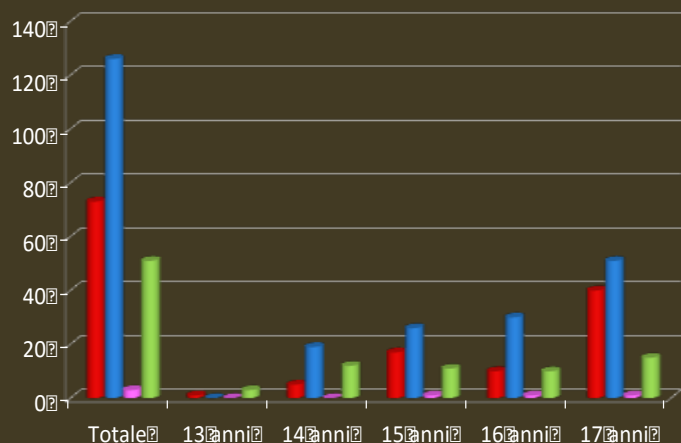
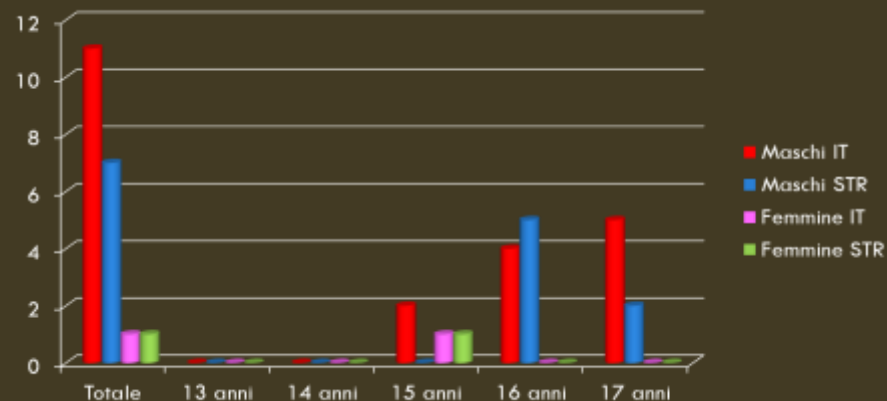
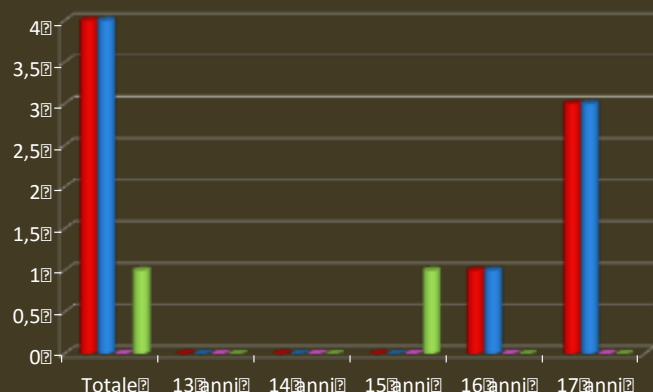
Richieste per ospiti CPA di Roma Evoluzione per sesso ed età (Dati 2014)

CONSULENZE NPI

TABAGISMO

ASSUNZIONE PSICOFARMACI

USO DI ALCOOL



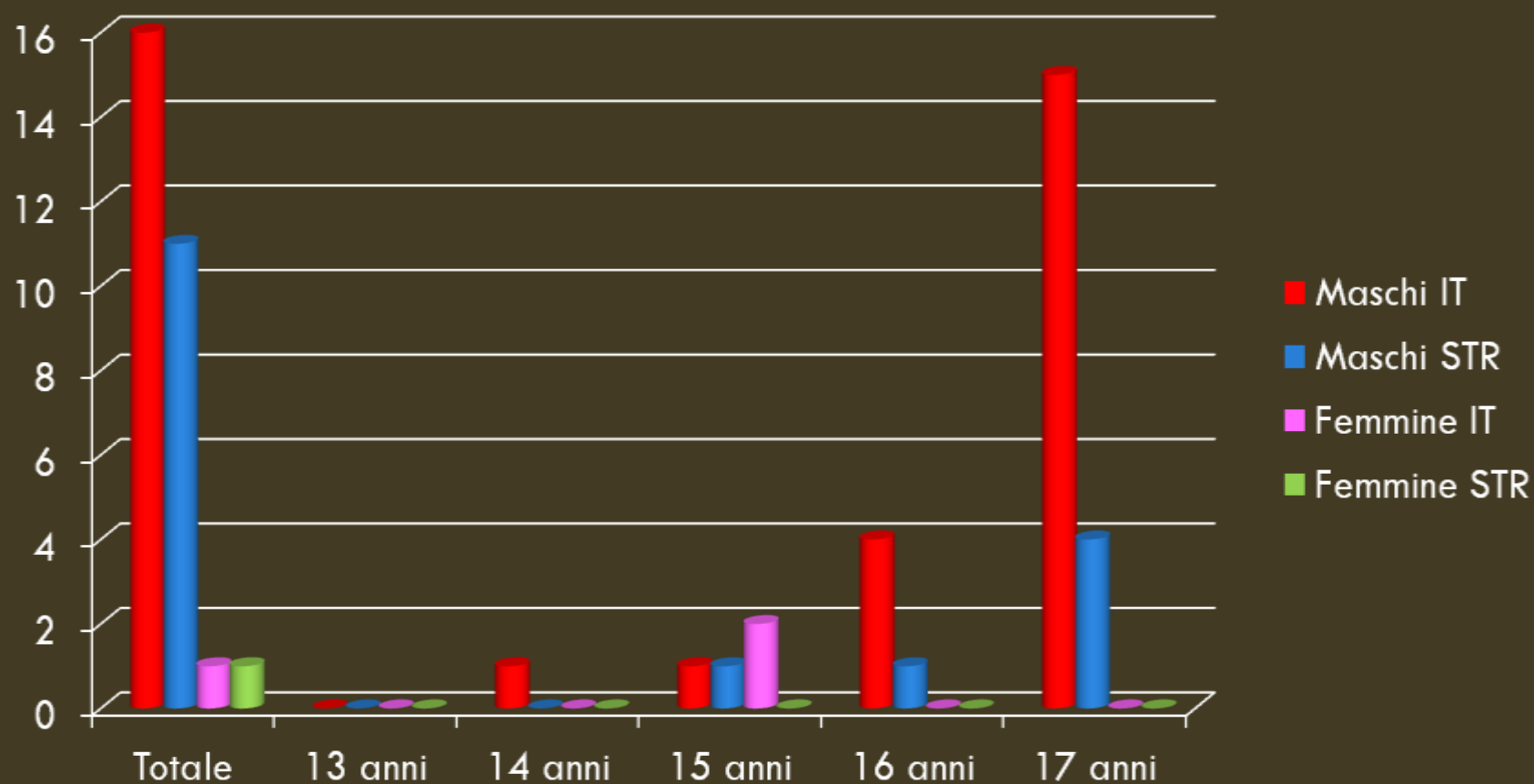
CONSULENZE	NPI		
	IT	ST	
M	4	4	8
F	0	1	1
			9

ASSUNZIONE	PSICO FARMACI		
	IT	ST	
M	11	7	18
F	1	1	2
			20

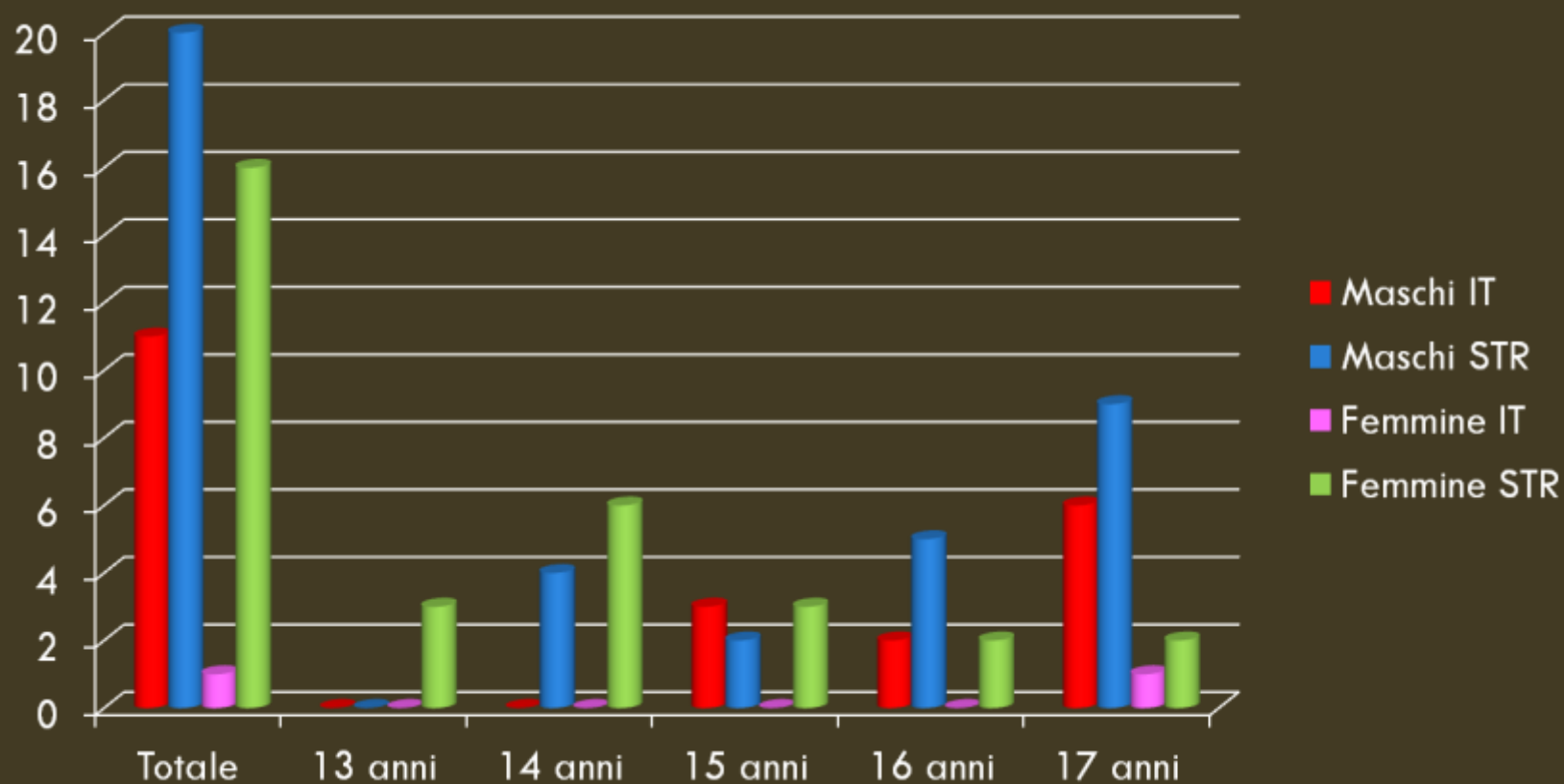
FUMO			
	IT	ST	
M	67	132	199
F	3	51	54
	70	183	253

ALCOOL			
	IT	ST	
M	20	16	36
F	2	0	2
			38

Consumo di Droghe ospiti CPA di Roma. Evoluzione per sesso ed età. [Dati 2014]



Episodi di Autolesionismo ospiti CPA di Roma (Dati 2014)



CPA –ANAMNESI PER EPISODI DI AUTOLESIONISMO

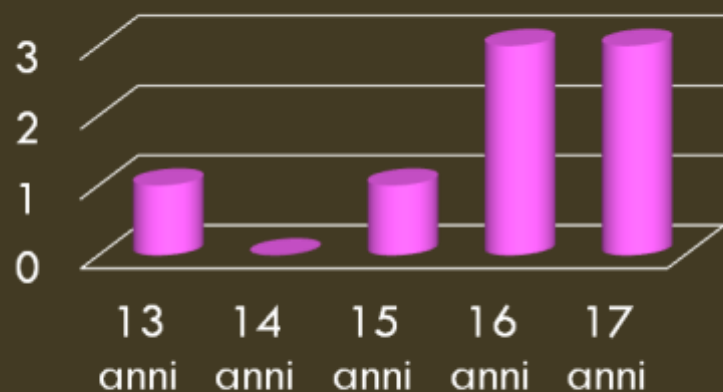
2014	ITALIANI	STRANIERI	TOT
M	11	20	31
F	1	16	17
	12	36	48

2015	ITALIANI	STRANIERI	TOT
M	3	9	12
F	0	2	2
	3	2	14

Gravidanze ed allattamento nel CPA di Roma (Dati 2014)

Gravidanze: 8 casi

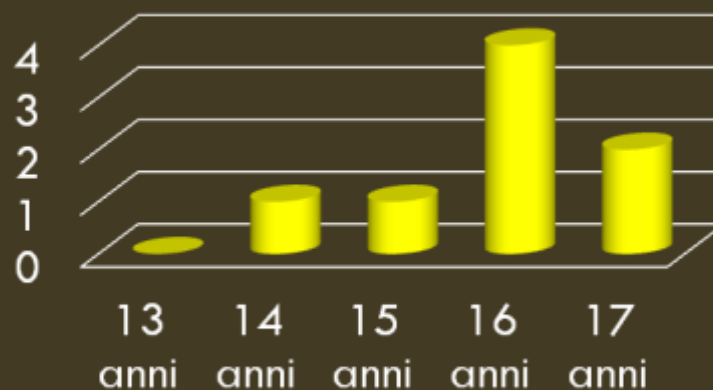
Femmine STR



■ Femmine STR

Allattamento: 8 Casi

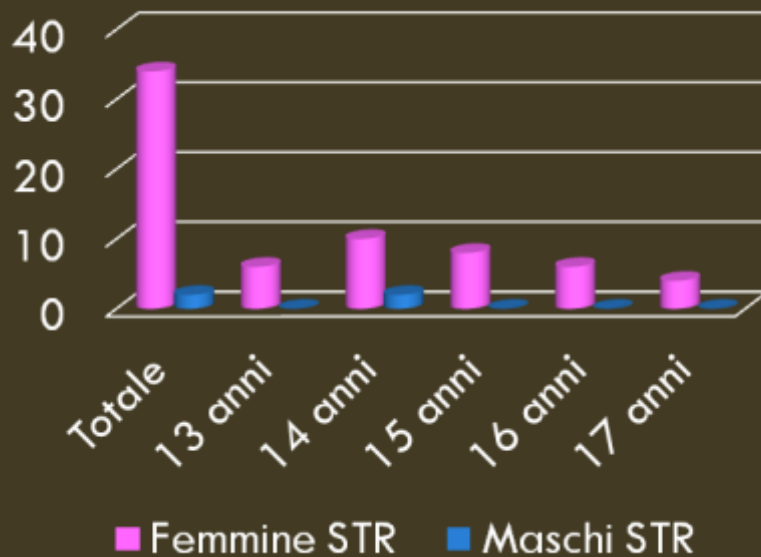
Femmine STR



■ Femmine STR

Parassitosi nel CPA di Roma (Dati 2014)

Pediculosi: 34 casi



Scabbia: 10 casi

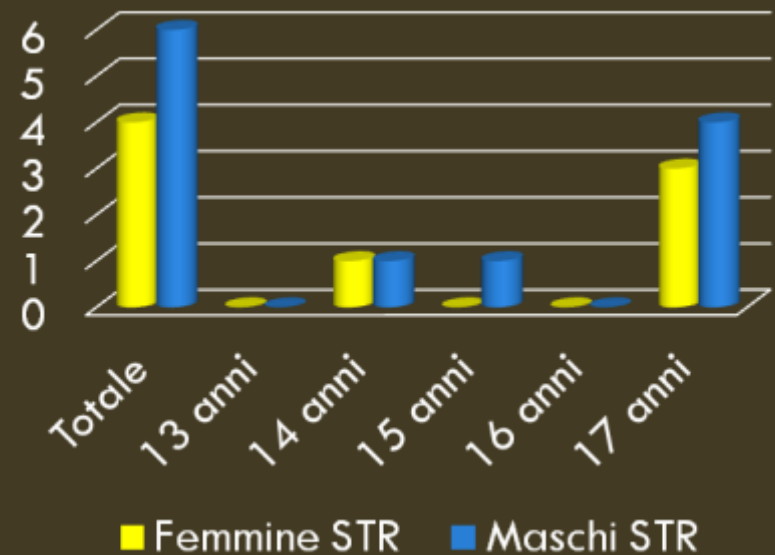


Tabella 10.4

Distribuzione (N e %) delle patologie presenti nella popolazione detenuta presso le strutture minorili di alcune regioni italiane – Anno 2014

Diagnosi di malattia	Maschi		Femmine		Totale		% minori detenuti (N=86)
	N	%	N	%	N	%	
<i>Disturbi psichici:</i>							
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	16	47,1	2	16,7	18	39,1	18,6
Disturbi della personalità e del comportamento	4	11,8	1	8,3	5	10,9	5,8
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	3	8,8	0	0,0	3	6,5	3,5
Totale	23	67,6	3	25,0	26	56,5	25,6
<i>Malattie infettive e parassitarie:</i>							
Micosi di cute/annessi cutanei	2	5,9	0	0,0	2	4,3	2,3
Epatite B	0	0,0	1	8,3	1	2,2	1,2
Epatite C	0	0,0	1	8,3	1	2,2	1,2
Tubercolosi polmonare	1	2,9	0	0,0	1	2,2	1,2
Totale	3	8,8	2	16,7	5	10,9	5,8
<i>Malattie dell'apparato digerente:</i>							
Patologie di denti/cavo orale	1	2,9	1	8,3	2	4,3	2,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	1	2,9	0	0,0	1	2,2	1,2
Totale	2	5,9	1	8,3	3	6,5	3,5
Altre patologie	6	17,6	6	50,0	12	26,1	14,0
Totale	34	100,0	12	100,0	46	100,0	-
Minori detenuti con patologie	24		10		34		39,5

**Fonte ARS
TOSCANA**
**Rilevazione del 3
febbraio 2014**

TRATTAMENTO dei DISTURBI PSICHIATRICI e/o del DISAGIO

- DCA 383 del 4 agosto 2015 “Percorsi assistenziali....minori...con problemi psicopatologici e/o psichiatrici...sottoposti a procedimento penale”
- *Le linee di indirizzo per l'assistenza dei minori sottoposti a provvedimenti dell'A.G.” [G.U. 4.1.2010] “propongono una chiave di lettura dei comportamenti antisociali e devianti come una possibile espressione di un disagio di matrice bio-psico-sociale derivante da vari fattori e non espressione di disfunzioni identificabili sul piano meramente soggettivo”.*

MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

Espressione finale sintetica delle diverse fasi storiche del pensiero criminologico: dalla antropologia criminale di Cesare Lombroso (*si è criminale per nascita*) fino ad arrivare alla dialettica tra

Nature \longleftrightarrow *Nurture*

A. Sameroff

Child Dev. 2010 Jan-Feb;81(1):6-22

A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture.

Attraversando il pensiero che il reato sia conseguenza necessaria di certe cause naturalistico-ambientali: il delinquente non è libero di scegliere la propria condotta, ma è spinto da fattori antropologici e sociologici che agiscono dentro e fuori di lui.

- *“la devianza rappresenta uno dei possibili esiti del disagio che un adolescente può vivere.....in alcuni casi, associata o meno ad un disagio socio-ambientale, può essere considerata una espressione all’interno di un quadro sintomatologico più problematico e caratterizzante una più chiara sofferenza mentale, espressione diun vero e proprio disturbo psicopatologico.” [da DCA 383/2015 Reg. Lazio];*
- Necessità di un percorso diagnostico valutativo multidimensionale;
- Predisposizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI);
- Eventuale collocamento in strutture semi- o residenziali terapeutiche (Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato – PTRP)

CRITERI PER INSERIMENTO IN COMUNITA' TERAPEUTICA [DCA 383/2015 Reg. Lazio]

- A. deve essere presente una patologia psichiatrica con le caratteristiche del “disturbo grave della condotta”;
- B. devono essere presenti gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale;
- C. deve essere presente la necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati;
- D. gli appropriati interventi erogabili in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o di ricovero, inclusi quelli farmacologici, non sono sufficienti;
- E. vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

[La sola presenza del criterio E , in assenza dei criteri B, C e D non è sufficiente per porre l'indicazione per un percorso di residenzialità terapeutica e deve orientare verso un percorso di residenzialità socio educativa, con supporto sanitario specialistico variabile a seconda

PERSONALITA'

ASPETTI NEUROBIOLOGICI

- I fattori neurobiologici che sottendono i tratti di sviluppo della personalità dell'adolescente, pur non essendo indicatori di un determinismo del comportamento dell'individuo, forniscono ulteriori elementi di riflessioni rispetto alle traiettorie di sviluppo e permettono di differenziare gli interventi di prevenzione e cura in relazione alla sofferenza e al disagio psicopatologico.
- I **Disturbi della Condotta** rappresentano in adolescenza un tratto comportamentale caratterizzato da aggressività persistente e comportamento antisociale.

DISTURBO DELLA CONDOTTA

I disturbi del comportamento sono una delle più frequenti cause di intervento in età evolutiva e rappresentano un aspetto predittivo in termini di adattamento sociale e psichico.

Fattori genetici, prenatali determinano lo sviluppo anomalo neuronale; e variabili socio-ambientali influenzano le probabilità che il comportamento anti sociale si espliciti.

Una parte dei soggetti che presentano un disturbo della condotta evidenzia aspetti psicopatologici, schematicamente riconducibili ad una componente “*insensibile-anemozionale*” (*callous-unemotional*) (assenza del senso di colpa, mancanza di empatia) e ad una componente “*impulsivo-antisociale*”.

MODELLI FISIOPATOLOGICI CHE SOTTENDONO I DISTURBI DELLA CONDOTTA CON TRATTI PSICOPATOLOGICI:

- 1) disfunzioni del neurosviluppo che interessano la diminuzione di risposta dell'amigdala alle situazioni di stress e il decremento di sensibilità delle aree ventromediali della corteccia prefrontale determinanti per le funzioni esecutive;
- 2) circuito amigdalo-ipotalamo-sostanza grigia periacqueduttale regolato dalle regioni della corteccia frontale (area ventromediale) e dalla corteccia del cingolato anteriore, circuiti deputati alla **reazione nei confronti di una minaccia**.

(CIRCUITO ECCESSIVAMENTE RESPONSIVO = RISPOSTA SPROPORZIONATA ALLA MINACCIA)

Molti di questi soggetti rappresentano quel 40% di disturbi della condotta che presentano sintomi d'ansia e disturbi dell'umore

[Lahey BB]; [Frick PJ]

FUNZIONI COMPROMESSE

1) EMPATIA

Il termine EMPATIA, schematicamente, si esplicita in due livelli: **cognitivo** (coinvolge la possibilità di rappresentarsi le intenzioni e il pensiero dell'altro – Teoria della Mente) ed **emotivo** (coinvolge la risposta affettiva alle emozioni dell'altro e alla descrizione degli stati emotivi). Nei soggetti con tratti psicopatologici **NON** vi è compromissione dell'empatia cognitiva; viceversa vi è un deficit dell'empatia emotiva, con mancata risposta agli stati emotivi degli altri (mancato riconoscimento). **COMPONENTE INSENSIBILE-ANEMOZIONALE**

2) **PROCESSO DECISIONALE**: il deficit si evidenzia parzialmente anche in altri disturbi esternalizzanti (ADHD e nei soggetti a rischio di tossicodipendenza). **COMPONENTE IMPULSIVO-ANTISOCIALE**

1. Deficit nella capacità di prevedere le conseguenze delle loro azioni
2. Impossibilità di individuare le scelte da compiere sotto stress
3. Impossibilità di avere una rappresentazione appropriata dei “premi” o delle “punizioni” che riceveranno in relazione alle loro ‘scelte’ comportamentali.
4. La ‘Legge’ regolatrice non funziona; normalmente la “punizione” non prevista determina una riduzione delle attività dello striato; al contrario nei soggetti con tratti psicopatologici *tipo impulsivo-antisociale* vi è un aumento di attività dello striato [Blair J.]

The neurobiology of psychopathic traits in youths

R. James J. Blair

National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda, USA

Nat Rev Neurosci. 2013 November; 14(11): 786-799

Una percentuale dei minori con un disturbo della condotta presentano tratti psicopatologici:

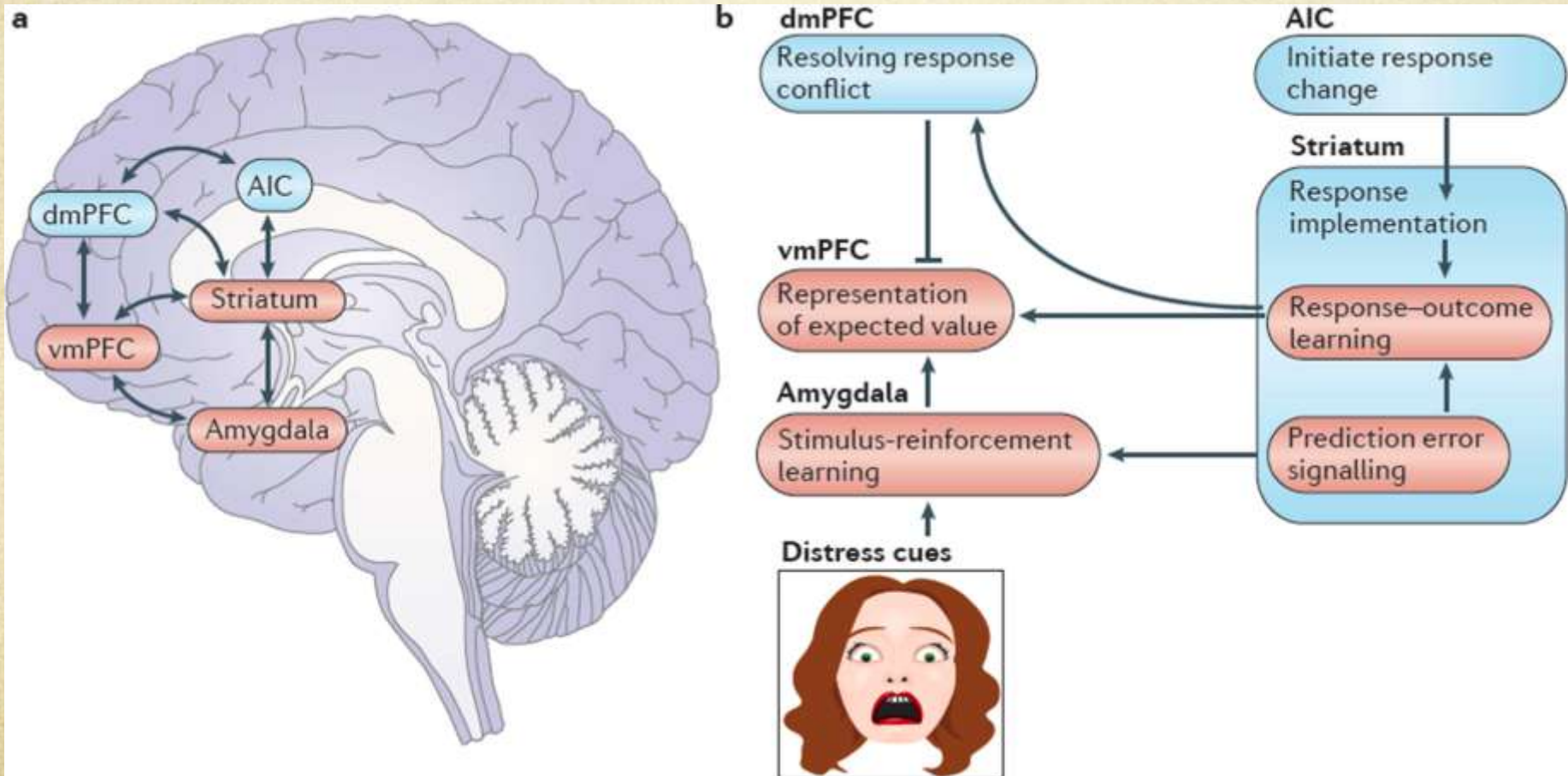
- a) Componente “*insensibile-anemozionale*” (*callous-unemotional*); associata ad una risposta empatica ridotta nella relazione con l’altro, che suscita stress. [è indicativo di una ridotta risposta allo stress da parte dell’amigdala]
- b) Componente “*impulsiva-antisociale*”; deficit nei processi decisionali e negli apprendimenti (dall’esperienza). [è indicativo di una disfunzione delle aree ventromediali della corteccia prefrontale e dello striato]

Disfunzione nei processi di risposta allo stress: nei soggetti con tratti psicopatologici vi è una diminuita responsività delle aree interessate, sulla base di una valutazione delle aspettative deficitaria.

vmPFC = aree ventromediali Corteccia PreFrontale

dmPFC = aree dorsomediali Corteccia PreFrontale

AIC = Corteccia Insulare Anteriore



Disorganized Amygdala Networks in Conduct-Disordered Juvenile Offenders With Callous-Unemotional Traits.

Aghajani M et al

Gli AA esaminano lo sviluppo delle traiettorie psicopatologiche dall'infanzia all' adolescenza fino all'età adulta e prendono in considerazione i disturbi della condotta con o senza tratti psicopatologici tipo “*insensibile-anemozionale*” (*callous-unemotional* - CU) .

Lo studio evidenzia nei soggetti **con tratti CU** un'anormale aumento delle connettività tra le regioni **basolaterali** dell'amigdala e le regioni dorsali e ventrali del cingolato anteriore e della superficie mediale dei lobi frontali ed in contrasto una diminuzione delle connessioni tra le regioni **centromediali** dell'amigdala e le regioni orbitofrontali/ventromediali.

Autocentrati; Emozionalmente freddi; Disinibiti nel comportamento.

AGGRESSIVITA'

- PREDATORIA: non impulsiva, non è associata a situazioni provocatorie esterne, basso *arousal*. **Maggiore rischi di evoluzione antisociale.**
- IMPULSIVA: associata a situazione provocatorie esterne (reali o interpretate), elevato livello di arousal, disinibizione, instabilità affettiva. **Rara evoluzione antisociale.**

INFANZIA

ADOLESCENZA

ETA' ADULTA

DISTURBO
D'ANSIA

DISTURBO
DELL'UMORE

USO
SOSTANZE

DISTURBO
OPPOSITIVO
PROVOCATORIO

DISTURBO
CONDOTTA

DISTURBO
ANTISOCIALE
DI
PERSONALITA'

ADHD

- Individuare le differenze di profilo personologico, dipendente da fattori ambientali , psicologici e neurofisiologici
- ci permette di porre **prognosi e diagnosi** più accurate, e stimola ad ideare e costruire percorsi terapeutici più adeguati e luoghi di cura idonei e non aspecifici.

COMUNITA' TERAPEUTICA AD ALTA INTENSITA'

1. Basso numero di utenti presenti;
2. Alto rapporto educatori – utenti;
3. Flessibilità adattiva della struttura: poche regole certe unite a capacità di tolleranza da parte degli operatori. Sembrerebbe una contraddizione in termini, ma è la sola via che consente tempi di adattamento all'adolescente ed esclude l'espulsione dalla comunità come spesso accade.
4. Poche regole iniziali ma ad espansione crescente.
5. Interventi individuali ed in piccoli gruppi, con particolare cura agli aspetti adattivi relazionali.
6. Ideazione di 'laboratori' a forte valenza terapeutica.

Presidio Sanitario ASL RM3 presso Centro Prima Accoglienza -Roma

- Annunziata Bruno
- Angela Pistillo
- Anna Ciaschi
- Elisabetta Ciuffo
- Alessandro De Iacobis
- Paola della Rovere
- Chantal Favale
- Simona Iacoella
- Simonetta Masiello

