

PREMESSA

Il numero dei posti letto in servizi psichiatrico-forensi nei diversi paesi europei è in aumento (Becker & Vazquez-Baquero, 2001; Priebe et al., 2005); infatti, nonostante l'apparente evidenza di un continuo processo di de-istituzionalizzazione, alcuni autori hanno avanzato l'ipotesi che sia già iniziata una nuova era per l'assistenza psichiatrica, caratterizzata da un più subdolo processo di re-istituzionalizzazione (Priebe, 2004).

Per alcuni autori, la prevalenza di morbilità psichiatrica all'interno delle prigioni può essere considerata come uno "specchio" dei trend generali nella società riguardo ai servizi per i soggetti affetti da malattie mentali (Andersen 2004). Altri autori, al contrario, considerano che il sostanziale e ubiquitario aumento della popolazione carceraria non sia in relazione a fattori di morbilità specifici o a peculiari caratteristiche di erogazione dei servizi, ma rispecchierebbe una tendenza verso una generale politica di contenimento del rischio nella società europea (Priebe et al., 2005).

Il "Piano Regionale per la Salute Mentale 2003-2005" ha già ben osservato come l'istituzione di funzioni organizzate, dedicate all'assistenza psichiatrica negli Istituti Penitenziari, in stretto collegamento con i Ser.D. e la medicina generale, permette una modalità operativa non più settorializzata e frammentata, ma una gestione diretta ed integrata da parte dei D.S.M.. Questo consente di affrontare in modo più efficace le problematiche psichiatriche della popolazione detenuta sia mettendole in relazione alla più generale tutela della salute mentale del cittadino sia marcando profondamente il carattere terapeutico dell'intervento in carcere e la necessità di "spazi" ad hoc in una realtà che, a tutt'oggi, ha visto prevalere gli obiettivi della penalizzazione del danno, del contenimento della pericolosità e della difesa sociale.

Si riduce inoltre la disparità di trattamento tra cittadini liberi di utilizzare cure aggiornate ed efficaci (sul territorio) e cittadini detenuti che, per la loro collocazione in un regime separato e ristretto, non possono usufruire delle opportunità terapeutiche oggi a disposizione nei servizi di salute mentale. Infine, risulterebbe facilitata una migliore pianificazione delle possibilità di reinserimento dell'ex-detenuto alla chiusura della pena e il mantenimento della continuità di cura nella gestione dei percorsi di cura e riabilitazione a livello territoriale.

PROGETTO

Il D.S.M. ha costituito un Servizio per la Salute Mentale nella Casa Circondariale di Monza, così organizzato: 2 specialiste psicologhe (50 h/settimana), dedicate alla rilevazione ed alla gestione del rischio di agiti auto e/o etero lesivi, a tutela della popolazione detenuta residente e in fase di accesso; 4 specialisti psichiatri (32 h/settimana), che operano in tutte le sezioni detentive, oltre al Reparto di Osservazione Psichiatrica (R.O.P.), finalizzato all'inquadramento diagnostico di detenuti provenienti da altre carceri.

L'accoglienza del detenuto nell'accesso alla C.C. è scandita secondo una serie di attività focalizzate sul soggetto sia nel caso in cui provenga dalla libertà sia quando giunge da altro Istituto per trasferimento temporaneo o assegnazione.

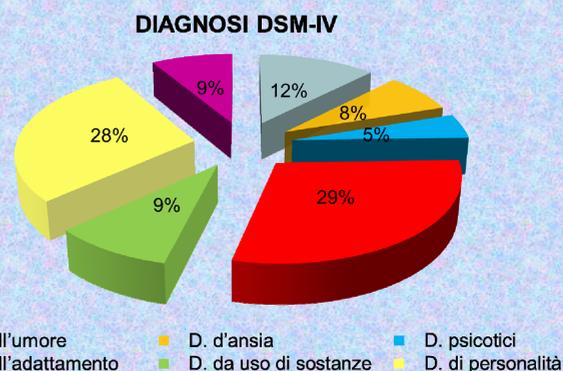
Secondo quanto esposto nelle linee guida dell'Ordinamento Penitenziario, dalla "circolare Amato" del 1987 e succ., nella quale si faceva riferimento alla "Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati", oltre alle procedure d'ingresso, svolte dall'operatore penitenziario, ed alla visita medica è stata introdotta la valutazione psicologica. Questo intervento è finalizzato soprattutto alla rilevazione del rischio di agiti auto e/o etero lesivi, per tutelare il soggetto e la popolazione convivente, con una serie di provvedimenti adeguati.

Nello specifico della C.C. di Monza, questo intervento viene svolto prima dell'assegnazione in sezione comune del detenuto (ad eccezione di coloro i quali sono sottoposti a regime particolare -alta sicurezza, infermeria-) ed entro le 48/72 ore dall'ingresso, al fine di permettere un'adeguata valutazione del disagio psicologico nell'accesso al regime detentivo.

DATI PRELIMINARI

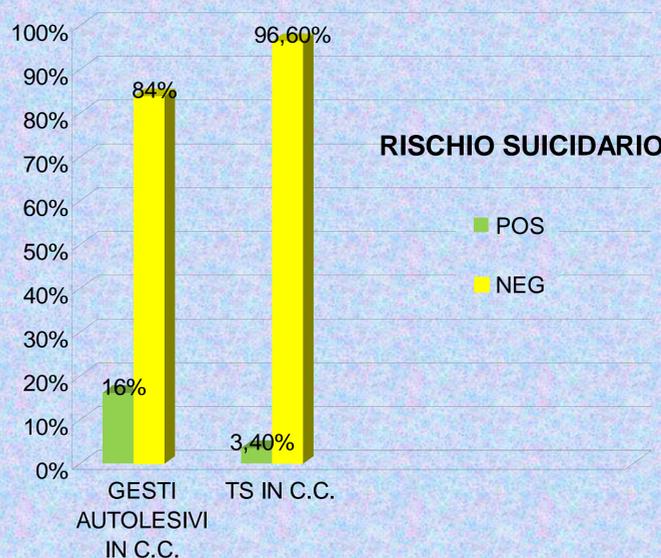
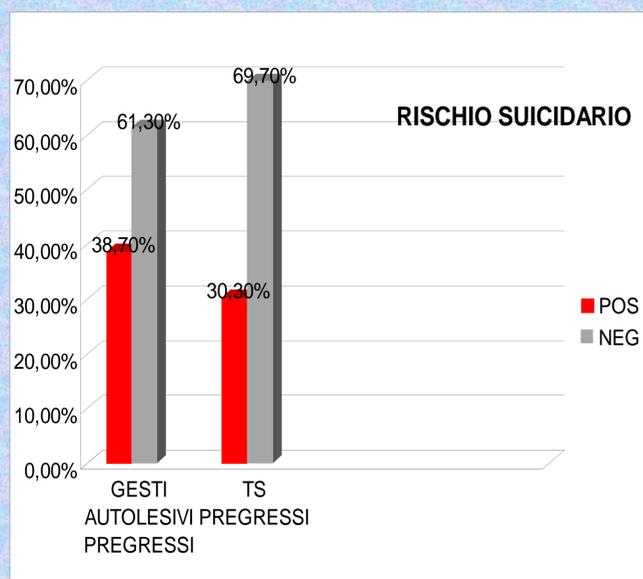
Il presente studio, valutato nel periodo gennaio-giugno 2011, ha lo scopo di riportare alcuni dati preliminari sulla valutazione clinica ed, in particolare, sul rischio suicidario per 119 soggetti della popolazione reclusa.

Nel 31% dei casi i detenuti hanno manifestato sintomi di disadattamento, reattivo alla condizione detentiva, nel 21% si è riscontrato un quadro riferibile allo spettro dei disturbi dell'ansia e dell'umore, mentre il 30% soddisfa i criteri per la diagnosi di disturbo della personalità.



Per quanto riguarda la rilevazione del rischio suicidario, il 68% dei detenuti valutati presenta in anamnesi agiti autolesivi (38%) o TS (30%). Durante il periodo di valutazione il 19% di essi ha messo in atto agiti autolesivi che nel 4% dei casi si sono configurati come TS.

L'assenza di suicidio nel campione valutato evidenzia la validità dell'intervento per individuare i pazienti che necessitano di una presa in carico sia psichiatrica sia psicologica e che presentano un alto rischio suicidario.



BIBLIOGRAFIA

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR), American Psychiatric Association (APA) (2001);
 Armstrong T.D., Costello E.J. (2002). Community Studies on Adolescent Substance Use, Abuse, or Dependence and Psychiatric Comorbidity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 70, n°6, pp.1224-1239;
 Cohen J.A., Bukstein O., Walter H., Benson R.S., Chrisman A., Farchione T.R., Hamilton J., Keable H., Kinlan J., Schoettle U., Siegel M., Stock S., Medicus J. (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. Child and Adolescent Psychiatry, vol.49, issue 4, pp.414-430;
 Cohen J.A., Keller K.J., Mannarino A.P. (2008). Identifying, Treating, and Referring Traumatized Children. Arch Pediatr Adolesc Med.,162(5):447-452;
 Cohen J.A., et al. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. Biological Psychiatry, vol.53, issue 9, pp.8927-833;
 Hunt SM, McKenna SP: European Guide to the Nottingham Health Profile. The European Group for Quality of Life and Health Measurement (Revised Ed.), 1989.
 Levitt JL, Reid WJ: Rapid-assessment instrument for practice. Social Work Res Abstract, 17:13, 1981.
 Mischel W: Introduction to Personality. Holt, New York, 1981.
 Portzky G., Audenaert K., Van Heeringen K. (2008). Psychosocial and Psychiatric factors associated with adolescent suicide. A case-control psychological autopsy study. Journal of Adolescent, vol.32, issue 4, pp. 849-862;
 Skodol A. et Al. (2008). Longitudinal Course and Outcome of Personality Disorders. Psychiatric Clinics of North America, vol. 31, Issue 3, Pages 495-503;
 Svrakic D.M. et Al. (2009). DSM axis II: personality disorders or adaptations disorders? Current Opinion in Psychiatry, Jan, vol.22, issue 1, pp.111-117.