

**AGORA' PENITENZIARIA**  
**"XIX CONGRESSO NAZIONALE SIMSPe**  
**Roma, 04.10.2018**

# **I MOTIVI DI UN PDTA PSICHIATRICO IN CARCERE**

## **FATTORI DI RISCHIO E BISOGNI NEI DETENUTI**

**Massimo Clerici**

***DMC, Università degli studi  
di Milano Bicocca***

***SIP.Dip, sezione speciale SIP***



**[massimo.clerici@unimib.it](mailto:massimo.clerici@unimib.it)**

**SIP.Dip.**

Società Italiana  
Psichiatria delle Dipendenze  
Ex-SICAD  
[www.doppiadiagnosi.it](http://www.doppiadiagnosi.it)



## Burden of Disease in Jails and Prisons System



## Prisons are settings with high risks of disease

- Inhabitants continuously exchange with outside communities: they present a complex and difficult challenge for public health, especially with regard to the tackling of communicable diseases such as mental disorder, HIV or tuberculosis
- Prisoners mostly come from socially disadvantaged segments of the community and carry a higher burden of diseases compared with people in the general population



# The public health challenges of prisons are not adequately met

The opportunity and obligation to offer this most vulnerable populations with great health needs a good access to health care in their own right, while also tackling the wider public health needs, in general are often not taken advantage of



**In Italy, Mental Health in prisons is managed by public Services of the NHS**

- Prisoners share the same right to mental health and well-being as any other person
- Not all prisons have a complete mental health care staff from DSM
- Clinical interventions imply the presence of State correction Officers, to guarantee the monitoring of prisoners

*Good governance for prison health in the 21st century – WHO EUROPE – 2013*

# Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions

*Seena Fazel, Adrian J Hayes, Katrina Bartellas, Massimo Clerici, Robert Trestman*

More than 10 million people are imprisoned worldwide, and the prevalence of all investigated mental disorders is higher in prisoners than in the general population. Although the extent to which prison increases the incidence of mental disorders is uncertain, considerable evidence suggests low rates of identification and treatment of psychiatric disorders. Prisoners are also at increased risk of all-cause mortality, suicide, self-harm, violence, and victimisation, and research has outlined some modifiable risk factors. Few high quality treatment trials have been done on psychiatric disorders in prisoners. Despite this lack of evidence, trial data have shown that opiate substitution treatments reduce substance misuse relapse and possibly reoffending. The mental health needs of women and older adults in prison are distinct, and national policies should be developed to meet these. In this Review, we present clinical, research, and policy recommendations to improve mental health care in prisons. National attempts to meet these recommendations should be annually surveyed. ***Lancet Psychiatry 2016; 3 (9); 871-81***

# Mental disorders and suicide are highly prevalent in prisons: several factors associated with imprisonment are intrinsically hazardous for the mental health of prisoners (Fazel et al, 2001, 2011, 2016)

- More than **nine million people are detained around the world**
- At least half of these **million prisoners** **mental disorders**
- Nearly all prisoners **stress symptoms** prisoners take their
- Different factors contribute to increase the likelihood of incidents damaging to the wellbeing of **prisoners and staff**, as well as to good order and security, such as displays of **aggression, bullying, mobbing, suicide attempts and self-harm, drug misuse and abuse**

	Male prisoners (%)	Male general population estimates (%)	Female prisoners (%)	Female general population estimates (%)
Psychosis <sup>11</sup>	4%	1%	4%	1%
Depression <sup>11</sup>	10%	2-4%	12%	5-7%
Any personality disorder <sup>11</sup>	65%	5-10%	42%	5-10%
Antisocial personality disorder <sup>11</sup>	47%	5-7%	21%	0.5-1%
Alcohol misuse/dependence <sup>12</sup>	18-30%	14-16%	10-24%	4-5%
Drug misuse/dependence <sup>12</sup>	10-48%	4-6%	30-60%	2-3%
Intellectual disability <sup>16</sup>	0.5-1.5%	1%	0.5-1.5%	1%
Post-traumatic disorder <sup>13</sup>	4-21%	2%	10-21%	3%

\* General population estimates are based on individuals of similar ages where possible.

**Table 1:** Prevalence of mental disorders in prisoners in western countries in comparison with the general population\*



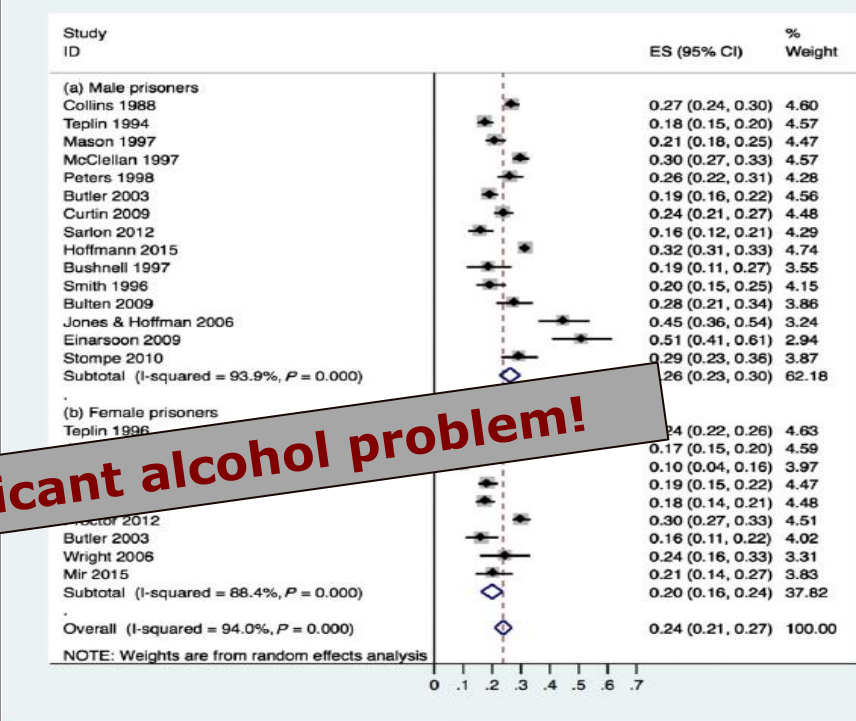
# Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review

**Aims** To review studies of the prevalence of substance abuse and dependence in male and female prisoners on reception into prison.

**Design and method** A systematic review of studies measuring the prevalence of substance abuse and dependence in male and female prisoners on reception into prison.

**Results** Thirteen studies with a total of 7563 prisoners were included. The prevalence of substance abuse and dependence in male prisoners ranged from 18 to 30% and 10 to 24% in female prisoners. The prevalence estimates of drug abuse and dependence varied from 10 to 48% in male prisoners and 30 to 60% in female prisoners.

**Conclusions** The prevalence of substance abuse and dependence, although highly variable, is typically many orders of magnitude higher in prisoners than the general population, particularly for women with drug problems. This highlights the need for screening for substance abuse and dependence at reception into prison, effective treatment while in custody, and follow-up on release. Specialist addiction services for prisoners have the potential to make a considerable impact.



# Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions

Seena Fazel, Adrian J Hayes, Katrina Bartellas, Massimo Clerici, Robert Trestman

Variable	Psychosis, % (95% CI)	Major depression, % (95% CI)
Overall	3.7 (3.2–4.1)	11.4 (9.9–12.8)
Gender of inmates		
Male	3.6 (3.1–4.2)	10.2 (8.8–11.7)
Female	3.9 (2.7–5.0)	14.1 (10.2–18.1)
Prisoner status		
Sentenced prisoners	3.7 (3.0–4.2)	10.5 (8.8–12.1)
Remand prisoners (detainees)	3.5 (4.2–6.8)	12.3 (9.5–15.1)
Country		
Low/middle income	5.5 (4.2–6.8)	22.5 (10.6–34.4)
High income	3.5 (3.0–3.9)	10.0 (8.7–11.2)

There were five publications since 2001 that reported rates of comorbidity in prisoners.<sup>96,97,99,102,107</sup> These rates ranged from 20.4 to 43.5% in those with any mental disorder who had comorbid substance misuse, from 13.6 to 95.0% in prisoners with psychotic illnesses with comorbid substance misuse, and 9.2 to 82.5% in individuals with mood disorders and major depression with concurrent substance misuse.

# Self-harm, suicide and Prisons in England and Wales (Fazel et al, 2005)

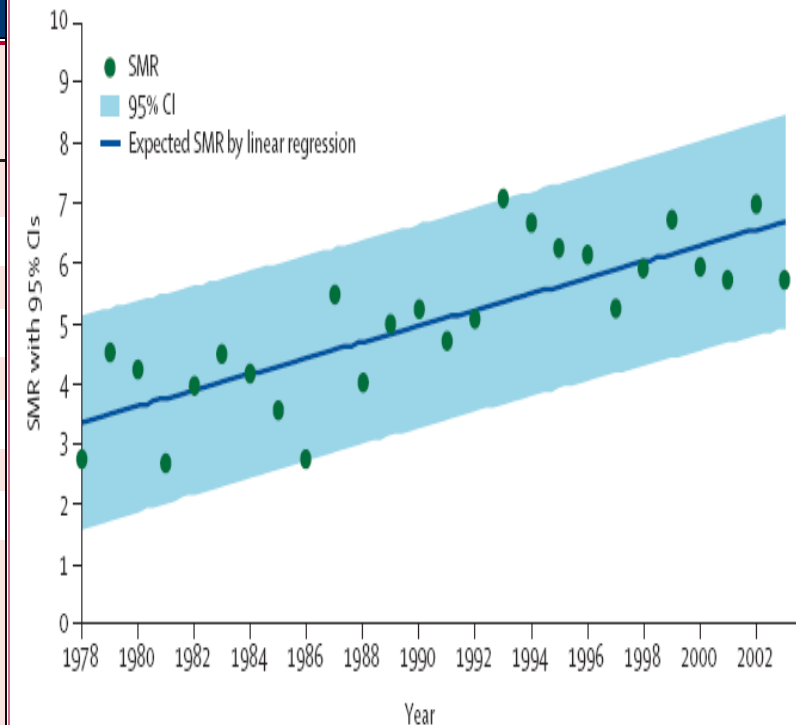
Studio della rilevanza del comportamento suicidario in 25 anni (1978-2003): n° 1312  
SMR >4 in tutte le fasce di età



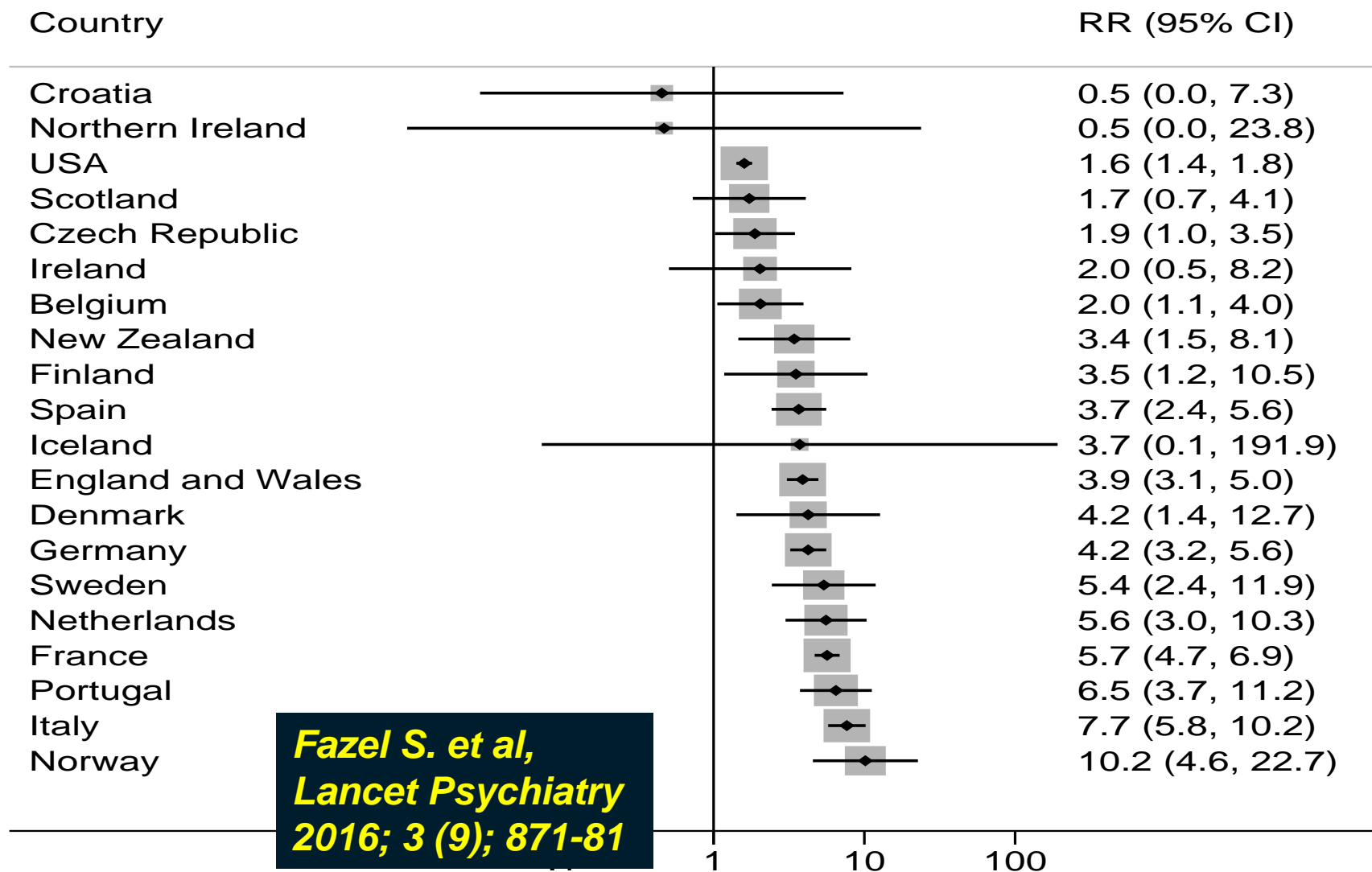
	Number of suicides	SMR (95% CI)
15-17	28	18 (13-26)
18-20	164	6.1 (5.3-7.2)
21-24	218	4.3 (3.7-4.9)
25-29	276	4.9 (4.4-5.6)
30-39	390	5.5 (5.0-6.1)
40-49	167	5.6 (4.8-6.5)
50-59	55	5.2 (4.0-6.8)
60+	14	4.4 (2.6-7.4)
Total	1312	5.1 (4.8-5.3)

95% CI calculated as  $SMR/EF$  to  $SMR*EF$  (where  $EF$  is the error factor =  $\exp[1.96/\sqrt{D}]$  and  $D$  = number of deaths).

Table: Standardised mortality ratios (SMR) of suicides in male prisoners by age band (in years), 1978-2003

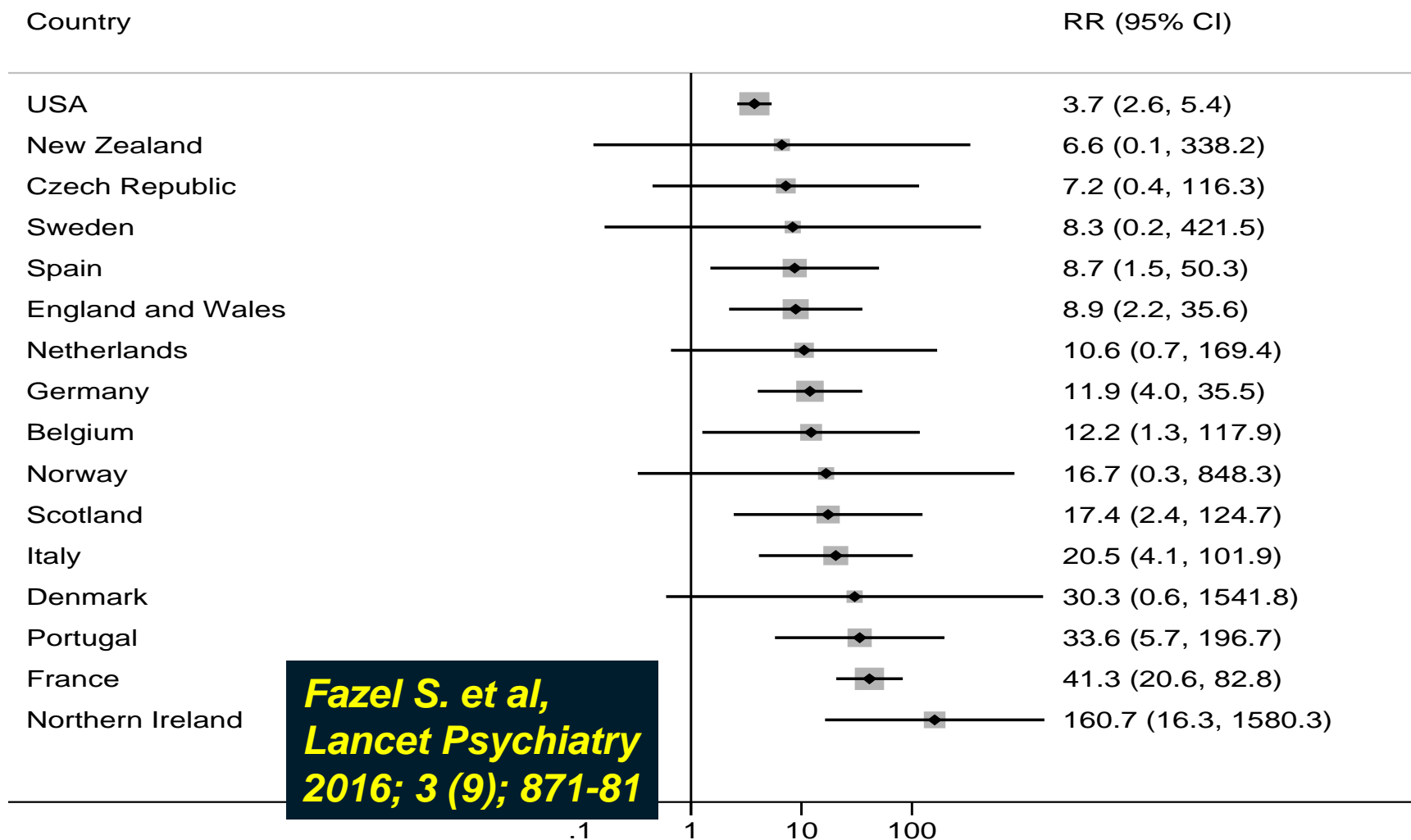


# Suicide in male prisoners





# Suicide in female prisoners



# Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Prison population*</b>						
Male inmates	70209 (94%)	71512 (94%)	73680 (94%)	75842 (95%)	78158 (95%)	79276 (95%)
Female inmates	4448 (6%)	4467 (6%)	4447 (6%)	4374 (5%)	4414 (5%)	4283 (5%)
Total	74657 (100%)	75979 (100%)	78127 (100%)	80216 (100%)	82572 (100%)	83559 (100%)
<b>Number of first receptions†</b>						
Male inmates	120407 (91%)	119783 (91%)	117036 (91%)	114034 (91%)	121472 (91%)	114833 (91%)
Female inmates	12554 (9%)	12275 (9%)	11950 (9%)	11847 (9%)	12676 (9%)	11044 (9%)
Total	132961 (100%)	132058 (100%)	128986 (100%)	125881 (100%)	134148 (100%)	125877 (100%)
<b>Incidents of self-harm‡</b>						
Male inmates	9849 (104 per 1000)	10412 (113 per 1000)	11886 (129 per 1000)	11589 (123 per 1000)	12211 (125 per 1000)	13694 (122 per 1000)
Female inmates	9839 (1597 per 1000)	13368 (2190 per 1000)	11505 (1896 per 1000)	11408 (1871 per 1000)	13015 (2194 per 1000)	10419 (1615 per 1000)
Total	19688 (200 per 1000)	23780 (247 per 1000)	23391 (242 per 1000)	22997 (232 per 1000)	25226 (249 per 1000)	24113 (208 per 1000)
<b>Individuals who self-harmed§</b>						
Male inmates	4193 (5%)	4405 (5%)	4652 (5%)	4976 (5%)	5148 (5%)	5340 (6%)
Female inmates	1274 (20%)	1371 (22%)	1325 (22%)	1352 (23%)	1392 (24%)	1356 (21%)
Total	5467 (6%)	5776 (6%)	5977 (6%)	6328 (6%)	6540 (6%)	6696 (7%)
<b>Ratio of incidents to individuals</b>						
Male inmates	2.2	2.2	2.5	2.3	2.3	2.5
Female inmates	7.3	9.4	8.6	8.2	9.2	7.4
Overall	3.4	3.9	3.8	3.5	3.8	3.5

109 subsequent suicides in prison were reported in individuals who self-harmed; the risk was higher in those who self-harmed than in the general prison population, and more than half the deaths occurred within a month of self-harm. Risk factors for suicide after self-harm in male prisoners were older age and a previous self-harm incident of high or moderate lethality; in female inmates, a history of more than five self-harm incidents within a year was associated with subsequent suicide.

**Hawton K.et al., The Lancet 2014; 29; 383;1147-54**

# A cross-sectional prevalence survey of psychotropic medication prescribing patterns in prisons in England

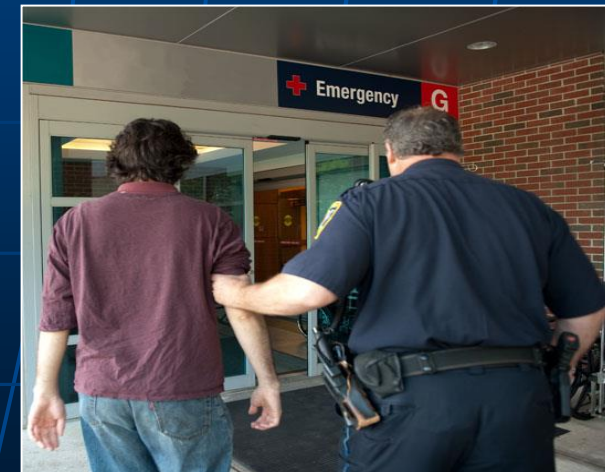
BNF subchapter	Community (reference group)		Prisoners		PR (95% CI)	
	n (%)	95% CI	n (%)	95% CI	Crude	Adjusted
Men						
Hypnotics and anxiolytics	2082 (1.4)	1.3 to 1.4	62 (1.0)	0.8 to 1.3	0.74 (0.56 to 0.96)	1.27 (0.97 to 1.64)
Antipsychotics	2430 (1.1)	1.1 to 1.2	258 (4.3)	3.8 to 4.8	3.67 (3.21 to 4.18)	4.81 (4.21 to 5.50)
Antidepressants	4183 (4.6)	4.4 to 4.7	801 (13.2)	12.4 to 14.1	2.87 (2.66 to 3.10)	4.16 (3.84 to 4.50)
CNS stimulants	457 (0.0)	0.0 to 0.0	44 (0.7)	0.5 to 9.7	22.57 (16.17 to 30.79)	12.95 (9.48 to 17.80)
Any	6781 (5.8)	5.7 to 5.9	1024 (16.9)	16.0 to 17.9	2.90 (2.71 to 3.10)	4.02 (3.75 to 4.30)
Women						
Hypnotics and anxiolytics	3756 (2.5)	2.5 to 2.6	62 (7.9)	6.1 to 10.0	3.11 (2.38 to 4.00)	7.40 (5.73 to 9.55)
Antipsychotics	3295 (1.6)	1.5 to 1.6	92 (11.7)	9.6 to 14.2	7.49 (6.01 to 9.22)	12.74 (10.30 to 15.76)
Antidepressants	8858 (10.0)	9.8 to 10.2	323 (41.1)	37.7 to 44.7	4.09 (3.65 to 4.58)	5.55 (4.96 to 6.22)
CNS stimulants	335 (0.0)	0.0 to 0.0	4 (0.5)	0.0 to 0.1	22.29 (6.04 to 57.61)	19.01 (7.07 to 51.10)
Any	12,146 (11.8)	11.6 to 12.0	376 (47.9)	44.4 to 51.5	4.05 (3.65 to 4.49)	5.95 (5.36 to 6.61)

Antipsychotic prescriptions were more likely than prescriptions for other psychotropic medications to be accompanied by an invalid (not indicated) diagnosis in the patient notes (35.4% vs. 17.2%; PR 2.03, 95% CI 1.70 to 2.44). The most common invalid indications recorded for antipsychotic prescriptions were personality disorder ( $n = 50$ ), anger/aggression (not associated with psychosis;  $n = 16$ ) and anxiety ( $n = 12$ ). Invalid indications recorded for antidepressant prescriptions included low mood ( $n = 96$ ), insomnia ( $n = 25$ ), anxiety ( $n = 24$ ) and personality disorder ( $n = 22$ ).

# Association of Violence With Emergence of Persecutory Delusions in Untreated Schizophrenia

Diagnosis	Violent Incident After Release				Logistic Regression					
	No		Yes		Unadjusted			Adjusted <sup>a</sup>		
	N	%	N	%	Odds Ratio	95% CI	p	Odds Ratio	95% CI	p
No psychosis (reference)	586	79.4	156	21.6	1.00	—	—	1.00	—	—
<b>Schizophrenia</b>										
No treatment	8	50.0	8	50.0	3.76	1.39–10.19	0.009	3.43	1.10–10.72	0.034
Treatment during prison only	16	72.7	6	27.3	1.41	0.54–3.67	0.480	1.39	0.49–3.96	0.532
Continued treatment	40	75.5	13	24.5	1.22	0.64–2.34	0.544	1.40	0.66–2.97	0.380
<b>Delusional disorder</b>										
No treatment	3	75.0	1	25.0	1.19	0.12–11.50	0.881	0.71	0.07–7.38	0.778
Treatment during prison only	10	77.0	3	23.0	1.07	0.29–3.93	0.919	0.96	0.24–3.89	0.958
Continued treatment	13	92.9	1	7.1	0.27	0.04–2.11	0.214	0.23	0.03–1.81	0.161
<b>Drug-induced psychosis</b>										
No treatment	38	71.7	15	28.3	1.49	0.80–2.77	0.213	1.10	0.57–2.12	0.787
Treatment during prison only	8	53.3	7	46.7	3.29	1.18–9.22	0.023	2.59	0.88–7.61	0.083
Continued treatment	19	79.2	5	20.8	0.99	0.36–2.69	0.985	0.88	0.31–2.56	0.821

**Conclusions:** The results indicate that the emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia explains violent behavior. Maintaining psychiatric treatment after release can substantially reduce violent recidivism among prisoners with schizophrenia. Better screening and treatment of prisoners is therefore essential to prevent violence.





# L'U.P.P. della C.C. di Monza (2008/2017)

## Diagnosi

D. adattamento	<u>29,2%</u>
D. personalità	<u>8,3%</u>
D. umore	12,3%
D. uso sostanze	9,4%
Altro	8,5%
D. ansia	7,5%
D. psicotici	4,7%

## Comorbidità pre-arresto

D. personalità	<u>52,4%</u>
D. umore	<u>42,9%</u>
D. ansia	4,8%
D. uso sostanze	9,5%
Ritardo mentale	4,8%

## Comorbidità post-arresto

Ep. depressivo maggiore	75,0%
D. adattamento	25,0%

## Comorbidità mediche

Si	<u>68,9%</u>
No	31,1%

## HCV

Si	<u>18,5%</u>
No	81,5%

## HIV

Si	<u>5,0%</u>
No	95,0%

## AIDS

1,7%

## Tp psichiatrica t0

Benzodiazepine	<u>93,3%</u>
Antidepressivi	<u>54,3%</u>
Antipsicotici	<u>51,4%</u>
+ Neurolettico	18,5%
+ Atipico	55,6%
Atipico+Neurolettico	25,9%
Stabilizzanti umore	15,2%
Anticolinergico	2,9%

## Tp psichiatrica t0

Poli-tp	<u>82,9%</u>
Mono-tp	17,1%

## Tp medica t0

Si	<u>45,8%</u>
F. app. GI	48,1%
F. app. CV	40,7%
Analg-Apir.	35,2%
No	54,2%

## Scale t0

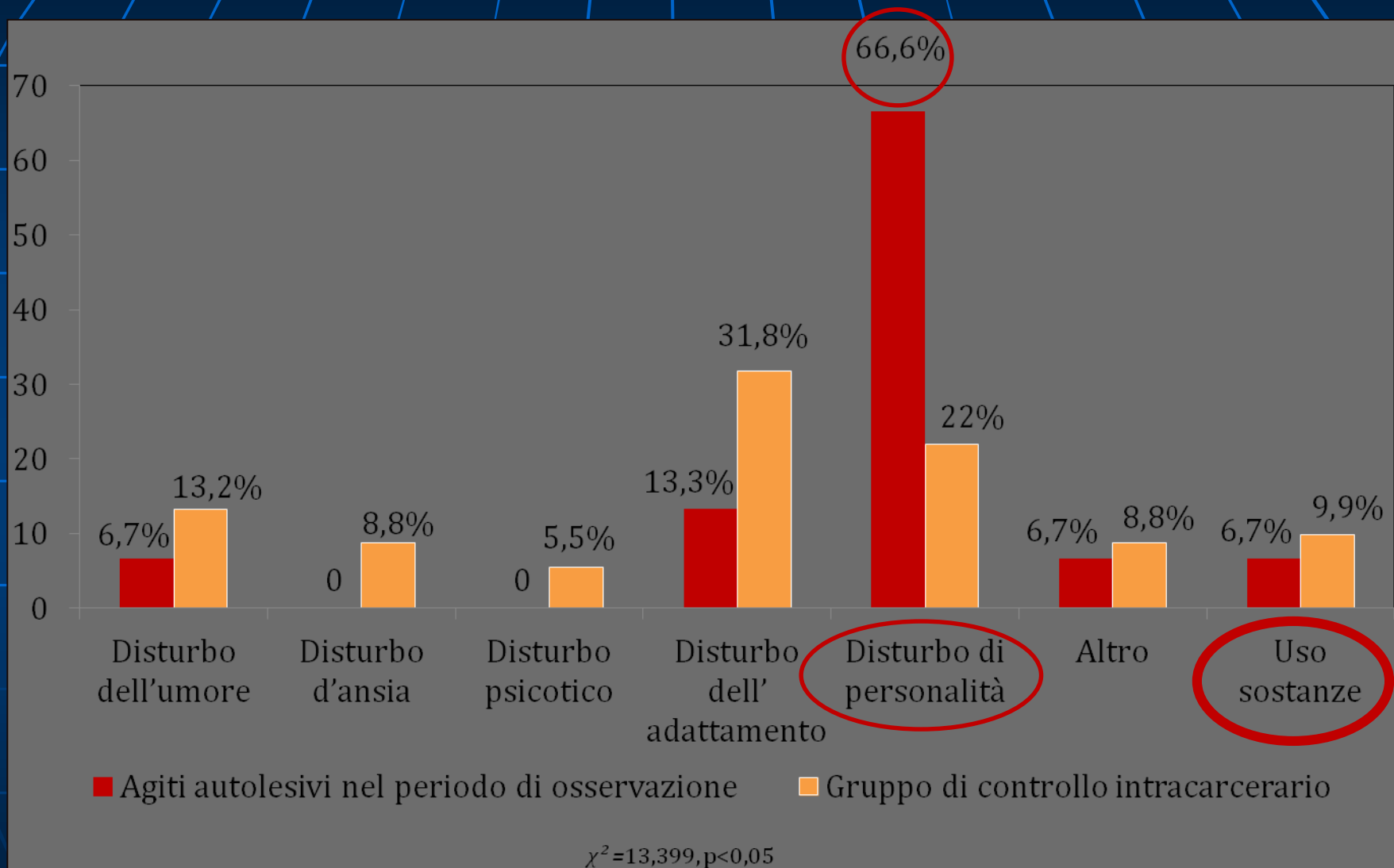
## Media

GAF	<u>70,52</u> ( $\pm 12,4$ )
MRS	<u>3,43</u> ( $\pm 3,7$ )
HAM-D	<u>9,05</u> ( $\pm 5,6$ )
HAM-A	<u>7,85</u> ( $\pm 4,8$ )
BIS-11	<u>68,79</u> ( $\pm 13,9$ )

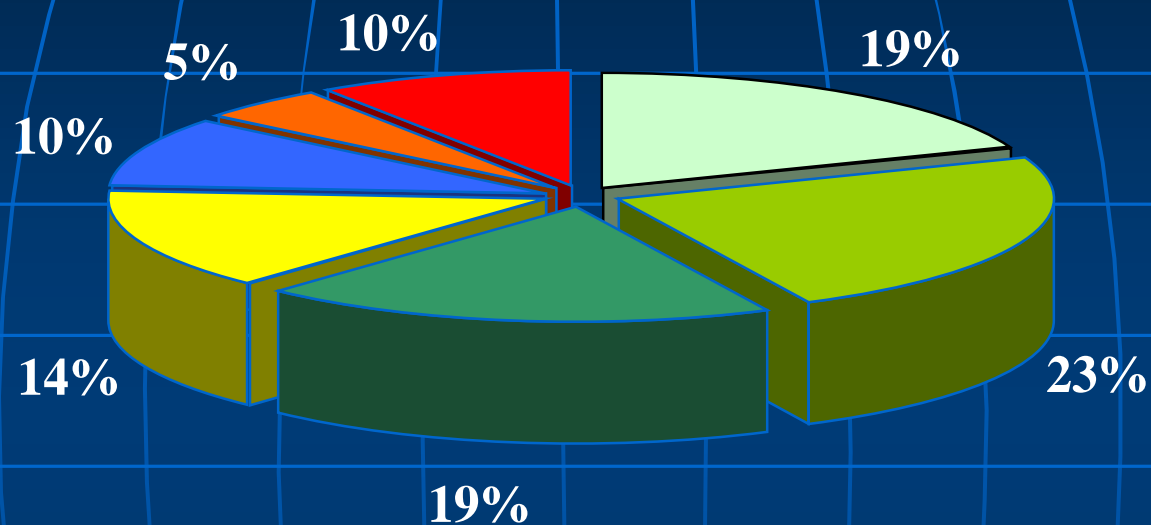
Item 1 CGI t0: 61,0%

Normale, marginalmente  
o lievemente ammalato

# TS E DIAGNOSI PSICHIATRICA



# Tempistica agiti autolesivi



1 settimana

2/3 settimana

3/4 settimana

8/16 settimana

36/40 settimana

44/52 settimana

pre valutazione

# Clinical Implications and Targeted approaches

(Fazel et al, 2016)

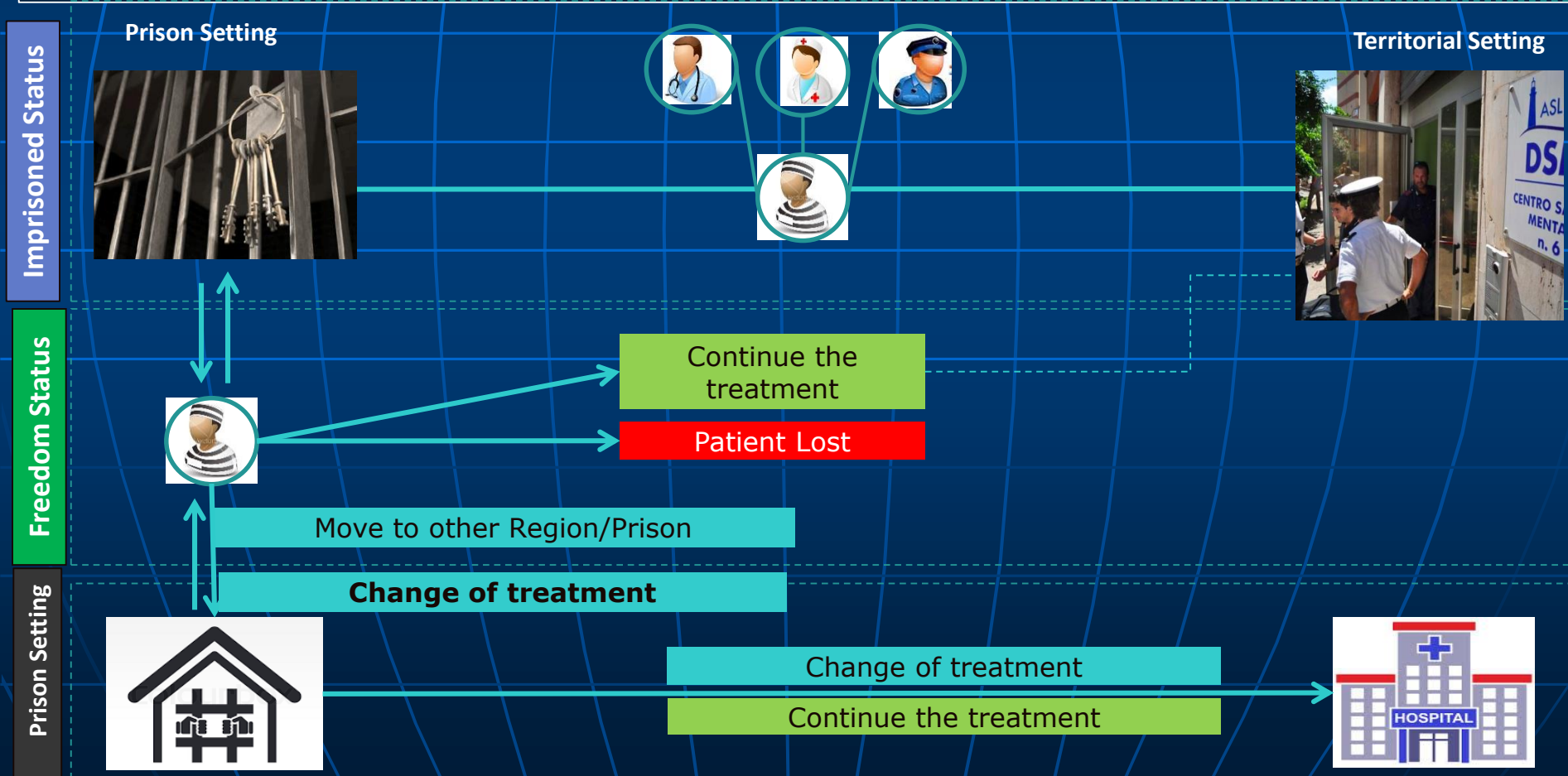
- **Need suicide prevention policy**
- **Have a suicide prevention lead in each prison**
- **Repetitive self-harmers (especially women)**
- **Consider case management in high risk prisoners**
- **High risk periods are first week after arrival and first month post-release**
- Ensuring mental health input into high risk prisoners from professionals
- Improving detection and treatment of mental illness (especially depression, PTSD, comorbidity)
- Offer specific psychological treatments for those with histories of severe trauma and abuse
- Have available Prison-specific treatment guidelines



# Mental health care management in Prison and Jail

## The Healthcare management in prison is difficult because:

- Prisoners need of health care is shared between prison and local Health Units
- In many cases detainees are moved across different prison: this situation cause delay in diagnosis and treatment
- Not all prisons possess the equipment required for the handling of the health needs
- The lack of instrumentations in line with those present at the local/hospital level, often requires the transfer of the detainee, resulting in diagnostic and therapeutic delay



# Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

## RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE CON DISTURBO MENTALE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI ITALIANI



## INDICE

### Parte Prima

Premessa.....	4
Definizione delle priorità.....	5
I disturbi mentali negli Istituti Penitenziari Italiani.....	9

### Parte Seconda

Il contesto istituzionale e organizzativo della salute mentale in carcere.....	21
Attivazione del PDTA: dotazione organizzativa minima in ambito regionale.....	22

### Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA):

(1) Fase dell'accoglienza del detenuto "Nuovo Giunto" e identificazione dei soggetti a rischio psicopatologico.....	22
(2) Fase della valutazione diagnostica e diagnosi differenziale relativa all'area psicosociale.....	23
3) Fase del percorso di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico.....	26
4) Fase del monitoraggio del percorso di cura.....	30
5) Fase della gestione dell'emergenza/urgenza.....	30
6) Continuità assistenziale in caso di scarcerazione/trasferimento in altro Istituto Penitenziario.....	32
Indicatori di valutazione della Performance del PDTA:	

- Premessa.....	33
- Indicatori di Processo (Efficienza).....	34
- Indicatori di Esito (Efficacia).....	34

Valutazione dell'Adesione/Andamento PDTA: Cruscotto di Valutazione.....	34
---	----

### Parte Terza. Appendice

Rappresentazione grafica: avvio del percorso di cura.....	35
Rappresentazione grafica: prima visita psichiatrica.....	37
Rappresentazione grafica: colloquio psicologico.....	38
Rappresentazione grafica: gestione emergenza/urgenza.....	39
Rappresentazione grafica: misure di contenimento.....	40
Bibliografia di riferimento.....	43

## Comunità confinata

di Sergio Fazioli  
sergio.fazioli@libero.it

# Carceri: medici "in prima linea"

Legge 740/70:  
nasce il Sistema  
Sanitario  
Penitenziario  
(Ministero Giustizia)

Legge 833/78:  
nascita del Servizio  
Sanitario Nazionale  
(Ministero Salute)

D.Lgs 1°/04/08:  
il Servizio Sanitario  
Penitenziario  
transita nel S.S.N.,  
ma resta in vigore la  
Legge 740/70, 30  
anni dopo.

O

Le Risor  
alle AA.  
ziaria, si  
il contro  
del pazi  
sceglie  
della pr  
Il sovra  
(66.000  
cide sull  
diana d  
mentar  
contagio  
Carcere



classemedica

38

Anno II - Num. 2

ed economiche, doveva chiedere al  
direttore amministrativo del carcere  
tutto ciò che era necessario per cu-  
rare i reclusi: dai farmaci alle attrez-

zioni distinzionali del  
modificazioni dello s  
tempo, il timing detent  
dell'aria e nella chiusur  
e nel rapporto con gli a  
gli altri reclusi); dipend  
zione dell'autonomia, c  
dal contesto nei movim  
il carcere. Ogni richiesta  
con il medico o con il dir  
catore deve essere scritt  
dulo da autorizzare: il Mod.357);  
attività consentite (scuola, corsi, la-  
boratorio teatrale, attività ludiche  
quali la palestra o il calcio, attività  
lavorativa solo per pochi); modifi-



# stopopg

per l'abolizione degli  
**Ospedali  
Psichiatrici  
Giudiziari**



[www.stopopg.it](http://www.stopopg.it)

## I primi dati sugli effetti della legge 81/2014

N° di pazienti ricoverati in <u>OPG</u> (30 novembre 2014)	N° di pazienti ricoverati in <u>REMS</u> (19 febbraio 2017)
<b>761</b>	<b><u>863</u></b>  569 ricoverati 290 in lista d'attesa 4 ancora ricoverati in OPG

Le misure di sicurezza di tipo detentivo, anziché diminuire, sono aumentate

Motivi Giuridici

Motivi Clinici



# OBIETTIVI, MATERIALI E METODI

- Individuare le caratteristiche cliniche dei nuovi pazienti autori di reato ricoverati presso il “sistema polimodulare di REMS provvisorie di Castiglione delle Stiviere”
- Confrontarle con quelle della precedente popolazione OPG

**CAMPIONE:** soggetti maschi residenti in Lombardia ricoverati a Castiglione delle Stiviere tra l'1 aprile 2014 e il 31 marzo 2017

- **Gruppo A (OPG):** ingresso tra l'1 aprile 2014 e il 31 marzo 2015
- **Gruppo B (REMS):** ingresso tra l'1 aprile 2015 e il 31 marzo 2016
- **Gruppo C (REMS):** ingresso tra l'1 aprile 2016 e il 31 marzo 2017

Il confronto è stato operato:

- tra i gruppi A e B
- tra i gruppi A e C

# RISULTATI

	Gruppo A	Gruppo B	Gruppo C	P value (A-B)	P value (A-C)
<b>Età &gt; 35 aa</b>	42 (61,76%)	36 (52,94%)	33 (50,77%)	0,386	0,224
<b>Asse I</b>	43 (63,23%)	41 (60,29%)	37 (56,92%)	0,586	0,483
<b>Asse II</b>	25 (36,76%)	26 (38,23%)	28 (43,08%)	0,586	0,483
<b>Uso di sostanze</b>	37 ( <b>54,41%</b> )	48 ( <b>70,59%</b> )	50 ( <b>76,92%</b> )	<b>0,051</b>	<b>0,010</b>
<b>Preso in carico DSM</b>	51 (75%)	55 (80,88%)	49 (75,38%)	<b>0,408</b>	1,000
<b>Preso in carico NPI</b>	4 ( <b>5,88%</b> )	14 ( <b>20,59%</b> )	12 ( <b>18,46%</b> )	<b>0,021</b>	<b>0,033</b>
<b>Disabilità intellettiva</b>	10 ( <b>14,71%</b> )	16 ( <b>23,53%</b> )	15 ( <b>23,08%</b> )	0,275	0,269
<b>Uso di sostanze e NPI</b>	2 ( <b>2,94%</b> )	13 ( <b>19,12%</b> )	10 ( <b>15,38%</b> )	<b>0,0046</b>	<b>0,0151</b>
<b>Reato/persona</b>	42 (61,76%)	43 (63,23%)	47 (72,31%)	0,579	0,204

# MALTRATTAMENTO INFANTILE, AGITI E CARCERE

## MALTRATTAMENTO INFANTILE:

Agiti autolesivi:

- Popolazione generale = 5.9%

(Dnsky et al., 2011)

VIOLENZA

- Carcere = 30-50%

(Holley et al., 1995)

EVITAMENTO  
TENTATIVI SUICIDARI:

- Popolazione generale = 0.4%


SPECIFIC CRIMES  
(Gates et al., 2017)  
GENERAL CRIMES

- Carcere = 2.3%

(Gates et al., 2017)  
(Ben-davis e Goldberg, 2008)



# AUTO-AGGRESSIVITA' E CARCERE: FATTORI DI RISCHIO LIFE-TIME

- 
- Prevalenza aumentata di Patologie psichiatriche  
(Fazel e Baillargeon, 2011)
  - Maggiore utilizzo di Sostanze stupefacenti  
(Gates et al. 2017)
  - Confinamento e allontanamento dai congiunti  
(Buffa et al., 2011)
  - Vergogna e giudizio penale e morale  
(Duthé G. et al., 2009)
  - Cella singola / regimi detentivi speciali / carceri sovraffollate  
(Fazel et al., 2008 – Hayes et al., 2006)
  - Esposizione all'altrui aggressività  
(Duthé et al., 2014)
  - Precedenti esperienze detentive  
(Björkenstam et al. 2011)

# OBIETTIVO DELLO STUDIO

- 
- Fattori socio-demografici  
Fattori criminologici

- **DETENUTI CON ANAMNESI POSITIVA E  
A RISCHIO?**

- 
- Fattori clinici  
Fattori tossicologici



- VITTIMIZZAZIONE



# MATERIALE E METODI

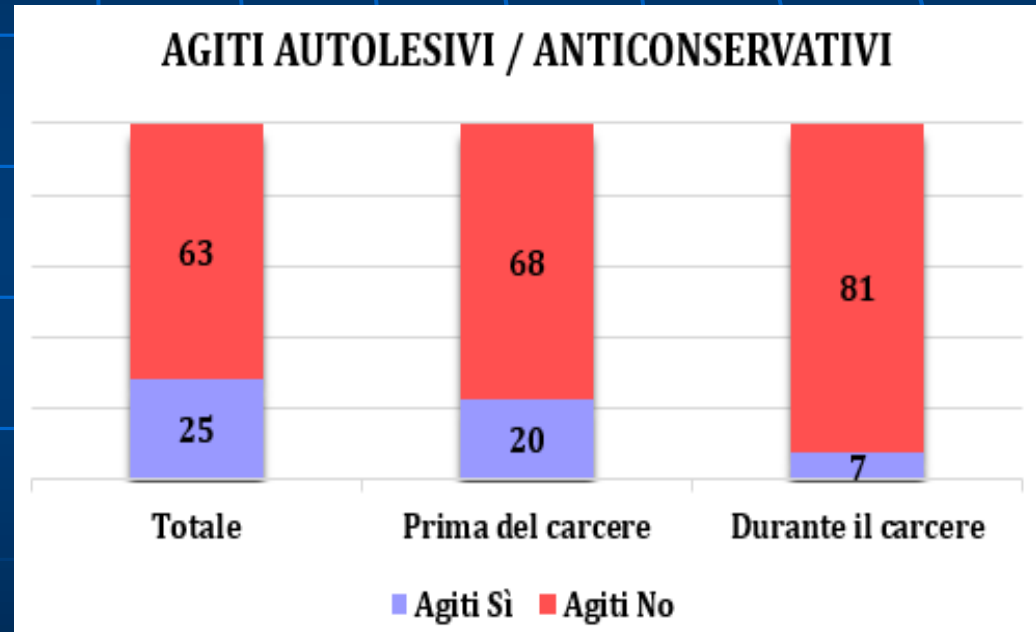
## DETENUTI



- Nuovi Giunti di  
di cui 25 con agiti
- Conoscenza lingua  
italiana o inglese
- Capacità di  
comprendere l'intervista
- Volontà di rispondere



88





# MATERIALE E METODI: L'INTERVISTA

## PARTE 1:

- Valutazione delle variabili indipendenti
  - - Socio-demografiche
  - Criminologiche
  - Cliniche
  - Tossicologiche

## Valutazione dell'Outcome

- - *Agiti autolesivi e/o TS life-time*



## PARTE 2:

- Valutazione della vittimizzazione: tipi



- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ – 28 item)

- Abuso Abuso Abuso  
Abuso Neglect Neglect  
Emotivo Fisico Sessuale  
Emotivo Fisico

# RISULTATI (1): ANALISI UNI-VARIATA

Variabile	Agiti SI	Agiti NO	P value
Nazionalità IT	56.0%	77.8%	0.041 <sup>b</sup>
Anni di carcere	3.5	2.3	0.022 <sup>c</sup>
Diagnosi psych.	64.0%	17.5%	< 0.001 <sup>b</sup>
Comunità psych.	16.0%	1.6%	0.022 <sup>b</sup>
Terapia psych.	64.0%	38.1%	0.028 <sup>b</sup>
Abuso sostanze	88.0%	63.5%	0.036 <sup>b</sup>
N° sostanze	2.6	1.3	< 0.001 <sup>a</sup>

*a = T-test; b = Chi2 square test o Fisher exact test; c = Test non parametrico di Mann-Whitney*

Variabile	Agiti SI	Agiti NO	P value
SERT pre-CC	48.0%	19.1 %	0.006 <sup>b</sup>
Doppia Diagnosi	56.0%	11.1 %	< 0.001 <sup>b</sup>
Abuso Emotivo	1.3	0.1	< 0.001 <sup>c</sup>
Abuso Fisico	1.7	0.2	< 0.001 <sup>c</sup>
Abuso Sessuale	0.7	0.1	< 0.001 <sup>c</sup>
Neglect Emotivo	1.5	0.3	< 0.001 <sup>c</sup>
Neglect Fisico	1.4	0.3	< 0.001 <sup>c</sup>

# RISULTATI (2): ANALISI MULTI-VARIATA

Variabile	Odds Ratio	Std. Err	P*	IC (95%)
Età	- 0.01	0.1	0.800	-0.1 – 0.1
Nazionalità binaria	1.1	1.0	0.266	-0.8 – 3.0
Anni di Carcerazione	0.1	0.1	0.453	-0.1 – 0.2
CPS	1.9	1.3	0.134	-0.6 – 4.4
UONPIA	1.2	1.4	0.395	-1.5 – 3.9
Familiarità psichiatrica	0.7	0.9	0.470	-1.1 – 2.4
Familiarità tossicodipendenza	0.6	0.9	0.516	-1.2 – 2.5
<b>Doppia Diagnosi</b>	<b>2.1</b>	<b>0.8</b>	<b>0.009*</b>	<b>0.5 – 3.7</b>
<b>Abuso Fisico</b>	<b>1.2</b>	<b>0.4</b>	<b>0.002*</b>	<b>0.4 – 1.9</b>
<b>Abuso Sessuale</b>	<b>1.4</b>	<b>0.6</b>	<b>0.022*</b>	<b>0.2 – 2.6</b>



**FATTORI PREDITTIVI DI INVIO IN STRUTTURE  
ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE ORDINARIA (REMS)  
TRA I DETENUTI INVIATI PER L'ACCERTAMENTO DELLE  
INFERMITA' PSICHICHE IN CARCERE  
(ART 112 c. 2 D.P.R. 230/2000)**

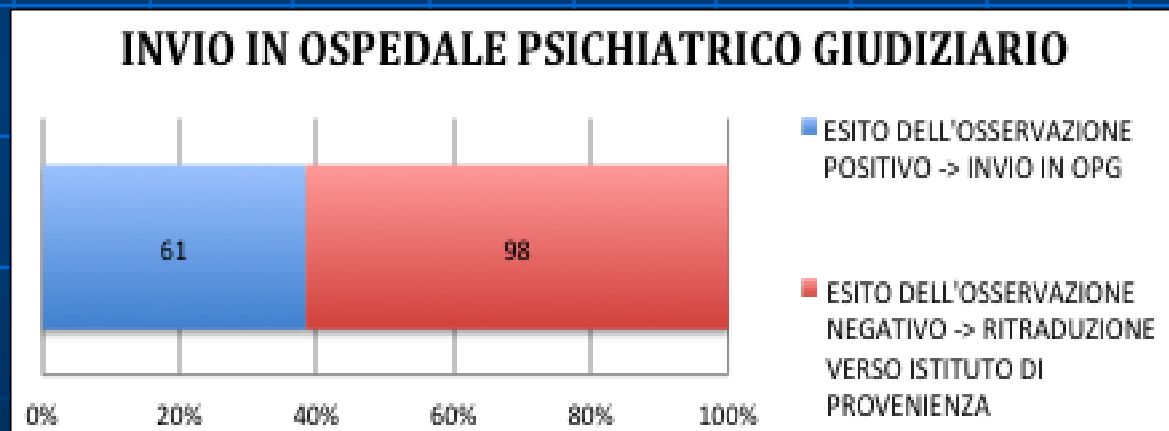




## STATISTICHE DESCRITTIVE: invio in OPG

Nel campione, **61 detenuti hanno avuto ESITO POSITIVO** dell'osservazione con **INVIO in strutture alternative** alla detenzione ordinaria (circa 40%)

98 detenuti (circa 60%) hanno avuto ESITO NEGATIVO dell'osservazione con ritraduzione verso l'istituto di provenienza o analogo istituto di detenzione



Coerentemente con gli scopi del nostro studio tutte le variabili raccolte sono state successivamente analizzate alla ricerca di associazioni che potessero identificare dei fattori predittivi di invio in OPG



VARIABILE		ESITO D'INVIO NEGATIVO N= 98 N (%)	ESITO D'INVIO POSITIVO N= 61 N (%)	P *
TIPO DI REATO	PATRIMONIO	26 (27%)	22 (37%)	ns
	PERSONA	17 (18%)	14 (23%)	
	DROGA	15 (16%)	9 (15%)	
	SEX	9 (9%)	3 (5%)	
	FAMIGLIA	5 (5%)	2 (3%)	
	ALTRO	24 (25%)	10 (17%)	
POSIZIONE GIURIDICA	IMPUTATO	34 (35%)	15 (25%)	ns
	DEFINITIVO	55 (57%)	36 (60%)	
	APPELLANTE	4 (4%)	6 (10%)	
	RICORRENTE	4 (4%)	3 (5%)	
PREGRESSI ROP	SI	14 (14%)	11 (19%)	ns
PREGRESSI OPG	SI	6 (6%)	13 (21%)	0,006
TEMPO TRA ARRESTO E ROP	Summary mean	16,57	20,28	** ns
	Std. Dev	20,48	29,91	
Chi2 square test o Fisher exact test; ; soglia di significatività p<0.05; ns=differenza non statisticamente significativa				
**Test non parametrico di Wilcoxon Mann-Whitney soglia di significatività p<0.05; ns=diff. non statisticamente significativa				



Emerge un'associazione tra un'anamnesi di **precedenti ingressi in OPG** ed un possibile re-invio in seguito all'Osservazione Psichiatrica





VARIABILI		ESITO D'INVIO NEGATIVO N=98 N (%)	ESITO D'INVIO POSITIVO N=61 N (%)	P *
PREGRESSI AGITI+TS FUORI CC	SI	6 (6%)	16 (26%)	<0,001
PREGRESSI AGITI+TS IN CC	SI	647(48%)	32 (52%)	ns
IN CARICO CPS	SI	29 (30%)	28 (46%)	0,037
IN CARICO UONPIA	SI	3 (3%)	8 (13%)	0,023
PREGRESSE CT	SI	6 (6%)	12 (20%)	0,018
PREGRESSI RICOVERI SPDC DA CC	SI	18 (18%)	15 (25%)	ns
PREGRESSI RICOVERI SPDC DA LIBERO	SI	26 (27%)	20 (33%)	ns
*Chi2 square test o Fisher exact test; ; soglia di significatività p<0.05; ns=diff. non statisticamente significativa				

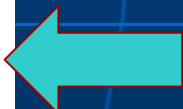
Allo stesso modo anche le variabili connesse ad una precedente **presa in carico psichiatrica** si associano all'esito positivo di INVIO in OPG  
Si riscontra significatività per gli **agiti autolesivi e i TS compiuti PRIMA dell'ingresso in carcere**, la stessa cosa non emerge se compiuti in carcere



RISULTATI

ANALISI UNIVARIATE: cliniche - diagnosi

VARIABILI		ESITO D'INVIO NEGATIVO N=98 N (%)	ESITO D'INVIO POSITIVO N=61 N (%)	P *
DIAGNOSI ASSE I	NESSUNA	44 (45%)	13 (21%)	<0.001
	PSICOSI	23 (24%)	31 (51%)	
	BIPOL	4 (4%)	5 (8%)	
	ANSIA/DEP	17 (17%)	7 (11%)	
	SOSTANZE	10 (10%)	4 (7%)	
	ALTRO	0 (0%)	1 (2%)	
DIAGNOSI ASSE II	NESSUNA	40 (41%)	30 (49%)	ns
	BORDERLINE	16 (16%)	15 (25%)	
	ANTISOCIALE	5 (5%)	2 (3%)	
	NAS	31 (32%)	9 (15%)	
	RITARDO	4 (4%)	4 (6%)	
	ALTRO	2 (2%)	1 (2%)	
DIAGNOSI TOT (155 utenti)	ASSE I	37 (39%)	29 (48%)	0,008
	ASSE II	41 (43%)	21 (20%)	
	ASSE I+II	17 (18%)	19 (32%)	
*Chi2 square test o Fisher exact test; ; soglia di significatività p<0.05; ns=differenza non statisticamente significativa				



Rispetto alla diagnosi formulata emerge una correlazione tra **diagnosi ex asse I** (in particolare PSICOSI) e INVIO in OPG, mentre nessuna significatività viene riscontrata per l'ex asse II

Anche nella successiva analisi per diagnosi singole e comorbili permane una significatività solo per l'ex asse I



RISULTATI

MODELLO DI REGRESSIONE LOGISTICA

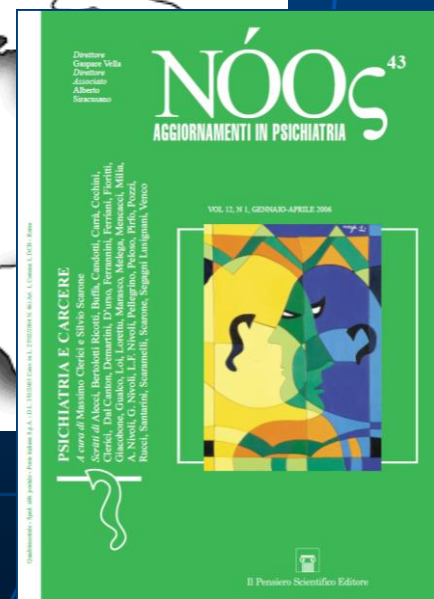
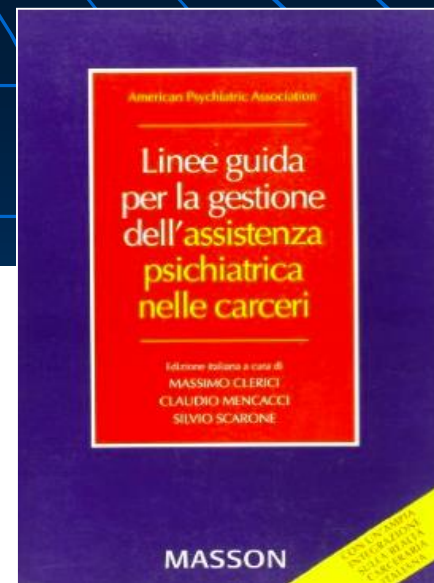
INVIO IN OPG	ODDS		
	RATIO	P	95% CONF INTERVAL
ASSE I: PSICOSI	3,16	0,018	1.22-8.16
ASSE II: DISTURBO DI PERSONALITA'	0,44	0,096	0.17-1.15
ETA' (ALL'INGRESSO IN ROP)	0,97	0,227	0,94-1.01
AGITI DENTRO IL CARCERE	1,05	0,094	0.43-2.59
PREGRESSI AGITI FUORI DAL CARCERE	4,69	0,015	1.34-16.39
PREGRESSI OPG	4,88	0,009	1,48-16,11
PREGRESSA PRESA IN CARICO	1,51	0,292	
ABUSO DI SOSTANZE	1,95	0,108	0,86-4,45

Le variabili significative alle univariate sono pertanto: Diagnosi di ex ASSE I (in particolare PSICOSI), pregressi agiti autolesivi e/o TS prima dell'ingresso in carcere, pregressa presa in carico ai servizi psichiatrici e pregressi accessi in OPG.

Le variabili riscontrate in letteratura e ritenute potenzialmente "confondenti" sono invece: Età/sexo, Disturbi di Personalità e Abuso di Sostanze



# La Task-Force nazionale S.I.P. sulle carceri



# The milestones of the INSIEME Project

## IMPROVING THE MANAGEMENT OF MENTAL HEALTH, PARTICULARLY PSYCHOSIS, IN PATIENTS INMATES



**National Advisory and Scientific Board**



**Document Editing**

**«Percorso Diagnostico  
Terapeutico Assistenziale  
(PDTA) per il paziente con  
disturbo mentale negli Istituti  
Penitenziari italiani»**



**Training of professionals  
involved in the health  
management of the detainee**



**Educational campaign with  
involvement of Local Health  
Units and territorial partners**

### INDICE

<u>Parte Prima</u>	
Premessa.....	4
Definizione delle priorità.....	5
I disturbi mentali negli Istituti Penitenziari Italiani.....	9
<u>Parte Seconda</u>	
Il contesto istituzionale e organizzativo della salute mentale in carcere.....	21
Attivazione del PDTA: dotazione organizzativa minima in ambito regionale.....	22
Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA):	
(1) Fase dell'accoglienza del detenuto "Nuovo Giunto" e identificazione dei soggetti a rischio	
psicopatologico.....	22
(2) Fase della valutazione diagnostica e diagnosi differenziale relativa all'area	
psicosociale.....	23
(3) Fase del percorso di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico.....	26
(4) Fase del monitoraggio del percorso di cura.....	30
(5) Fase della gestione dell'emergenza/urgenza.....	30
(6) Continuità assistenziale in caso di.....	32
Indicatori di valutazione.....	33
• Premessa.....	33
• Premessa.....	34
• Premessa.....	34
• Premessa.....	34
• Premessa.....	39
• Premessa.....	40
• Premessa.....	43

**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale  
(PDTA)**  
**RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE CON DISTURBO MENTALE  
NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI ITALIANI**

# Che fare? Implementare i Percorsi di Cura

## STANDARD ASSISTENZIALI



Strumenti di gestione clinica finalizzati a fornire ai pazienti:

- \* **interventi di provata efficacia**
- \* attraverso una **sequenza logica di azioni in un tempo ottimale**
- \* sviluppati **per diagnosi frequenti, costose e connesse ad alti rischi per la salute del paziente**
- \* caratterizzati dalla **centralità del paziente, integrazione multi professionale, pratica basata sull'EBM ed il miglioramento continuo della qualità**

*Sinonimi: percorso (o profilo) assistenziale, percorso diagnostico-terapeutico, percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA)*



...l'istituzione carceraria è forse l'espressione non dichiarata della necessità di un sistema "stabile" di istituzionalizzazione asilare nella società post-industriale avanzata... ?

**ipotizzata relazione inversa tra disponibilità di posti letto in ospedali psichiatrici e numero di detenuti (Penrose, 1939)**



- Gilligan J (2001), The last mental hospital; *Psychiatric Quarterly* 72, 45-61
- Konrad N (2002), Prisons as new asylums; *Current Opinion in Psychiatry* 15, 583-587

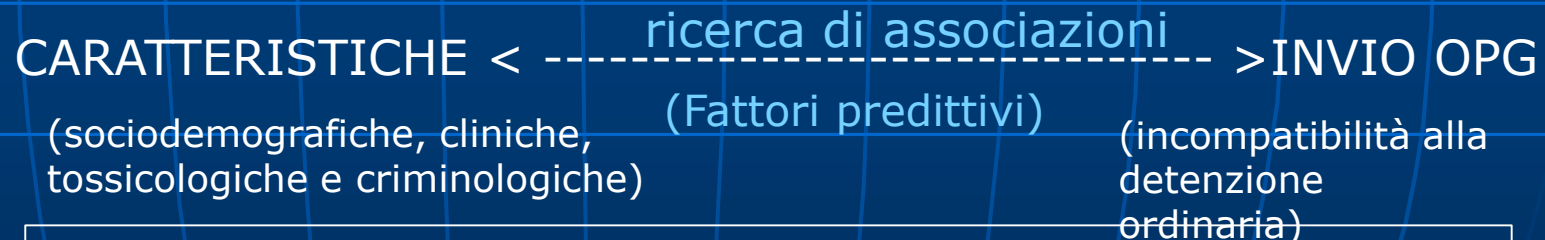
# RAZIONALE E OBIETTIVI

Nel contesto **ISTITUZIONALE, NORMATIVO E CLINICO** illustrato ci siamo proposti di **ricercare associazioni tra le caratteristiche**

- SOCIO-DEMOGRAFICHE,
- CRIMINOLOGICHE,
- CLINICHE,
- TOSSICOLOGICHE

e

**L' INVIO IN OPG (strutture alternative)**



Al termine dei 30 giorni l'equipe di salute mentale esprime, infatti, un **giudizio di esito positivo o negativo dell'osservazione psichiatrica** sulla base del quale il magistrato deciderà l'eventuale INVIO in strutture alternative alla detenzione ordinaria

# IL DISEGNO DELLO STUDIO E LA PROCEDURA DI RICERCA

Si tratta di uno **STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO** su un campione di **soggetti detenuti** per i quali è stata richiesta l'**osservazione psichiatrica** c/o il ROP nel periodo **1.1.2010 e 31.8.2015** (56 mesi)

**SONO STATI CONDOTTI COLLOQUI CLINICI GIORNALIERI DURANTE I 30 GIORNI DI OSSERVAZIONE PSICHIATRICA.** Traccia di questi colloqui è consultabile, oltre che sul fascicolo del detenuto, anche nei **registri carcerari della sezione osservandi**

A scopo di ricerca è stato appositamente costruito un database in cui i dati sono stati immessi in forma totalmente anonima nel rispetto della normativa vigente

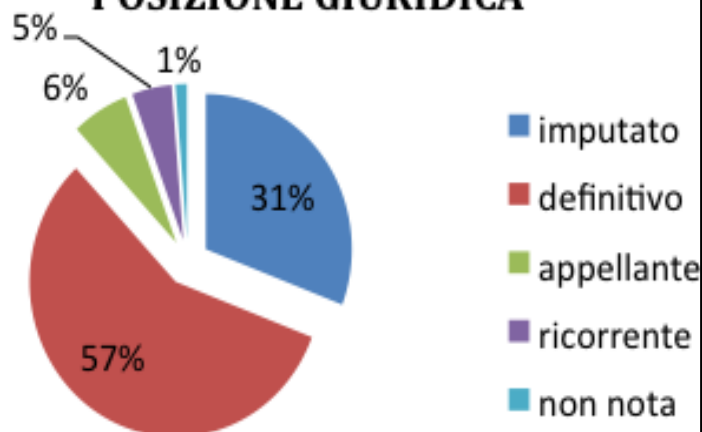
ANALISI STATISTICA:

Analisi univariate e Modelli di regressione logistica multipla  
**SOGLIA:  $p$ -value inferiore a 0,05** - Pacchetto statistico **Stata 13**.

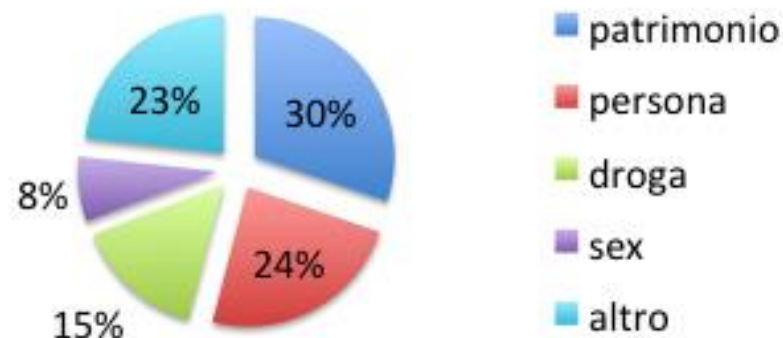


CAMPIONE: 159 UOMINI (100% M)  
88 (55%) dei quali Italiani  
L'età media è 36,59 anni (DS 10,8)

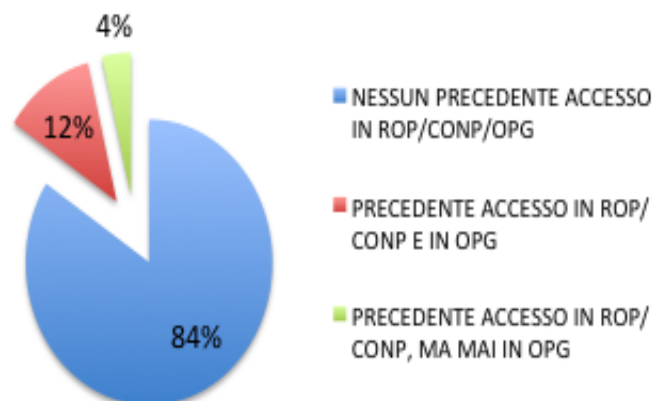
### POSIZIONE GIURIDICA



### TIPOLOGIA DI REATO



### PRECEDENTI ACCESSI ROP, CONP, OPG



**TEMPO TRASCORSO TRA L'INGRESSO IN CARCERE E L'INVIO PER L'OSSERVAZIONE PSICHIATRICA**

**18 mesi (DS 24.51)/ 0-185**



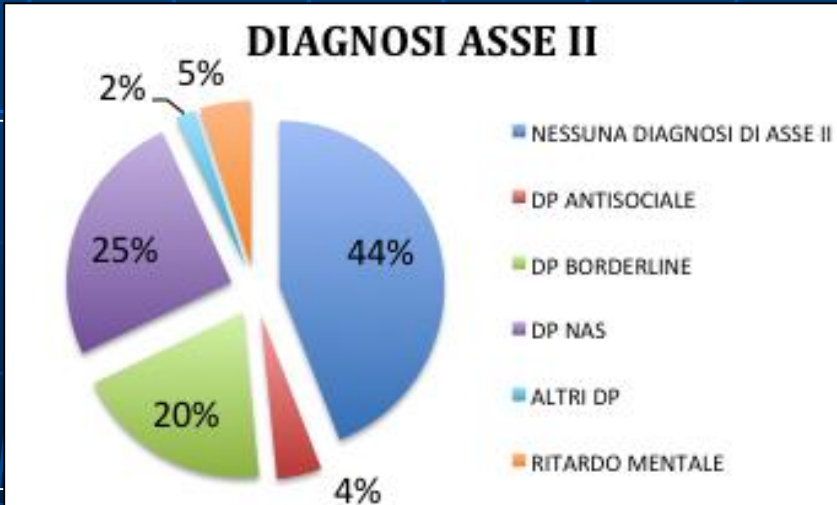
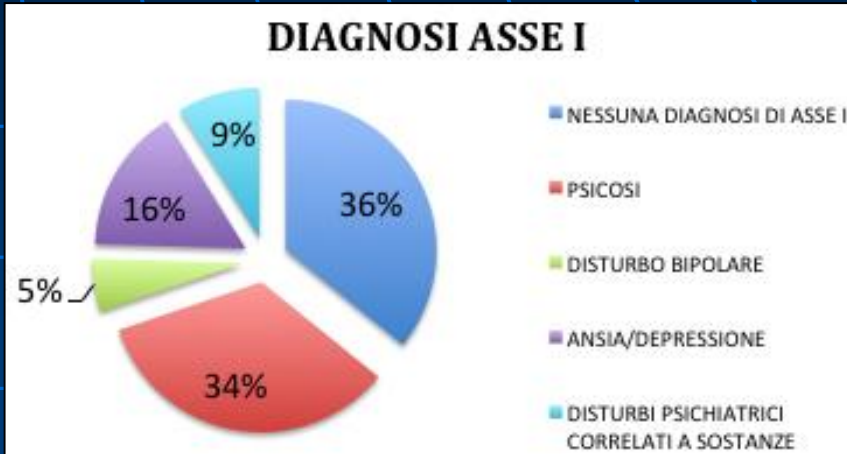
# STATISTICHE DESCRITTIVE: variabili cliniche (1)

- MOTIVO DI INVIO IN ROP**

**COMPORTAMENTALE**  
(agiti auto/etero lesivi e/o comportamenti oppositivi o aggressivi etc.)  
**PSICOPATOLOGICO**  
(deliri, allucinazioni, depressione etc.)

Rapporto 2:1

- PREGRESSA PRESA IN CARICO AI SERVIZI PSICHIATRICI, NEUROPSICHIATRICI, TD o CT**  
34% del campione

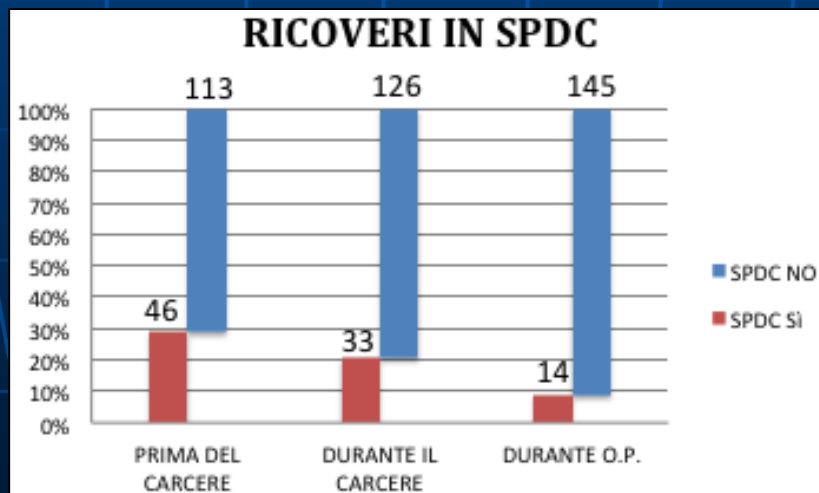
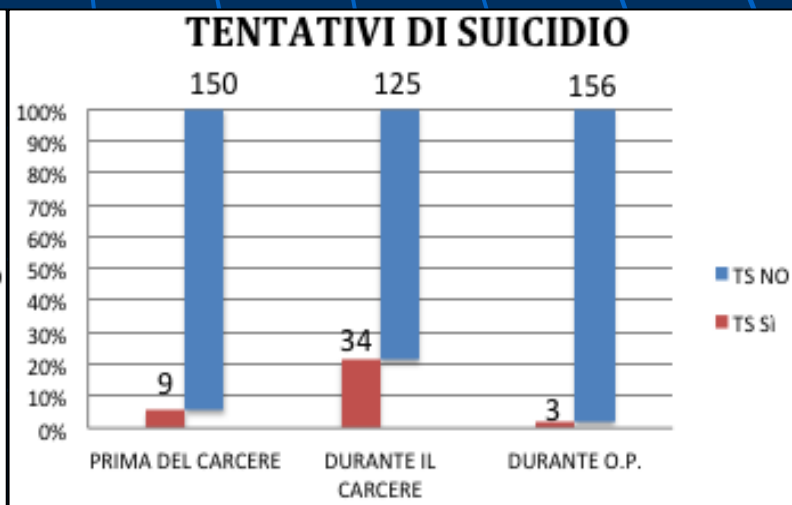
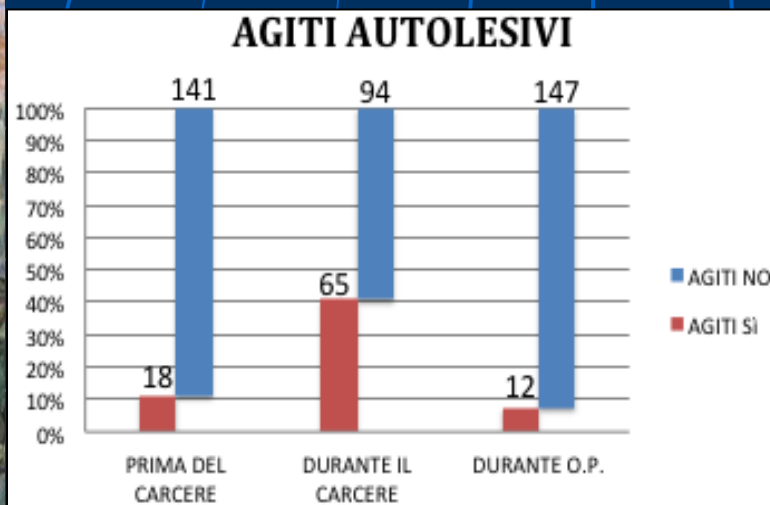




## RISULTATI

# STATISTICHE DESCRITTIVE: variabili cliniche (2)

**PRIMA dell'ingresso in carcere - DURANTE la detenzione  
durante l' OSSERVAZIONE PSICHIATRICA.**

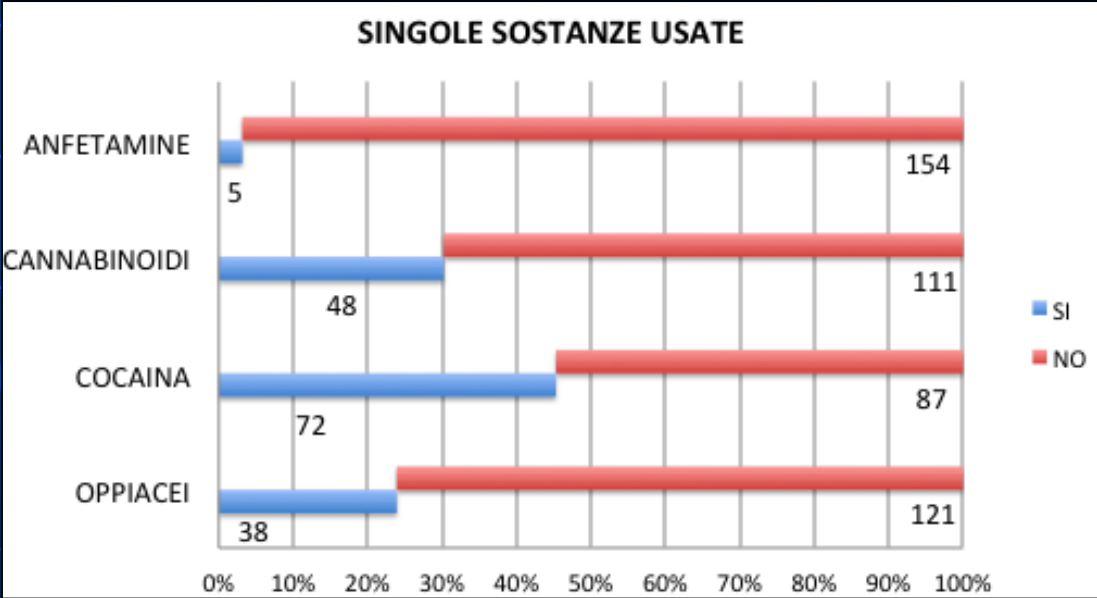
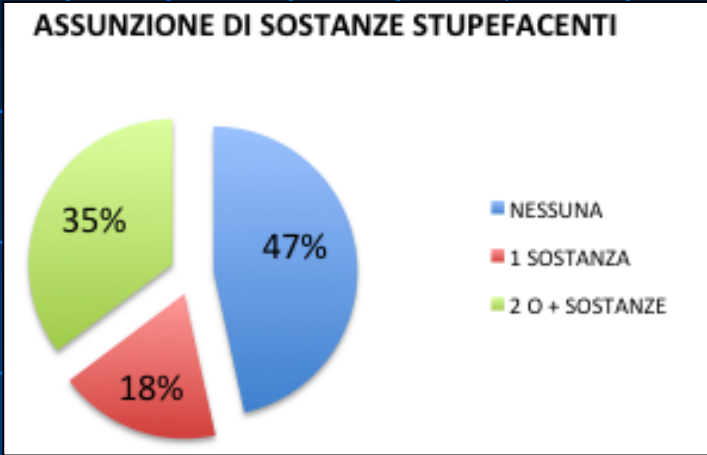






**RISULTATI**

# STATISTICHE DESCRITTIVE: variabili tossicologiche



Il 33% del campione manifesta problemi alcol-correlati  
Solo il 6% dichiara un misuso di farmaci