

Rivista di psichiatria

diretta da Massimo Biondi

SUPPLEMENTO AL VOL. 52 • N° 6 • NOVEMBRE/DICEMBRE 2017



PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Raccomandazioni per il paziente con disturbo mentale negli Istituti Penitenziari italiani

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA



Rivista di psichiatria

diretta da Massimo Biondi Supplemento al Vol. 52 • N° 6 • NOVEMBRE/DICEMBRE 2017

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Raccomandazioni per il paziente con disturbo mentale negli istituti penitenziali italiani

*Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA**



Il Pensiero Scientifico Editore

**Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA:*

Sergio Babudieri	Direttore Scientifico e Past-President SIMSPE; Direttore UOC e Scuola di Specializzazione di Malattie Infettive, Università degli Studi di Sassari.
Carola Celozzi	Dirigente Psichiatra ASL Roma 4; Responsabile Coordinamento Attività Psichiatriche in favore della popolazione carceraria.
Pierluigi Cervellini	Dirigente Medico, Medicina Penitenziaria.
Massimo Clerici	Presidente Sip.Dip, Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze, Sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria (SIP); Professore Associato di Psichiatria, Università degli Studi di Milano Bicocca.
Luciano Lucania	Dipartimento Regionale Tutela della Salute, Regione Calabria; Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria; Presidente Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSPE onlus).
Maria Laura Manzone	Responsabile Psichiatria Penitenziaria, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.
Claudio Mencacci	Past-President Società Italiana di Psichiatria (SIP); Direttore DSMD ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano.
Giuseppe Quintavalle	Direttore Generale ASL Roma 4.
Flavio Sensi	Esperto in Attività di Pianificazione, Programmazione e Riorganizzazione Sanitaria.
Giulio Starnini	Direttore UOC Medicina Protetta, Ospedale Belcolle ASL Viterbo, Ufficio IV Servizi Sanitari Direzione Generale Detenuti e Trattamento, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria Italiana.

INDICE

PARTE PRIMA

Premessa	1
Definizione delle priorità	2
I disturbi mentali negli Istituti Penitenziari italiani	4

PARTE SECONDA

Il contesto istituzionale e organizzativo della salute mentale in carcere	14
Attivazione del PDTA: dotazione organizzativa minima in ambito regionale	14
Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA):	14
1) Fase dell'accoglienza del detenuto "Nuovo Giunto" e identificazione dei soggetti a rischio psicopatologico	14
2) Fase della valutazione diagnostica e diagnosi differenziale relativa all'area psicosociale	15
3) Fase del percorso di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico)	16
4) Fase del monitoraggio del percorso di cura	19
5) Fase della gestione dell'emergenza/urgenza	19
6) Continuità assistenziale in caso di scarcerazione/trasferimento in altro Istituto Penitenziario	20
Indicatori di valutazione della performance del PDTA:	
- Premessa	20
- Indicatori di Processo (Efficienza)	21
- Indicatori di Esito (Efficacia)	21
Valutazione dell'adesione/andamento PDTA: cruscotto di valutazione	22

PARTE TERZA

Appendice

Rappresentazione grafica: avvio del percorso di cura	23
Rappresentazione grafica: prima visita psichiatrica	25
Rappresentazione grafica: colloquio psicologico	26
Rappresentazione grafica: gestione emergenza/urgenza	27
Rappresentazione grafica: misure di contenimento	28

Bibliografia di riferimento	31
------------------------------------	----

PARTE PRIMA

PREMESSA

Il materiale elaborato dal gruppo di lavoro sull'assistenza psichiatrica negli Istituti Penitenziari italiani, che viene presentato a seguire, nasce dalla necessità di definire ciò che si intende – almeno in termini generali e nei limiti di un documento “traccia” sull'assistenza psichiatrica all'interno degli Istituti Penitenziari italiani – quale raccomandazione/linea di orientamento che, oltre a mettere in luce la rilevanza del tema, possa supportare gli operatori a uniformare il più possibile modelli di diagnosi e di intervento. Tale necessità è ampiamente sostenuta dalla vasta letteratura esistente in materia, dal cospicuo corpo normativo – incluse leggi nazionali, raccomandazioni e regolamenti europei, peraltro non sempre omogenei – e dalla ricerca nazionale che fornisce sulla tematica *de quo* alcune interessanti esperienze locali in tema di profili assistenziali.

Il Documento mette a disposizione una definizione condivisa di orientamento operativo, cioè di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per pazienti con problematiche psicopatologiche e disturbi mentali all'interno degli Istituti Penitenziari italiani, nel tentativo di identificare e descrivere le priorità che, almeno tendenzialmente, devono essere individuate e dovranno essere fatte proprie dai più diversi interlocutori. In tal senso, si è partiti da un'analisi sintetica della più significativa letteratura di riferimento, nazionale e internazionale, alla quale ci si potrà rapportare per eventuali approfondimenti. Tale analisi consente di individuare e di circoscrivere alcuni elementi essenziali, presenti e/o ricorrenti, quando si intende sviluppare – a partire dalle evidenze – l'argomento trattato.

Nel gennaio 2016 si è costituito un gruppo di lavoro composto da esperti di più diversa provenienza¹ che si occupano prioritariamente di questi temi e che, da diversi anni e a differenti livelli, sono impegnati a sviluppare percorsi assistenziali per la gestione dei problemi di salute negli Istituti Penitenziari italiani.

Il Documento rappresenta una prima proposta, nata dal serrato confronto all'interno del suddetto gruppo di lavoro, che – pur non vincolante in relazione al margine di autonomia riconosciuto a livello regionale e aziendale – si propone decisamente di “aprire” a integrazioni, aggiornamenti e revisioni che si renderanno necessarie a seguito del recepimento e dell'adozione delle raccomandazioni delineate da parte di quelle Aziende che lo riterranno utile per il lavoro clinico e organizzativo in questo contesto.

La complessità organizzativa da garantire all'assistenza dei pazienti con disturbi mentali – e, di conseguenza, anche a quelli privati della libertà – riflette certamente, almeno in parte, la multidimensionalità causale della malattia mentale stessa e, dall'altra, l'inevitabile bisogno di provvedere alle giuste risposte ai bisogni clinici e riabilitativi di questa popolazione all'interno di una visione olistica e multidimensionale. Non si può trascurare di sottolineare come buona parte delle inefficienze o delle vere e proprie trascuratezze cliniche in questo settore siano conseguenza di un'assistenza troppo “settorializzata” e disomogenea che non è in grado di cogliere i bisogni né, tantomeno, di orientare i modelli di lavoro a piena attuazione di tali necessari requisiti.

Il carcere e le istituzioni “chiuse”, peraltro, troppo spesso vengono esclusivamente concepiti come spazi – comunità “altre” – imposti a soggetti che necessitano di contenimento/controllo sociale rispetto a condotte che non si è stati in grado di gestire da soli: professionalità e culture diverse possono allora incontrarsi in quell'attesa, anche sociale, di un intervento riabilitativo. Intervento che non risulterebbe altrimenti realizzabile se vengono meno i presupposti della multidimensionalità del problema, della multiprofessionalità dell'approccio e della poliedricità delle risposte da dare.

È quindi di fondamentale importanza, in questo campo del lavoro sanitario, adottare procedure di accoglienza e di integrazione che permettano sempre alla “persona” che si trova a iniziare il percorso detentivo di limitare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e di superare progressivamente, sempre nei limiti del possibile, quello stress psico-fisico conseguente all'impatto con la realtà carceraria – il cosiddetto *trauma d'ingresso* – che è destinato, per molti, a essere fonte di tanti problemi e, nei casi più difficili, ad alimentare attivamente anche il rischio suicidario. A tutto ciò si aggiunge, nella norma, il bagaglio individuale dei disagi personali, esistenziali e socio-culturali, la presenza già testimoniata di condizioni patologiche preesistenti (di natura psichiatrica, medica e/o da uso di sostanze, ecc.), nonché il progressivo intersecarsi di quelle situazioni che derivano dai problemi giudiziari – con reazioni familiari imprevedibili – e dal disagio sociale spesso aspecifico. Questa miscela di ingredienti va sempre tenuta in considerazione nella realtà carceraria in quanto – se rappresenta un motivo di ulteriori fragilità – deve anche indurre, inevitabilmente, ad attuare tutti quegli interventi che oggi si ritengono necessari a prevenire esordi clinici o ricadute psicopatologiche, pericolose manifestazioni di auto/eterolesionismo e/o tentativi di suicidio, purtroppo alcuni a esito drammaticamente infausto.

In queste raccomandazioni/PTDA non viene presa in considerazione la fascia di soggetti in età minorile: si è ritenuto più opportuno ipotizzare un altro documento specifico e a sé stante per le peculiarità inevitabili che tali problemi comportano.

¹Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria - SIMSPE; Società Italiana di Psichiatria - SIP che include anche la Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze - SIP.Dip e la Società Italiana di Psichiatria Forense - SIPP, entrambe sezioni speciali della SIP; Direttori di ASL ed esperti di organizzazione e management.

DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ

La tutela della salute psichica e fisica umana è principio cardine della difesa dei diritti fondamentali dell'individuo. In quest'ottica appare evidente come, in considerazione della criticità e della complessità insite nello stato di privazione della libertà, la popolazione detenuta debba tendere ad avere analoghi diritti e doveri dei cittadini che si giovano della libertà, compatibilmente alle esigenze e alle norme di sicurezza dettate dai regolamenti interni agli Istituti Penitenziari.

Il diritto alla salute è espresso dall'articolo 32 della Costituzione italiana e, per quanto riguarda le misure di pena e detenzione, è importante ricordare come le parole dell'articolo 27, III comma, recitino che «le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato». Tali principi sono ripresi dall'articolo 3 della Convenzione Europea dei Diritti Umani (CEDU) che stabilisce la protezione assoluta e inderogabile per la persona detenuta: «nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti». Tutti gli Stati hanno, pertanto, il dovere di occuparsi delle persone detenute e sono responsabili di qualunque lesione dei diritti sanitari inflitta come conseguenza di inadeguate misure cliniche e/o di condizioni detentive fuori dagli standard accettabili.

Per quanto riguarda invece l'ambito della salute mentale, nel 2011 il D.L. 22 dicembre 2011 n. 211, successivamente convertito in legge 17 febbraio 2012 n. 9, ha disposto, all'art. 3-ter, la chiusura delle strutture dedicate al ricovero dei soggetti autori di reato con disturbo mentale *internati* per vizio parziale o totale di mente – gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) – prevedendone la data di chiusura per il 31 marzo 2013. A seguito di problematiche organizzative ciò è avvenuto solo al 31 marzo 2015 dopo due rinvii consecutivi, l'ultimo dei quali stabilito dalla legge n. 81/2014. Pertanto, dal 1° aprile 2015, il ricovero negli OPG è sostituito dall'esecuzione dello stesso nelle strutture definite come Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Alla data di redazione del presente documento il circuito nazionale delle REMS è pressoché definito, anche se non ancora completato.

Al riguardo l'art. 3-ter "Disposizioni per il definitivo superamento degli OPG" nel d.l. 211/2011 recita che «la misura di sicurezza è destinata a:

- persone non imputabili (a causa di infermità psichica, intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, sordomutismo) che siano socialmente pericolose;
- persone sottoposte ad altra misura di sicurezza detentiva colpite da un'infermità psichica tale da richiedere il ricovero».

Per le persone affette da disturbi mentali gravi a maggiore complessità gestionale (in particolare disturbi psicotici e schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi della personalità e "doppie diagnosi") la normativa italiana può prevedere strutture "alternative" agli abituali Istituti di Pena. Nonostante tali misure siano dettate da norme definite e, per buona parte, stabilmente attuate ovunque, si verifica ancora che soggetti portatori di patologia psichiatrica grave a maggiore complessità gestionale siano comunque detenuti in carcere:

ciò accade, soprattutto, presso le Case Circondariali e presso gli Istituti dotati di reparti di valutazione (Reparto di Osservazione Psichiatrica ex art. 112 R.E.- ROP) che risultano deputati, appunto, all'accoglienza temporanea delle persone portatrici di patologie psichiatriche per finalità diagnostico-valutative.

Per costoro si pone quindi il problema della erogazione – anche temporanea – di interventi diagnostico-terapeutici efficaci e riconosciuti come validati, cioè assimilabili a quegli interventi di cui fruiscono i cittadini che non sono privati della libertà: ci si riferisce, in particolare, a strategie di cura e a specifici "percorsi" di trattamento accreditati da linee-guida internazionali e nazionali. Tale gestione unitaria e clinicamente validata risulta necessaria proprio in vista di eventuali richieste di trasferimento tra differenti Istituti di Pena o verso REMS.

La fase attuale del superamento degli OPG ai sensi delle Leggi 9/2012 e 81/2014 ha, di fatto, ampiamente rimesso in discussione la gestione del disagio/disturbo mentale in ambito penitenziario. L'Ordinamento Penitenziario – già dal 1975 – prevedeva la presenza di un medico specialista in Psichiatria in ogni Istituto di Pena. Tale previsione veniva ulteriormente sviluppata – a seguito della legge 180/78 – soprattutto dal DM 230/2009 "Decreto Bindi" che attribuiva ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) la responsabilità generalizzata della gestione delle problematiche attinenti la salute mentale e, quindi, anche quella clinica specialistica psichiatrica in carcere.

In questa dimensione storica e organizzativa dei problemi non può che sembrare quanto mai opportuno provare a definire, con uno specifico PDTA rivolto ai soggetti in stato di detenzione, la complessa articolazione della presa in carico e della gestione delle condizioni di disagio/disturbo mentale: ciò sembra giustificato, in particolare, proprio perché in questo specifico ambito si incrociano sempre diversi tipi di esigenze (di cura, di custodia e di sicurezza pubblica) e, nel contempo, anche obiettivi di riabilitazione, possibilità di valutazione differenziale con situazioni giuridiche che motivano richieste a carattere sanitario o, ancora, difficoltà a definire limiti chiari tra patologia e "simulazione" della stessa, finalizzata a ottenere benefici di legge nel percorso penale.

Questo insieme di problemi risulta oggi assai complesso da affrontare e, non di rado, di difficile soluzione dal momento in cui l'OPG non rappresenta più una soluzione tecnica perseguibile e la nuova strutturazione del modello assistenziale che integra REMS e territorio sembra ancora molto fragile e culturalmente oltremodo avanzata rispetto allo stato attuale delle prassi operative rivolte a questa popolazione, sia in sede intra- che extra-penitenziaria.

Si può, allora, considerare la situazione descritta finora come una priorità?

La risposta non può che essere positiva in quanto – visto il crescente disagio che emerge dalla deafferentazione sociale prodotta dalla "libera comunicazione" (tratto caratterizzante la nostra società attuale), dalla patologia psichiatrica generata dai disturbi correlati all'uso di sostanze e dai tempi della giustizia penale – la detenzione risulta essere, sempre più spesso, un momento in cui più facilmente si amplificano le possibilità di ulteriore potenziamento o di accensione *ex novo* della patologia mentale che ha già raggiunto oggi il triste primato di coinvolgere una fetta così importante della popolazione detenuta.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Superando le logiche tradizionali di una pratica psichiatrica intramuraria limitata al “contenimento” farmacologico, si rende necessaria allora una visione aggiornata di piena integrazione psichiatrica/psicologica/educativa e, con il supporto integrativo della diagnostica per immagini e della più classica diagnostica clinica, rafforzandosi – in questo quadro – anche la necessità di un approccio terapeutico evidence-based che faccia proprie non solo le indicazioni delle linee-guida, per esempio con l'impiego di farmaci più innovativi e adeguati, ma anche quelle strategie di presa in carico e di gestione relazionale (nel senso del rafforzamento della compliance) che risultano pienamente riconosciute come utili dall'esperienza.

Pertanto, collegati al DPCM 1/4/2008 – transito dei Servizi Sanitari dal Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nelle diverse articolazioni regionali – i successivi Accordi in Conferenza Unificata hanno disegnato una rete di articolazioni per la diagnosi e il trattamento di tali problematiche che necessita di essere ulteriormente implementata e portata a regime, in particolare per i detenuti cui sono attribuiti gli artt. 111 e 148 c.p.

Seguendo coerentemente la direzione di quanto finora esposto, le citate articolazioni per l'assistenza psichiatrica in carcere rappresentano quella che potrebbe essere definita, auspicabilmente, come una nuova e più avanzata frontiera per le Aziende Sanitarie e, quindi, anche per i DSM che a esse afferiscono. Ancor prima della discussione sulla logistica strutturale e organizzativa dei Servizi psichiatrici in carcere risulta necessaria una specifica riflessione sulla metodologia con la quale si è definita la loro distribuzione nel Paese: sarà necessario, pertanto, individuare e indicare prioritariamente quali siano le variabili in gioco e quali i corretti indicatori che possono orientare tali scelte anche in un prossimo futuro.

Il diagramma ideale dell'assistenza psichiatrica in carcere si qualifica al momento dell'ingresso; è di tutta evidenza come il distacco dalla condizione di cittadino libero, l'allontanamento dalla propria famiglia, l'evidente incertezza per il futuro in relazione alle vicende giudiziarie che hanno causato la detenzione, possano condurre il soggetto detenuto a superare rapidamente e facilmente la soglia di adattamento alle difficoltà personali e ambientali, specie se già portatore di specifiche vulnerabilità biopsicosociali. In questa fase della detenzione la conoscenza della persona attraverso la visita, la raccolta di un'anamnesi clinica e psicosociale accurata e strutturata, includente strumenti di valutazione della condizione psicologica e del disagio psichico, un'attenzione mirata al rischio suicidario e il necessario raccordo con le strutture sanitarie esterne e con i medici di famiglia rappresentano indubbiamente alcuni degli aspetti basilari dell'accoglienza.

L'Accordo in Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012 sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” prevede che le Regioni, l'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile si impegnino, attraverso la costituzione di gruppi tecnici inter-istituzionali, a elaborare un programma specifico su questo delicato aspetto, basandosi sulle indicazioni del Comitato Nazionale di Bioetica. I suddetti documenti, ponendo l'attenzione sulla costante interazione tra individuo e ambiente, consigliano – più che limitarsi ad «[...] individuare i soggetti a rischio [...]» – un approc-

cio olistico che veda nel potenziamento delle opportunità ambientali l'ambito più favorevole alla promozione della salute delle persone, a partire da quelle più fragili. Si tratta di una prospettiva che considera centrale la posizione dell'uomo nell'ambiente di vita e le correlazioni che ne scaturiscono.

Anche il Comitato Nazionale di Bioetica incoraggia a preferire una serie di misure – quali la personalizzazione dei trattamenti, una valida comunicazione, l'utilizzo di spazi di lavoro in comune, l'incentivazione allo studio, lo svago durante le ore diurne – in opposizione a quelle caratterizzate dall'isolamento, dalla coercizione fisica, da celle prive di suppellettili e dai trasferimenti punitivi. Altresì devono essere garantiti una varietà di programmi di presa in carico e di riabilitazione che tengano conto anche delle specificità di genere quale ulteriore obiettivo prioritario. Ciò risulta utile nel comprendere l'eterogeneità di tanti agiti nel complesso relazionale carcerario con l'obiettivo, non secondario, di prevenire l'autolesionismo o il vero e proprio suicidio, di limitare gli acting-out, ma anche di generare richieste di aiuto, non solo di trattamento, che potrebbero essere identificate come importanti per aumentare la soglia di resistenza allo stress.

Occorre sottolineare, infine, come il valore aggiunto della riforma del Sistema Sanitario Penitenziario sia stato quello di collegarlo strettamente al SSN. In quest'ottica, il delicato momento della riammissione in libertà delle persone detenute con fragilità psichica, deve iniziare già all'interno del carcere con l'ingresso in Istituto di quei Servizi Territoriali ai quali sarà prospetticamente affidata la responsabilità futura del percorso assistenziale e terapeutico, senza soluzioni di continuità. Parimenti, aspetti rilevanti della gestione clinica abituale di quei disturbi mentali gravi che generano risposte di necessaria coazione alla cura – quali i Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO) – vengono resi possibili oggi grazie alle strette connessioni con il sistema “esterno” (servizi specialistici dell'Ospedale) e con le medesime modalità di tutti gli altri cittadini.

Da ultimo, si ritiene utile evidenziare come un PDTA, per essere validamente applicato, necessiti inevitabilmente di una formazione professionale adeguata e costantemente aggiornata da parte degli operatori sanitari, nonché di condivisione e di appoggio fra le molteplici figure professionali e dei volontari operanti in carcere. Tale obiettivo agevola la revisione dei modelli utilizzati e apre alle necessarie sperimentazioni.

Considerata, a questo punto, la complessità delle problematiche oggetto delle strategie trattamentali rivolte ai disturbi di area psichica, la presenza delle comorbilità mediche e di quelle legate all'uso di sostanze, il setting peculiare della realtà carceraria, la contemporanea presenza di un quadro sociale emergente sempre più deprimente e conflittuale e, pertanto, sempre più esposto verso la punibilità dei comportamenti devianti, appare evidente la necessità di disporre di uno specifico strumento operativo (PDTA) dedicato a questi temi. La gestione del paziente psichiatrico negli Istituti Penitenziari italiani richiede, infatti, di porre rapidamente in essere quegli interventi multidisciplinari e integrati che oggi sono raccomandati a partire dalle evidenze e dalle esperienze più ampiamente diffuse in Italia e nel mondo occidentale avanzato.

Le motivazioni che hanno ispirato la costruzione di questo documento sono dunque collegate alle seguenti obiettive necessità:

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

➤ **per il Sistema Sanitario:**

- di assicurare “gratuitamente”, alla popolazione detenuta, Livelli di Assistenza Sanitaria pari a quelli erogati a tutti i cittadini liberi;
- di organizzare l’assistenza sanitaria ai detenuti basandosi sul principio di globalità dell’intervento, cioè secondo gli obiettivi di salute, e garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- di riconoscere i bisogni di salute espressi e non espressi, specialmente quelli psicopatologici, della persona in stato di detenzione dal momento dell’ingresso nell’Istituto Penitenziario e durante tutta la sua permanenza;
- di coordinare e integrare i professionisti dei servizi sanitari mettendo in atto, in caso di utenti che presentino bisogni complessi, una presa in carico integrata multiprofessionale che non abbia quindi carattere di episodicità;
- di attuare interventi di promozione della salute con programmi di educazione sanitaria mirati ad accrescere la consapevolezza della tutela della salute da parte dei detenuti in maniera attiva e responsabile. Questi programmi devono educare al contrasto degli stili di vita “a rischio”, comuni a molti detenuti che, con difficoltà, avrebbero potuto avvantaggiarsene nel contesto di appartenenza. Prevenzione significa infatti, in questo ambito, anche preparazione all’uscita dall’Istituto di Pena e superamento degli aspetti iatrogeni, sia della detenzione sia del contesto sociale e culturale di appartenenza;
- di implementare la cooperazione tra i Presidi Sanitari delle Aziende territoriali del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e l’Amministrazione Penitenziaria per promuovere interventi contemporaneamente adeguati alla promozione della salute mentale, alla tutela della sicurezza, alla realizzazione di programmi trattamentali e alla sensibilizzazione su interventi ambientali;
- di adottare, per quanto possibile, misure atte alla prevenzione e alla riduzione degli eventi suicidari nelle carceri mediante l’identificazione precoce dei fattori di rischio;
- di garantire la continuità assistenziale al detenuto non solo al momento dell’ingresso e durante la sua permanenza in carcere, ma anche in caso di eventuali spostamenti in altri Istituti Penitenziari e, dopo la scarcerazione e immissione in libertà, in continuità di cure. Ciò è di fondamentale importanza per l’efficacia degli interventi terapeutici necessari nel tempo.

➤ **per il Sistema Sociale:**

- di contrastare il problema dello stigma, in particolare l’esclusione sociale e la discriminazione nell’accesso alle opportunità offerte agli altri cittadini. La stigmatizzazione e la discriminazione derivanti dalla malattia mentale, oltre che dalla condizione di detenzione attuale o pregressa, sono fra le principali cause che ostacolano un’adeguata tutela della salute mentale dell’individuo;
- di adottare pratiche mirate a far sì che la persona detenuta assistita raggiunga il maggior livello di autonomia personale e sociale. Di fondamentale importanza appare quindi anche la possibilità di garantire un intervento riabilitativo a opera di educatori competenti e delle associazioni di volontariato: ciò anche mediante l’insegnamento di

attività pratiche e manuali, propedeutiche all’inserimento nel mondo del lavoro. Tali attività, tenendo conto delle risorse individuali del singolo detenuto, hanno l’obiettivo di migliorare globalmente la qualità della vita sia durante il periodo detentivo sia alla sua conclusione;

- di garantire tutte le forme di tutela della privacy ai sensi della L. 675/96 e s.m.i.

➤ **per il Sistema Epidemiologico:**

- di verificare prevalenza e incidenza dei fenomeni in oggetto, come dettagliato e descritto nel successivo paragrafo “Epidemiologia e Clinica dei disturbi mentali in Carcere”.

➤ **per il Sistema Tecnico-scientifico e Gestionale:**

- di predisporre la cartella clinica informatizzata (dove non ancora presente);
- di programmare un sistematico e costante flusso di dati sulle patologie prevalenti – anche psichiatriche – nella popolazione detenuta italiana, per poter descrivere e monitorare la situazione epidemiologica carceraria, ben diversa da quella della popolazione generale, al fine di definirne un quadro maggiormente accurato, tale da suggerire misure specifiche anche in relazione all’allocazione delle risorse;
- di attivare programmi di formazione continua riguardanti l’analisi del contesto ambientale penitenziario e le specifiche variabili che influenzano lo stato di salute psicofisico, sia dei detenuti sia del personale della Polizia Penitenziaria e di quello socio-educativo;
- di ridurre la variabilità dei trattamenti nei diversi Istituti Penitenziari italiani tramite il coordinamento attivo tra i Presidi Sanitari delle Aziende territoriali del SSR e le Direzioni dei singoli Istituti, oltre che i Provveditorati Regionali dell’Amministrazione Penitenziaria;
- di rendere trasparente il percorso previsto.

➤ **per il Sistema Economico:**

- di identificare correttamente le risorse necessarie per ottenere i risultati prefissati;
- di rendere misurabile ciò che viene attivato utilizzando costantemente indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi;
- di valutare i percorsi effettivamente attuati alla luce delle risorse umane, tecnologiche ed economiche effettivamente disponibili.

I DISTURBI MENTALI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI ITALIANI

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica come la salute nelle carceri sia troppo spesso trascurata sebbene si qualifichi come un tema di sanità pubblica.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

In tale ottica per molte nazioni, proprio seguendo le indicazioni dell'OMS in tema di responsabilità riguardanti la tutela della salute all'interno degli Istituti di Pena, la gestione di quest'ultima è stata trasferita dal Ministero della Giustizia al Ministero della Sanità. La separazione dei ruoli e delle competenze, infatti, è risultata come il modo più efficiente e più efficace per garantire elevati standard di sicurezza e salute nei contesti penitenziari. Anche l'Italia ha accolto questo invito e tali raccomandazioni, concludendo il percorso di riforma avviato già dal 1998/99 col già citato DPCM del 1° aprile del 2008.

Epidemiologia dei disturbi mentali

In Europa le problematiche inerenti la salute mentale pesano per circa il 20% del totale delle malattie e interessano fino a una persona su quattro nell'arco della vita. Dei dieci Paesi al mondo con i più alti tassi di suicidio, nove si trovano in Europa.

Da circa vent'anni si segnala, in letteratura, come le malattie fisiche e i disturbi mentali interessino la popolazione detenuta in misura significativamente maggiore rispetto alla popolazione generale: le condizioni più frequenti, a questo livello, risultano essere le malattie infettive, i disturbi mentali, l'evoluzione "in cronicità" di molte patologie e la mortalità precoce. Queste evidenze appaiono non trascurabili, anche a livello mondiale, in quanto più di dieci milioni di persone sono detenute (i Paesi più interessati sono gli USA, la Russia e la Cina) e il numero appare in crescita soprattutto in alcune aree geografiche come l'Asia. Il dato epidemiologico si correla anche a importanti e diversificate conseguenze comportamentali e socioeconomiche e il peso che la detenzione esercita sul manifestarsi/perpetuarsi della condizione di malattia è stato a tutt'oggi indagato solo per quanto riguarda l'area delle malattie infettive, mentre non è ancora pienamente definito in relazione alle altre patologie.

Si considera oggi, dai dati a disposizione, che oltre il 50% delle persone detenute sia portatore di una diagnosi di disturbo mentale, con una prevalenza maggiore rilevabile nelle donne, nei giovani e nelle persone di età superiore ai 55 anni: in particolare, le donne detenute mostrano caratteristiche demografiche, criminali e cliniche differenti rispetto agli uomini e più spesso risultano con un'anamnesi positiva per traumi vissuti sin dall'infanzia.

I risultati delle ricerche esistenti vanno comunque sempre interpretati con estrema cautela – qualora si vogliano fare confronti tra Paesi lontani – perché forniscono stime fra loro non sempre sovrapponibili e, in qualche caso, anche non facilmente assimilabili proprio in relazione all'ampiezza e al tipo dei campioni selezionati, ai setting indagati, agli strumenti di valutazione utilizzati o alle metodologie statistiche impiegate. Ciò vale soprattutto per i disturbi del neurosviluppo – *in primis*, il deficit d'attenzione con iperattività (ADHD) – e per i disturbi di personalità, in particolare, se viene incluso il disturbo antisociale di personalità, le cui manifestazioni peculiari possono sovrapporsi con molti comportamenti causanti l'ingresso in carcere.

Non va sottovalutato, inoltre, l'effetto direttamente iatrogeno e potenzialmente lesivo della fragilità individuale, quale si caratterizza essere l'ingresso e/o la perdurante permanenza in carcere, eventi questi che complicano il rilievo og-

gettivo dell'incidenza e della prevalenza dei disturbi mentali in tale contesto.

Più in generale, si considera che 1 detenuto su 7 abbia un disturbo psicotico o un disturbo depressivo maggiore (fino a 4-5 volte la popolazione generale) e che i Disturbi di Personalità vengano rilevati in carcere fino a 10 volte di più che nella popolazione generale. La frequente comorbidità fra disturbo mentale e disturbi correlati a sostanze (DCS) e disturbi da addiction – nota da tempo come "doppia diagnosi" e riconosciuta anche nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) – sembra poi aggravare e complicare in maniera evidente sia il decorso sia la prognosi del disturbo mentale.

Tra i dati epidemiologici più significativi derivanti dalle meta-analisi e dalle revisioni sistematiche presenti in letteratura si può ricordare come:

- la psicosi si colloca in una forbice che oscilla tra il 3,6% (nel genere maschile) e il 3,9% (nel genere femminile);
- la depressione maggiore si colloca, a sua volta, tra il 10,2% (nel genere maschile) e il 14,1% nel genere femminile;
- il disturbo di personalità antisociale è la diagnosi più frequente in assoluto: in media tra il 47% nel genere maschile e il 21% nel genere femminile;
- l'abuso e la dipendenza da alcool (ancora secondo la bipartizione derivante dai precedenti criteri diagnostici del DSM-IV-TR) oscilla tra il 17-30% (nel genere maschile) e il 10-24% nel genere femminile;
- l'abuso e la dipendenza da sostanze (sempre secondo la bipartizione derivante dai precedenti criteri diagnostici del DSM IV-TR) oscilla tra il 10-48% (nel genere maschile) e il 30-60% nel genere femminile;
- l'ADHD è intorno al 40%;
- il disturbo post-traumatico da stress è intorno al 20%;
- i comportamenti autolesivi rilevabili nell'anno precedente la detenzione (a più diverso livello) si collocano tra il 7-15% (nel genere maschile) e il 17-27% (nel genere femminile).

Al momento, nella realtà italiana, sono a disposizione solo pochi dati epidemiologici relativi alla diagnosi psicopatologica di questa popolazione: essi sono, perlopiù, preliminari, puntiformi e scarsamente supportati da valutazioni strutturate con interviste/rating scale che derivino dalla pratica clinica di specifiche équipe psichiatriche operanti all'interno delle carceri. Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di stime o di valutazioni cliniche che non si avvantaggiano di strumenti diagnostici confrontabili e riconosciuti a livello della letteratura scientifica internazionale.

La popolazione giornalmente detenuta in Italia – nei 193 Istituti di Pena esistenti – supera i 50.000 soggetti (53.495 di cui 2.198 donne e 17.920 stranieri al 31/03/2016). Vista tale numerosità, è importante raccogliere dati epidemiologici sullo stato di salute all'interno delle carceri predisponendo e garantendo un costante flusso informativo, in particolare riguardo alla patologia psichiatrica più grave, considerando ciò un obiettivo prioritario dei programmi di politica sanitaria nazionale anche in relazione all'avvenuta chiusura degli OPG.

Implicazioni cliniche dei disturbi mentali

I disturbi mentali definiti come più gravi e complessi dal punto di vista gestionale sono la schizofrenia, i disturbi del-

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

l'umore (disturbo bipolare e depressione maggiore), i disturbi della personalità e i disturbi correlati all'uso di sostanze e addiction. Le caratteristiche di questi disturbi e la loro gestione – a partire dai criteri diagnostici che li definiscono (vedi DSM-5 e ICD-10) fino ai percorsi di cura e, nello specifico, alla necessaria integrazione dei più diversi trattamenti psicofarmacologici, psicoterapici e socio-riabilitativi – riferiscono a linee-guida di riconosciuto valore internazionale che esprimono, sempre di più, amplissimi livelli di sovrapposizione e di concordanza tra di loro e, buona parte delle quali, in uso stabile ai Servizi in quanto adottate nell'ambito degli standard operativi delle ASL e/o delle Aziende Ospedaliere in relazione a procedure di qualità, di risk management o, a cascata, in accordo con protocolli gestionali e valutativi assunti come obiettivi aziendali della pratica clinica da parte degli operatori di più diverso ruolo e professionalità. Nella migliore delle ipotesi tali procedure e protocolli prendono la forma di PDTA per specifiche patologie.

In ambito penitenziario, come detto in precedenza, il disturbo mentale è tra le patologie più frequentemente osservate e rilevate e può presentarsi con vari livelli di gravità e/o modalità di manifestazione: la stessa detenzione/privazione della libertà rappresenta un evento “morbigeno” di frequenza elevata che può causare un'esacerbazione e/o un'amplificazione di sintomi riconducibili, altrove, ai più diversi disturbi psichici minori e/o a disturbi psichiatrici maggiori non necessariamente inquadrabili in quel contesto, dal punto di vista del livello di gravità, come di significatività clinica. Tra questi, per esempio:

- i disturbi dell'adattamento;
- i disturbi d'ansia;
- i disturbi dell'umore;
- i disturbi correlati a traumi;
- i disturbi di personalità;
- i disturbi correlati all'uso di sostanze;
- i disturbi psicotici;

quei disturbi psichiatrici che più frequentemente si associano tra loro (per esempio, pazienti con spettro ansioso-depressivo o con “doppia diagnosi”, la cosiddetta co-esistenza di patologia mentale e uso di sostanze).

Risulta sempre opportuno, pertanto, effettuare un attento inquadramento diagnostico *ab initio* (“Nuovi Giunti”) al fine di indirizzare il medico di continuità terapeutica, gli specialisti delle più diverse discipline (se coinvolti) e il personale tutto dell'Amministrazione Penitenziaria nella scelta di un corretto ed efficace processo di presa in carico e, se necessario, di cura che risulti il più possibile adeguato ai bisogni di salute dell'utente, così come previsto dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013).

Gli elementi fondamentali della presa in carico, articolati secondo passaggi che devono rispecchiare le diverse fasi temporali e – sempre – una serie di specifici obiettivi derivanti dalla valutazione del caso e dall'assessment preliminare, sono assimilabili a quelli della psichiatria territoriale e si declinano come a seguire:

- a. «*collaborazione/consulenza*: una modalità di lavoro organizzata tra Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Medico di Medicina Generale (MMG) o tra servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (UONPIA), Servizi Psicologici, Servizi Sociali e Scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;

- b. *assunzione in cura*: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- c. *presa in carico continuativa*: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e dell'intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di presa in carico continuativa prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e – a seconda dei bisogni individuati – richiede l'identificazione del case manager [...] oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali [...].»

Le strategie e i “percorsi” di trattamento assimilabili ai criteri delle linee guida sono riconosciuti non solo dalla letteratura internazionale, ma anche dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali e vengono definiti come raccomandazioni cliniche e gestionali, elaborate attraverso un processo di ricerca sistematica delle evidenze, allo scopo di dare sostegno e appoggio ai clinici nella scelta di modalità di assistenza più appropriate nelle specifiche circostanze oggetto dell'intervento. Non sono quindi regole “rigide”, né solo protocolli prescrittivi, ma devono risultare sempre coerenti, però, con le conoscenze derivanti dalla ricerca scientifica (appunto basata sulle evidenze) e tenere presenti il rapporto costo/beneficio degli interventi sanitari da erogare.

Le possibilità di attuazione delle linee guida dipendono, almeno in parte, dal contesto in cui nascono (paese, cultura operativa e gestionale dei Servizi, ecc.) e, ovviamente, da quello in cui vengono applicate; avendo un certo grado di flessibilità, possono anche essere condizionate sia dalle relazioni gerarchiche interne al sistema sia dalle relazioni esterne a esso. Si intende, nello specifico, la qualità e la flessibilità, appunto, di un sistema organizzativo (vedi sopra) all'interno del quale si possono determinare richieste operative più o meno “rigide” (qualità/risk management, etc.) o, invece, ci si può richiamare, più flessibilmente, ai vantaggi dell'impiego di PDTA, accordi clinici interdisciplinari e protocolli “soft” rinnovabili sistematicamente a breve. Quest'ultima formula, generalmente semplificata, risente più facilmente delle scadenze temporali ravvicinate e delle necessità di aggiornamento e di revisione continua degli operatori.

Nei fatti, l'utilizzo e l'implementazione di linee guida non implica esclusivamente la disponibilità di un modello tecnico e teorico-clinico ben definito, ma piuttosto la sua declinazione operativa secondo un approccio il più possibile integrato, cioè in grado di definire regole di gestione delle prestazioni sanitarie condivisibili e accettabili dalla maggioranza degli operatori. Queste dovrebbero coinvolgere tutti i protagonisti, interni ed esterni al sistema sanitario, soprattutto in base alla considerazione che la qualità delle prestazioni e dei Servizi non è mai neutra, ma piuttosto costantemente legata alla sua applicazione all'interno di un modello operativo sostenuto da valori culturali, sociali, politici e che deriva, dunque, da scelte che vengono fatte in base a principi ritenuti condivisibili dalla maggioranza dei fruitori.

Va inoltre sottolineato come il valore della qualità complessiva del “percorso” effettuato a partire da linee guida non possa commisurarsi solo alla quantità e neppure alla tipologia degli interventi attuati, ma sia legato alle modalità di

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

svolgimento e di attuazione dei processi di erogazione di quello specifico contesto operativo, a loro volta ampiamente influenzati dalle relazioni tra management e operatori e tra costoro e gli utenti.

Nella parte finale del presente Documento verrà presentata una breve sintesi di alcuni schemi operativi e di considerazioni derivanti dalle linee guida più diffuse relative al trattamento della schizofrenia e del disturbo bipolare, in considerazione del fatto che questi disturbi mentali sono di per sé rappresentativi del paradigma dei disturbi mentali gravi a maggiore complessità gestionale. Nella sintesi proposta sono indicati alcuni schemi di riferimento (sui processi e sulle modalità diagnostico-terapeutiche) che possono rivelarsi di richiamo al testo completo delle linee guida al quale ovviamente si rimanda per un approfondimento esaustivo. A tal proposito, si è deciso di utilizzare alcune linee guida, e non altre, proprio in relazione alla loro importanza scientifica e alla loro ampia accettazione a livello internazionale (rappresentatività di società scientifiche o di *workgroup* di riconosciuto valore; frequente aggiornamento temporale dei contenuti, etc.).

In questo ambito la possibilità di precisare, tra l'altro, soprattutto le possibili scelte terapeutiche che riferiscono al trattamento farmacologico trova facile spiegazione sia perché questo è uno dei trattamenti di prima scelta in caso di disturbo mentale grave in età adulta a elevata complessità gestionale, sia perché esso appare come l'intervento più generalizzabile e più facilmente applicabile in contesti dove risultino spesso carenti, peraltro, le risorse per interventi di tipo psicoterapico e psicosociale.

Non possono mancare infine, a livello di sintesi, le necessarie indicazioni sul trattamento dell'agitazione psicomotoria ricordando che trattasi di condizione derivante da uno stato di elevato disagio psicosociale frequentemente riscontrabile in questi contesti e che è necessario inquadrare al più presto nel "percorso" diagnostico per le ovvie ricadute terapeutiche "in urgenza".

Per quanto riguarda, invece, lo specifico dei disturbi dello spettro della schizofrenia e gli altri disturbi psicotici (che si manifestano con una prevalenza intorno all'1% circa della popolazione generale e che, in ambito carcerario, possono arrivare fino al 3/4%), tali patologie devono essere considerate – sempre – come un obiettivo di cura estremamente impegnativo: malattie gravi, queste, spesso invalidanti e con un notevole carico familiare e sociale, nonché con rilevanti implicazioni assistenziali per i Servizi.

I tassi di guarigione attesi (clinica e sociale) – in relazione alle diverse tipologie intra-gruppo di questi disturbi – risultano estremamente eterogenei e fortemente influenzati dall'età di esordio e dall'evoluzione nel tempo, nonché dalle possibilità di instaurazione di corrette terapie psicofarmacologiche o dalla possibilità di implementazione attraverso un adeguato inserimento in programmi psicosociali e riabilitativi validati. Non si deve trascurare, peraltro, l'indice di mortalità che le accompagna (da 2 a 5 volte maggiore di quello della popolazione generale) che si esprime sia per il rischio suicidario in senso stretto (effetto delle caratteristiche del profilo sintomatologico) sia, soprattutto, per le diverse manifestazioni della morbidità medica associata.

Si deve enfatizzare, a questo punto, una sorta di algoritmo decisionale – molto semplificato – che mantenga sempre alta l'attenzione degli operatori di ambito carcerario sulla

complessità del disturbo e sui passaggi necessari e sufficienti per il monitoraggio di questi soggetti qualora identificati. Almeno tendenzialmente, gli interventi rivolti ai disturbi mentali gravi ad alta complessità gestionale devono essere necessariamente suddivisi in fasi diverse, tutte fondamentali per una valida presa in carico. Tra queste:

- la valutazione iniziale (screening diagnostico) **(a)**;
- il trattamento del primo episodio e degli episodi successivi **(b)**;
- il mantenimento della fase di stabilizzazione e il follow-up (esiti a distanza) **(c)**.

(a) Per raggiungere un'accettabile "accuratezza diagnostica" si deve ricorrere all'impiego di procedure il più possibile standardizzate a partire dai criteri diagnostici oggi esistenti (DSM-5/ICD-10) e di strumenti strutturati di rilevazione sintomatologica (interviste/rating scale) che siano accurati e il più possibile esaustivi della complessità delle condizioni esaminate: tutto ciò mantenendo un costante confronto tra gli operatori coinvolti. La valutazione ambientale (familiare e, nel caso di contesto detentivo, soprattutto sociale) del paziente risulta sempre necessaria soprattutto in corso di "riapertura del caso" per ricaduta o, nei casi di trasferimento/scarcerazione, del passaggio ad altro contesto terapeutico. Non deve mai essere trascurata, infine, la valutazione delle condizioni mediche generali comorbili, anche in anamnesi recente o passata, ponendo particolare attenzione al livello di gravità delle eventuali patologie concomitanti.

(b) L'indicazione a un "intervento precoce" – ossia a diagnosi e cura precoci dei sintomi prodromici di condizioni diagnosticamente non ancora definibili (stati mentali a rischio) e/o, per i disturbi mentali veri e propri, da poco manifesti (primo episodio) – è facilmente comprensibile sia in relazione alle ovvie necessità precoci di cura sia a un altrettanto precoce rafforzamento della compliance terapeutica dell'intervento. Sebbene i dati clinici e della ricerca non forniscano conclusioni uniformi circa l'impatto degli interventi precoci su decorso e prognosi delle sindromi ad alta complessità gestionale, tuttavia intervenire nelle prime fasi di malattia sembra poter contrastare soprattutto quelle "lesioni" funzionali che possono rivelarsi importanti nell'antagonizzare fin dall'inizio i percorsi riabilitativi o addirittura rendere irreversibili i danni a livello neurocognitivo derivanti dalla gravità della patologia. Dall'intervento precoce deriva quindi qualche interessante possibilità di ridurre efficacemente il numero di persone affette da potenziale cronicizzazione e/o da andamento gravemente invalidante.

In tale contesto di trattamento precoce, la prescrizione di una psicofarmacoterapia con antipsicotici atipici offre in genere, per i minori effetti collaterali, anche maggiori possibilità di raggiungere una valida compliance garantendo – nella media dei soggetti coinvolti – una più efficace modulazione dei dosaggi e possibilità di utilizzo in monoterapia: maggiori garanzie di efficacia clinica, pertanto, e minore rilevanza degli effetti collaterali rispetto a trattamenti più tradizionali – specie se in politerapia – che però, in situazioni selezionate, mantengono comunque la loro provata validità.

Nello specifico delle più attuali indicazioni, la formulazione iniettiva a lento rilascio (long acting injective - LAI) degli antipsicotici di nuova generazione sembra essere particolarmente vantaggiosa, in ambito detentivo, sia per garantire la certezza dell'assunzione del farmaco (non rara in questi pa-

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

zienti la messa in atto di sotterfugi per ridurre/fare a meno dell'assunzione o, comunque, "personalizzare" le terapie con una più generale tendenza al misuso), sia per semplificare la gestione terapeutica, sia per garantire una più agile verifica delle risposte cliniche a partire da un più semplice monitoraggio effetto di opzioni di cura in monoterapia. La sovrapposizione con altri farmaci antipsicotici di nuova generazione dovrebbe avvenire solo per un breve periodo (per garantire lo switch tra un farmaco e l'altro o tra formulazioni diverse) e, anche in questo caso, con un monitoraggio attento delle risposte cliniche a breve e medio termine. Eventuali associazioni di altri farmaci (neurolettici, stabilizzanti, antidepressivi) – in relazione a cluster sintomatologici specifici o in add-on (potenziamento degli effetti attesi proprio con altre classi di farmaci quali stabilizzatori e antidepressivi) – devono essere attentamente valutate nello specifico dei bisogni individuali dei singoli pazienti.

Dal punto di vista relazionale, in questa fase iniziale della gestione della malattia è sempre opportuno favorire un'adesione "non coercitiva" alle terapie proposte, proprio attraverso la costruzione di una valida compliance terapeutica e, se possibile, di una forte alleanza del paziente con l'équipe multiprofessionale penitenziaria: particolarmente utile si rivela l'impiego di strategie di tipo psicoeducativo la cui efficacia, nell'ambito dei disturbi mentali ma anche delle patologie organiche, risulta oggi ampiamente riconosciuta. Devono essere sempre fornite, infatti, informazioni chiare e accessibili secondo format il più possibile collaudati (vedi l'ampia letteratura sulla psicoeducazione nei disturbi mentali) in grado di agevolare la comprensione del problema/malattia, degli obiettivi terapeutici ipotizzati dall'équipe (in questo caso, penitenziaria) e delle necessarie strategie di cura. I pacchetti psicoeducativi, come noto, si declinano ampiamente – con maggiore o minore dettaglio – sull'eziopatogenesi della patologia, sul trattamento precedente (se esiste) o su quello attuale, sulle necessità di interventi psicofarmacologici, psicosociali e riabilitativi (attuali o futuri), sulle finalità a lungo periodo del progetto terapeutico complessivo, sulle modalità di accesso ai Servizi (soprattutto in caso di crisi e ricaduta) e sulla "prevenzione delle ricadute" a partire da una migliore conoscenza dei segnali di allarme e dei sintomi prodromici.

Un elemento di non secondaria attenzione, a questo livello di contesto, risulta essere poi la necessità di porre grande attenzione anche ai rischi di gesti auto/eterolesivi da controllare sia farmacologicamente (in acuto, verificare sempre lo stato della dipendenza da droghe o da benzodiazepine!), sia con strumenti psicosociali e psicoterapici. Nel primo caso si intende un'attenzione particolare alla scelta dei farmaci da impiegare nel rischio suicidario in relazione al riscontro di una "carriera" precedente di dipendenza o, nelle fasi preliminari della detenzione, le condizioni di intossicazione/astinenza che riferiscono alla fase precedente l'ingresso in carcere.

Le strategie di monitoraggio dell'evoluzione del disturbo nel tempo prevedono, quasi sempre, la prosecuzione del trattamento psicofarmacologico per tempi decisamente lunghi (anche diversi anni dopo il raggiungimento e l'auspicabile permanere dello stato di remissione e di compenso) e l'associazione, se necessario, di altri interventi specifici di tipo psicoterapico e psicosociale, se effettuabili in carcere: in questo caso prevale, ovviamente, la valutazione da parte dell'équipe che conosce le risorse interne a disposizione o può preparare, in mancanza delle stesse, interventi da erogare alla scarcerazione.

(c) La stabilizzazione del disturbo mediante prosecuzione nel tempo delle terapie psicofarmacologiche risponde all'obiettivo della prevenzione delle ricadute: dal punto di vista psicofarmacologico, l'impiego dei LAI o il passaggio diretto alla terapia long-acting a seguito di assunzione preliminare per os risponde, come già indicato, a esigenze di buona pratica clinica sia per quanto riguarda la migliore compliance, sia in caso di insufficiente risposta clinica. La durata della terapia psicofarmacologica di mantenimento rimane "indefinita" se il paziente ha avuto almeno 2 episodi negli ultimi 5 anni o episodi multipli in una fase ristretta della malattia.

La valutazione degli esiti dei trattamenti nel tempo (effettuati o in corso) rimane comunque sempre complessa e comporta, da parte degli operatori, una necessaria selezione di indicatori clinici che si rivelino il più possibile utili dal punto di vista gestionale (clinico e psicosociale), oltre che per il contenimento, almeno parziale, dei numerosi fattori di stress che possono influire sul soggetto e il suo adattamento all'ambiente, anche se non tutti sono della stessa importanza (a questo proposito, esistono pareri non sempre concordi tra vari autori e fra le diverse linee guida). Tra gli indicatori clinici più generali a disposizione dell'équipe è importante ricordare, almeno sinteticamente, come:

- la durata del periodo di malattia non trattata influenzi negativamente la prognosi;
- la frequenza e la gravità degli episodi e la conseguente risposta al trattamento psicofarmacologico siano fondamentali per il monitoraggio nel tempo;
- il livello di funzionamento globale (sempre misurato attraverso scale), la qualità complessiva della vita (anch'essa misurata mediante opportuni questionari) e il miglioramento sociale e attitudinale nelle più diverse aree di "vita quotidiana" (mirate al reinserimento) siano elementi importanti e ineludibili per affiancare la valutazione del decorso clinico.

Se i disturbi dello spettro schizofrenico occupano un posto centrale tra i disturbi mentali gravi sui quali elaborare, necessariamente, ben definiti "percorsi" di cura, il percorso diagnostico-terapeutico articolato sinteticamente finora può essere, almeno tentativamente, applicato anche ai disturbi bipolari, ai disturbi della personalità e alle condizioni "miste" con evidente comorbidità tra disturbo mentale e disturbo da uso di sostanze (la cosiddetta "doppia diagnosi"). Lo schema operativo sinteticamente descritto, alcuni warning appena accennati e le indicazioni ineludibili citate compaiono anche in molti degli algoritmi o "percorsi decisionali" citati nella letteratura riferita a questi altri importanti disturbi a elevata complessità gestionale e reinvidano – sempre e comunque – alla necessità di prevedere una presa in carico "a tutto campo" del paziente in maniera assertiva e coerente con i suoi molteplici bisogni, evitando *in primis* la frammentazione nell'erogazione dei diversi "segmenti" di trattamento necessari e mantenendo la gestione "sul lungo periodo", vista la persistenza, la complessità e l'eterogeneità delle manifestazioni cliniche. In ogni caso tale schema operativo dovrebbe orientarsi, anche per questi altri disturbi, sui seguenti passaggi:

a) *Assessment e valutazione diagnostica*

- raccolta anamnestica accurata;
- valutazione della situazione familiare e sociale;
- eventuale impiego di strumenti strutturati per la rileva-

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

- zione dei sintomi psicopatologici e l'ipotesi diagnostica (con attenzione alla qualità/quantità degli stessi o dei cluster sintomatologici più rilevanti all'osservazione);
- valutazione del rischio auto/etero lesivo;
 - eventuale valutazione neuropsicologica e neurocognitiva (soprattutto nelle situazioni all'esordio),
 - valutazione medica completa (esami ematochimici di routine, valutazione cardiologica e ECG, peso, BMI, esami radiodiagnostici SNC, etc.);
 - valutazione metaboliti sostanze e alcool.
- b) *Elaborazione e condivisione del progetto terapeutico nell'ambito di un'équipe multiprofessionale*
- c) *Acquisizione del consenso informato da parte del paziente*
- d) *Attivazione dei trattamenti psicofarmacologici più accreditati in relazione alle differenti sindromi cliniche* quali, per es., antidepressivi, stabilizzatori dell'umore e antipsicotici (preferibilmente atipici nelle più diverse formulazioni e in relazione alle indicazioni all'uso) in monoterapia o, se necessario, in add-on.
- e) *Valutazione della compliance e dell'aderenza al trattamento*
- f) *Monitoraggio dell'efficacia e degli eventuali effetti collaterali della terapia*
- g) *Mantenimento della terapia efficace e stabilizzazione del dosaggio ottimale per prevenire le ricadute.*

Una nota finale aggiuntiva riguarda proprio la scelta della terapia psicofarmacologica e la conseguente prescrizione: molti detenuti, comunemente abituati all'utilizzo di droghe e di farmaci in condizioni di misuso o di vero e proprio abuso/dipendenza (secondo l'accezione del DSM-IV), possono considerare tale impiego di farmaci prescritti come forma "legittima" di autoterapia in grado di controllare sintomi e/o bisogni di più diversa entità e di spegnere l'intensità del dolore psichico che ne deriva. Ovviamente, l'aspetto tossicofilo – ereditato da precedenti esperienze o appreso in carcere – condiziona tale atteggiamento riducendo ogni margine di attenzione verso i rischi di tali comportamenti o, addirittura, incrementandone in maniera più o meno consapevole ma temporalmente ravvicinata la rilevanza clinica in senso tossicomano. Inoltre, costoro spesso non hanno mai considerato, o sperimentato, altre possibilità di cura: ciò vale sia per il disturbo mentale dal quale sono eventualmente affetti sia per il funzionamento tossicofilo del quale nemmeno sono consapevoli. La mancanza di una diagnosi corretta che sia stata effettuata nel corso della vita e le frequenti difficoltà di accesso ai Servizi, tipiche della condizione precedente la carcerazione, complicano ancora di più – per questi soggetti – la possibilità di avere fiducia nel sistema terapeutico detentivo o inducono richieste di aiuto esclusivamente strumentali.

Tutto quanto finora descritto va sempre tenuto presente nella valutazione dei bisogni di cura e della compliance ai trattamenti: la permanenza in carcere, allora, può essere utilizzata sia per incoraggiare e facilitare importanti modifiche nello stile di vita del detenuto, sia per potenziare il ricorso ai necessari interventi attraverso informazione e programmi psicosociali e psicoeducativi strutturati sia, infine, per valorizzare la "consapevolezza delle necessità di cura" e dell'aderenza ai programmi erogati.

Le situazioni di emergenza/urgenza sono caratterizzate, in ambito psichiatrico, da un'ampia messe di problemi clinici, ambientali e più spesso sociali che complicano il tentativo di definirne, attraverso un concetto unitario, i limiti: il concetto

di acuzie clinica può non essere semplice da trasferire, soprattutto in ambito non clinico. Accade non di rado, infatti, che un'alterazione comportamentale venga ricondotta, tout court, all'ambito psichiatrico. I quadri clinici della "crisi acuta" possono avere di certo componenti macroscopicamente correlate al disturbo mentale ma, sempre più spesso, anche componenti reattive o comunque legate – in senso patoplastico – all'ambiente e al contesto.

Il paradigma interpretativo dell'urgenza psichiatrica più facilmente accettato è quello bio-psico-sociale che fa riferimento all'insieme dei fattori comunemente coinvolti nel determinismo della malattia e dello scompenso psicopatologico. Esistono comunque – e devono essere sempre valutate preliminarmente (in senso gerarchico) – varie costellazioni sindromiche di origine organica che producono alterazioni psichiche secondarie o in comorbidità, quali l'intossicazione da sostanze, i processi involutivi o focali cerebrali, le disendocrinie e, più in generale, gli scompensi acuti in corso di malattie internistiche. L'urgenza è poi una condizione che, in assenza di adeguato trattamento, può diventare critica comportando o meno pericolo di vita immediato: nella stragrande maggioranza dei casi l'intervento può effettuarsi pertanto con un margine di tempo tale da non mettere in pericolo la vita dell'individuo. Nello specifico, la vera urgenza psichiatrica deve essere intesa come quella condizione in cui un paziente viene a trovarsi a causa del manifestarsi di uno specifico quadro psicopatologico qualificato da rapido scompenso.

La crisi, invece, è definita, più compiutamente, come la rottura di un equilibrio precedente in cui il paziente si trova progressivamente a fronteggiare una situazione che oltrepassa le sue capacità di adattamento e che si manifesta con una reazione disorganizzata da parte del sistema paziente-ambiente; laddove richieda interventi urgenti in correlazione a un disturbo mentale chiaramente scompensato, può essere sovrapposta – in termini teorici e operativi – ai concetti di emergenza/urgenza.

Le urgenze psichiatriche possono essere classificate secondo lo schema seguente:

- *urgenze psichiatriche propriamente dette*: quadri clinici di stretta pertinenza psichiatrica;
- *pseudo-urgenze psichiatriche*: disturbo psichiatrico secondario a un disturbo organico;
- *pseudo-urgenze somatiche*: patologia psichiatrica che si manifesta, eminentemente, con disturbi somatici;
- *urgenze miste*: co-presenza di sintomi somatici e psichici, comunque con priorità della componente somatica; per esempio, lo stato di angoscia che può precedere o accompagnare l'ictus cerebrale e l'infarto miocardico o la crisi ipoglicemica;
- esistono poi anche pseudo-urgenze psichiatriche, non legate prioritariamente a un disturbo clinico identificabile in quanto correlate a particolari circostanze "estreme" quali, per esempio: conflittualità gravi in ambito familiare e/o sociale, reazioni a eventi che espongono a un pesante carico emotivo (conflitti bellici, violenze sessuali, catastrofi naturali, etc.).

Si calcola che la percentuale di urgenze realmente legate a un'effettiva patologia psichiatrica sia di circa il 30-40% rispetto a quelle per cui viene richiesto l'intervento dello psichiatra. Ciò, probabilmente, trova riscontro anche in carcere

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

L'emergenza – spesso, ma non sempre, legata impropriamente all'urgenza – è una situazione acuta e grave che richiede un intervento immediato da parte dei soccorsi in quanto presenta rischio per la vita o conseguenze invalidanti per la persona. Classicamente, le emergenze psichiatriche hanno sempre rimandato, almeno concettualmente, a quadri di scompenso ambientale e di rottura di equilibri relazionali: si sta assistendo, tuttavia, a un processo culturale in cui il significato di emergenza psichiatrica viene sempre più opportunamente omologato al concetto di emergenza utilizzato per le condizioni di acuzie in medicina.

Lo psichiatra, ma anche il medico chiamato eventualmente in suo posto a valutare la situazione, deve tener conto – per decodificare la richiesta “in emergenza” – di tutto il contesto relazionale in cui è inserita la persona che sta manifestando un'alterazione comportamentale grave e che richiede risposte immediate: il professionista deve, pertanto, possedere conoscenze mediche adeguate alla formulazione di una diagnosi differenziale e, auspicabilmente, possedere un bagaglio di esperienza clinica che consenta però anche l'individuazione di fattori extra-clinici, alcuni potenzialmente responsabili dello scompenso in atto, altri identificabili come fattori di rischio o di protezione nella realizzazione dei vari interventi possibili “in tempo reale”.

Nella realtà carceraria la questione si complica, esponenzialmente, a causa della concentrazione di molti pazienti “multiproblematici”, spesso con bisogni sociali ed esistenziali complessi, nonché per la presenza, contestuale, di necessità legate a motivi di ordine, sicurezza e riservatezza.

Attraverso una presa in carico precoce continuativa e la qualificazione progressiva degli interventi in carcere, da attuare come ampiamente sottolineato secondo linee di orientamento condivise attraverso i precetti dell'assistenza territoriale, l'obiettivo di prevenire lo scompenso sintomatologico e comportamentale che si manifesta “in emergenza” risulta comunque sempre arduo da raggiungere. Le cause sono da ricercare nella difficoltà di adottare pratiche psichiatriche attive al di fuori del contesto dipartimentale e/o nell'ambivalenza sostanziale del mandato psichiatrico tra cura e controllo sociale in senso custodialistico, anche in relazione al fatto che – nell'emergenza – risultano altamente rappresentati elementi che favoriscono l'insorgenza di condizioni critiche imprevedibili e, talvolta, esplosive causate da:

- continui ingressi di Nuovi Giunti e, quindi, alto turnover della popolazione detenuta;
- situazioni di stress attivo e permanente connaturate all'esperienza della detenzione (fasi critiche dell'iter giudiziario, separazioni e allontanamenti affettivi, traumi situazionali legati alla convivenza forzata e confinata nonché alle conflittualità relazionale del sistema di vita carcerario e alle differenze culturali che caratterizzano la popolazione ristretta e facilitano le condizioni di maladattamento);
- difficoltà di ricostruzione della storia clinica precedente del detenuto, spesso “distorta” e/o difficilmente valutabile in quanto manipolata per motivi di condizionamento dell'iter giudiziario.

Il medico (ed eventualmente anche lo psichiatra), qualora attivato per valutare una situazione critica “in emergenza”, deve porre un'attenzione particolare ai fattori clinici ma anche a tutti quelli contestuali che possono giocare un ruolo determinante in ciascun caso o che addirittura lo caratteriz-

zano, almeno apparentemente, per poter assumere le decisioni più valide e adeguate: ciò a prescindere da pressioni e prospettive diverse espresse da altre aree istituzionali coinvolte nella gestione diretta del detenuto “in emergenza”, di cui bisogna comunque tener conto mantenendo sempre una serena autonomia di giudizio e un costante riferimento alle comuni regole dell'approccio clinico e dell'appropriatezza prescrittiva.

Tra i quadri clinici più frequentemente riscontrabili in acuzie, e spesso dichiarate come “emergenza”, possiamo ricordare:

- il disturbo d'ansia generalizzato (che si scompensa per eventi esterni o interni), sindromi ansiose e fobiche di più diversa qualità, sindromi ossessive, disturbo dell'adattamento;
- reazioni acute da disadattamento (dissociazioni, stati crepuscolari, etc.);
- disturbo acuto e post-traumatico da stress;
- gravi sindromi depressive (episodio depressivo, fase depressiva del disturbo bipolare, sindrome depressiva del disturbo dell'adattamento, etc.);
- disturbi di personalità, in particolare di cluster B, con evidente discontrollo comportamentale;
- mania acuta;
- fasi ipomaniacali di più diversa origine;
- disturbo delirante (bouffée delirante);
- psicosi schizofrenica o schizoaffettiva in scompenso, specie se paranoideo;
- sindrome di Ganser (rara);
- “vertigine da uscita” con gravi stati d'ansia in prossimità della scarcerazione;
- intossicazione o astinenza da sostanze e/o da alcool con sintomatologia organica e psichica;
- patologie iatrogene (sintomi extrapiramidali e/o sindrome neurolettica maligna);
- stati confusionali di origine organica (malattie neurologiche, diabete, insufficienza epatica, insufficienza renale, BPCO, etc.).

L'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) e il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) sono procedure di intervento – appunto obbligatorie – difficili da gestire in ambito penitenziario e che vengono attivate quando il dovere di intervenire in favore del paziente che necessita di cura prevale sul diritto sancito dall'art. 32 della Costituzione italiana che stabilisce il principio di tutela della salute fisica e psichica dell'individuo nel rispetto della dignità e libertà della persona. Sul rispetto dei diritti umani si fondano anche le raccomandazioni da parte dell'OMS, dell'ONU, del Consiglio di Europa (Recommendation n. 1715 del 2005).

Il detenuto, come ogni altro cittadino, rimane titolare del diritto al rispetto della propria dignità e della libertà di scelta della cura, così come del diritto ad agire in giudizio per opporsi, eventualmente, all'ordinanza amministrativa che gli ha imposto una cura. Ineludibile la possibile limitazione, connessa alla detenzione, relativa alla scelta del medico e del luogo di cura.

Le norme e le procedure attuative relative ad ASO e TSO, definite dalla legge 180 e recepite dalla legge 833/1978 (art. 33, 34 e 35), si incentrano sul bisogno di cura più ancora che sul rifiuto dell'intervento.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

L'ASO è una procedura che permette al medico di visitare una persona con problemi psichici che non accetti di sottoporsi volontariamente a una visita medica per la quale esista il fondato sospetto della presenza di gravi alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

Il TSO risulta necessario in alcune condizioni che rientrano in quelle previste dalla normativa vigente. È chiaro che, in carcere, la possibilità di mettere in atto, in maniera costante, tutti gli interventi finalizzati a ottenere il consenso alle cure è una strada non solo percorribile ma raccomandata da tutte le linee guida relative ai programmi per la salute mentale. Tuttavia, in alcuni casi – tra cui quelli descritti nel paragrafo precedente riguardante la valutazione in urgenza – il TSO rimane una scelta imprescindibile.

È d'obbligo ricordare le condizioni che motivano l'attivazione delle procedure del TSO in regime di degenza ospedaliera: la «presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici» in una situazione in cui tali interventi «non vengono accettati dall'infermo» e «non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra-ospedaliere» (art. 34 L. 833/78).

La norma si basa sul concetto di malattia e sofferenza e non su quello di pericolosità.

Le modalità di attuazione sono quelle ordinarie per ciò che riguarda l'iter amministrativo:

- proposta da parte di un medico;
- convalida da parte di un altro medico operante in una struttura pubblica;
- trasmissione delle suddette certificazioni al Sindaco del Comune su cui insiste l'Istituto;
- ordinanza del Sindaco che provvede alla comunicazione al Giudice Tutelare e al Sindaco del Comune di residenza dell'infermo (in caso il Comune di residenza sia diverso);
- comunicazione al Ministero dell'Interno e al consolato competente, tramite la Prefettura, in caso l'infermo sia cittadino straniero o apolide;
- esecuzione dell'ordinanza a carico della Polizia Municipale;
- trasporto del paziente al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di riferimento territoriale.

Il trasporto avviene a mezzo ambulanza con la scorta della Polizia Locale (dal perimetro esterno dell'Istituto in poi) e della Polizia Penitenziaria che garantirà, salvo diversa disposizione dell'Autorità Giudiziaria competente, il piantonamento in ospedale (SPDC o reparto di Medicina Penitenziaria in Ospedale Generale).

Il suicidio e l'autolesionismo

Si calcola che, mediamente, il suicidio rappresenti la causa del 50% dei decessi in carcere e, più spesso, riguardi le persone in attesa di giudizio. La detenzione aumenta il rischio sia di suicidio sia di autolesionismo. La letteratura rileva che il rischio relativo per i detenuti di sesso maschile è di 3-6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale e superiore a quello femminile. Dati ricavati da ricerche effettuate in Paesi diversi non sembrano indicare una correlazione fra suicidio nella popolazione generale e suicidio in carcere, ma la letteratura basata sulle evidenze identifica fattori in grado di aumentare il rischio e fattori che proteggono dal rischio. Le persone che infrangono la legge e ne pagano le conse-

guenze in carcere hanno spesso un numero più elevato di fattori di rischio per comportamenti suicidari e il tasso di suicidio resta elevato anche dopo la scarcerazione; anche la detenzione in sé – in quanto evento altamente stressante – risulta essere un fattore di rischio particolarmente importante. Circa il 30% dei detenuti che si suicida non ha una diagnosi psichiatrica già evidente e non mostra segnali di allarme in precedenza.

Obiettivo della prevenzione sul rischio suicidario è dunque, innanzitutto, quello di identificare accuratamente le persone vulnerabili e di mettere in atto le misure più adeguate. È dimostrato, infatti, che uno screening accurato e il più rapido possibile al momento dell'ingresso in carcere, la condivisione delle responsabilità fra staff diversi che operano negli Istituti di Pena e l'applicazione di programmi specifici di prevenzione (identificazione di soggetti vulnerabili, rilevazione dei fattori di rischio, osservazione e monitoraggio stabile delle persone e della situazione ambientale, interventi medici e sociali, formazione del personale, etc.) contribuiscono alla riduzione del suicidio negli Istituti di Pena.

Si consideri anche come il profilo del rischio si modifichi nel tempo e, dunque, l'osservazione debba essere costante. Per quanto riguarda, nello specifico, la realtà italiana (secondo i dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria), i casi di suicidio in carcere sono diminuiti negli ultimi anni; tuttavia, il tasso rimane maggiore (fino a 10 volte) rispetto a quello rilevato nella popolazione generale.

Con la medesima attenzione vanno considerati i “frequentissimi” casi di autolesionismo soggettivamente non finalizzati al suicidio che, in genere, riferiscono a modalità di effettuazione molto diverse tra di loro e sottendono modelli esplicativi a loro volta estremamente differenti e agiti con comportamenti differenti.

Tra le ricerche a disposizione, uno studio condotto in UK conferma l'ampiezza del fenomeno indicando come l'autolesionismo interessi – a un anno – il 5-6% dei maschi detenuti e il 20-24% delle donne in carcere. L'esistenza di una diagnosi di disturbo mentale grave, così come situazioni ambientali legate alla detenzione (per esempio, l'isolamento e/o la cella singola), sembrano aumentare il rischio: in tal senso esistono indicazioni molto nette, anche in Italia, per l'eliminazione della cella di isolamento.

Tra le tante motivazioni, l'autolesionismo è spesso interpretato come gesto manipolatorio: tale approccio può però risultare fuorviante in quanto porta, più genericamente, a sottovalutare o a non considerare l'espressione di sofferenza che comunque esiste e si rappresenta nell'atto in sé. Peraltro, l'allarme determinato da un comportamento autolesivo non va mai trascurato in quanto quest'ultimo può correlarsi al suicidio in modo significativo e, comunque, rappresenta l'espressione di un abbassamento della soglia di “controllo” (individuale e/o ambientale) al disagio.

I dati a disposizione indicano come i fattori di rischio per autolesionismo e suicidio siano purtroppo i medesimi e le motivazioni di chi tenta (e di chi completa) l'atto molto spesso siano le stesse: non di rado, prima di arrivare a uccidersi le persone compiono vari tentativi e più della metà delle morti si verifica a breve tempo da un gesto autolesivo. È corretto, pertanto, porre gli agiti autolesivi lungo un *continuum*, da meno a più grave, che indirizzi interventi e sorveglianza secondo priorità ben definite. L'osservazione che autolesionismo e suicidio siano correlati ha supportato in UK, per esem-

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

pio, una modifica delle metodologie di intervento sui detenuti “a rischio”.

La mortalità in carcere

Le persone detenute hanno un maggiore rischio di mortalità per cause diverse attribuibili, come detto in precedenza, a episodi di suicidio e autolesività, ma anche a violenza, uso di farmaci/alcol/droghe, vittimizzazione, etc.: il tasso di mortalità resta elevato anche dopo la scarcerazione e rappresenta, soprattutto in caso di disturbi correlati all'uso di sostanze, un rischio importante, non di rado anche a seguito di ripetute overdose non fatali.

La fase che segue al rientro nell'ambito sociale di provenienza può rappresentare, spesso, un fattore particolarmente stressante: le persone rilasciate devono confrontarsi con necessità quotidiane quali il procurarsi un domicilio, il ripristinare i legami con la famiglia, il reperimento di un lavoro, il tornare a un contesto che favorisca l'uso di sostanze e i comportamenti sessuali a rischio e, più in generale, la reiterazione di comportamenti disadattativi. Non sono disponibili dati certi che indichino quali fattori si associno a un rischio maggiore di morte al momento della scarcerazione.

È da sottolineare però come molte persone abbiano difficoltà, dopo la scarcerazione, ad accedere ai più diversi Servizi territoriali e come tale difficoltà riduca le possibilità di monitoraggio delle situazioni a rischio nel tempo. La maggior parte dei decessi avviene, comunque, per cause non naturali quali omicidi, suicidi e overdose da sostanze e/o farmaci. Un più basso rischio per cause naturali pare associato alle patologie cardiovascolari, epatiche, oncologiche e all'infezione da HIV.

Declinazione organizzativa

Nella realtà carceraria, la consulenza psichiatrica si svolge principalmente all'interno degli ambienti dell'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario ed è condotta da medici psichiatri, ovvero da psichiatri specialisti ambulatoriali interni che, una volta valutata l'entità del quadro psicopatologico, potranno decidere di limitare il proprio intervento a tale azione (salvo successive richieste di consulenza intercorrenti), oppure predisporre un'assunzione in cura o una presa in carico a seconda del grado di compromissione clinica e del funzionamento del detenuto.

In quest'ottica risulta fondamentale non disperdere il lavoro sia diagnostico sia clinico-terapeutico, in genere quantitativamente e qualitativamente oneroso, che si declina – talvolta per molto tempo – su ogni singolo paziente durante il periodo detentivo: a una lettura esterna ciò può apparire ovviamente scontato e la risultante “normale” di un processo clinico necessariamente integrato. Per chi conosce e frequenta l'ambiente penitenziario tale approccio risulta ancora oggi non facile da realizzarsi o, troppo spesso, trascurato a vantaggio di compiti clinicamente meno utili ma amministrativamente non trascurabili nella pratica corrente.

Il poter assicurare la continuità clinica e terapeutica nel caso di trasferimento tra Istituti Penitenziari diversi e, soprattutto, l'esistenza di percorsi “in & out” nel caso di invio a strutture alternative al carcere o del ritorno in libertà, appare ancora più importante per questi pazienti che, oltre alla diagnosi psichiatrica ricevuta all'ingresso, talora solo per la

prima e unica volta durante la detenzione avranno la possibilità di una valutazione affidabile e di un trattamento di riconosciuta qualità clinica. Valutazione e trattamento, peraltro, che presentano la necessità di integrare problemi di più varia natura (medico, sociale, culturale, relazionale, economico, etc.) che ampiamente condizionano la salute mentale e influiscono sull'accesso alle cure, sull'aderenza alle stesse e sulle risposte a quanto erogato.

Per tali motivi, il problema della continuità nell'assistenza psichiatrica al momento in cui il singolo esce dall'Istituto Penitenziario di residenza, necessita sicuramente di un'organizzazione ben definita e di una possibilità di declinazione organizzativa condivisa tra i diversi potenziali referenti della gestione: costoro, come da indicazioni nazionali e internazionali, operano affinché siano riaffermate – rispetto ai portatori di una diagnosi di disturbo – le stesse esigenze derivanti dalla tutela della salute per tutti i cittadini (anche quelli privati della libertà) e, nello specifico della salute mentale, un incremento della consapevolezza su questi temi proprio nell'ambiente confinato a opera di tutto il personale nei suoi più diversi ruoli e nelle sue più diverse mansioni. La condivisione del senso di questi temi risulta essere, infatti, il migliore antidoto allo stigma che si correla ai disturbi mentali e che si estende altrettanto ai luoghi di cura e agli operatori che se ne occupano. In conseguenza di ciò, appare tanto più necessario che il delicato momento della riammissione in libertà dei detenuti malati inizi già all'interno del penitenziario proprio grazie alla stretta collaborazione con quei Servizi Territoriali ai quali sarà affidata la responsabilità del percorso assistenziale all'esterno della realtà carceraria senza soluzioni di continuità.

È sempre opportuno riaffermare, a questo punto, come la grande varietà e modulazione delle possibili condizioni psicopatologiche non possa mai giustificare – pur all'interno di uno spettro che può andare da un semplice disagio maladattativo (comunque mai “banale” in un setting come quello penitenziario in quanto correlato alla restrizione delle libertà individuali...) fino a un disturbo mentale grave – una sottovalutazione degli aspetti psichici, siano essi prevalentemente emotivi o qualificati da sintomi di vera e propria malattia.

Peraltro, ogni tentativo di raccordo “in & out” inizia, inevitabilmente, dalla comunicazione tra i diversi protagonisti della gestione del caso – da fare sempre con tempestività congrua – e si declina laddove il ruolo dell'équipe multidisciplinare per la salute mentale operante in carcere, che ha in carico il paziente detenuto nell'imminenza della scarcerazione – arriva a incrociarsi con il CSM territorialmente competente. Per tutti i motivi espressi finora, il momento della scarcerazione di un detenuto con diagnosi di disturbo mentale deve, pertanto, essere organizzato in modo particolarmente attento e coerente e non può eludere, in ogni singola realtà locale, un'omogeneità di obiettivi specifici e generali, nonché una condivisione di intenti tra tutti i protagonisti della preparazione alla dimissione e di coloro che potranno accogliere – all'esterno – i bisogni del detenuto ormai libero.

Il trattamento dei disturbi mentali nella cornice operativa dei luoghi di detenzione

Non di rado accade che, soprattutto per chi è affetto da disturbo mentale, si possa ricevere per la prima volta una dia-

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

gnosi medica specialistica proprio all'interno dell'Istituto di Pena. In relazione a questo aspetto, i dati di uno studio condotto in UK indicano come meno di 1/3 dei pazienti con diagnosi di disturbo psicotico, disturbo di personalità, disturbo correlato all'uso di sostanze e con una storia criminale (in particolare, se sostenuta da comportamento antisociale) avesse avuto in precedenza una valutazione: ciò mette ampiamente in evidenza quale sia la difficoltà di gestire soggetti con tali profili psicopatologici e comportamentali nella libertà e come siano necessarie competenze altamente specialistiche per tali interventi in setting terapeutico "chiuso".

La diagnosi di disturbo mentale, specie se in stato di scompenso e comorbile con disturbi correlati all'uso di sostanze, è un "fattore di rischio" importante per azioni e crimini violenti: facilitare la cura dei disturbi mentali può quindi associarsi, positivamente, anche a una riduzione della recidiva di reato. Studi recenti effettuati su pazienti affetti da ADHD indicano, per esempio, una relazione inversa fra trattamento farmacologico e rischio di criminalità, così come è altrettanto dimostrato che la terapia sostitutiva con oppioidi in pazienti affetti da disturbi correlati all'uso di sostanze e disturbi mentali riduce la recidiva, sia clinica che di reato.

I trial sulle cure effettuate in carcere e rivolte a persone affette da disturbo mentale, soprattutto per quanto riguarda la farmacoterapia, sono pochi rispetto a quelli condotti nella popolazione generale: tutto ciò per questioni etiche (consenso informato, *in primis*); per una ancora incompleta uniformità di approccio sul tema fra servizi "interni" ed "esterni" al carcere; per l'estrema eterogeneità delle persone detenute e, non da ultimo, per scarsità di fondi da dedicare alla ricerca in questi contesti.

I presupposti per un corretto intervento e per valide terapie in ambito carcerario si fondano quindi, in *primis*, su una chiara comprensione della struttura detentiva e del suo sistema organizzativo. Quella specifica comunità carceraria, sia come istituzione "a sé", sia in relazione alle complesse interconnessioni tra sistemi diversi, quello della pena e quello della cura, rappresenta indubbiamente una fonte costante di ambivalenze, ma anche di "pressioni" non facilmente esaudibili a opera dello psichiatra che vi lavora: tutto questo avviene, in genere, a seguito di una non sempre sovrapponibile unità di obiettivi e di intenti. A tale proposito, alcune linee guida (in particolare quelle della Società Americana di Psichiatria, tradotte anche per l'Italia) enfatizzano il duplice

ruolo di chi lavora in carcere per la salute mentale (e non per l'espiazione della pena): costui deve in ogni modo tener presente il mandato sociale che gli viene affidato e che "percorrere" anche il compito di fare diagnosi e di gestire il trattamento. Tale "doppia" posizione dello psichiatra risulta molto difficile da sostenere emotivamente e professionalmente, ma solo una chiara consapevolezza di tali interferenze può garantire una corretta posizione all'interno del contesto detentivo, una valida declinazione delle competenze professionali in questo ambito e, non meno importante, anche una protezione psicologica dell'operatore stesso all'interno di un'equipe che rappresenta, indubitabilmente, l'unico antidoto all'isolamento e al burn-out.

È quindi sempre auspicabile che gli operatori sanitari che operano nei contesti detentivi siano preparati in modo specifico (formazione e supervisione), abbiano chiari i presupposti, il metodo e gli obiettivi del loro lavoro (fruizione diretta del contributo di linee guida nazionali e internazionali) e possano mantenere, nel tempo, una forte integrazione con i colleghi che lavorano all'interno dell'Istituto di Pena ma, soprattutto, nelle altre strutture del DSM. Solo un buon livello di supervisione collettiva con il gruppo di lavoro sanitario cui costoro appartengono, dentro e fuori dal carcere, può garantire tale complessa funzione curante al singolo.

L'intervento psichiatrico negli Istituti di Pena non potrà mai limitarsi, pertanto, solo alla gestione dell'emergenza/urgenza o al mero contenimento dei comportamenti disturbanti – come spesso richiesto dalle dinamiche istituzionali "chiusa". Tanto meno deve orientarsi, tale intervento, alla sola "sicurezza" dell'Istituzione senza valorizzare gli obiettivi di salute affidatigli e, non ultimo, il benessere complessivo della persona.

Oltre che su diagnosi e cura, infatti, anche l'OMS richiama attivamente l'attenzione degli operatori e dei decisori politici sulla necessità di integrare fortemente il SSN e la Sanità Penitenziaria garantendo ogni tipo di collaborazione fra Servizi diversi, interni al carcere e sul territorio, con la finalità di favorire le ovvie necessità di cura e la loro continuità, il tutto all'interno di una dimensione di benessere complessivo della persona detenuta. In tal senso si comprende come dall'efficacia dei programmi erogati all'interno degli Istituti Penitenziari dipendano sia il rischio di recidiva clinica che di reato, ma anche le possibilità di reinserimento sociale delle persone al momento della scarcerazione.

PARTE SECONDA

IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DELLA SALUTE MENTALE IN CARCERE

A seguito dell'incontro annuale sulla salute in carcere tenutosi a Mosca nel 2003, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblica il Documento "Prison Health as a Part of Public Health".

La Dichiarazione è rivoluzionaria e viene accolta dalla maggior parte dei Paesi europei con grande impegno. Anche l'Italia si allinea alle raccomandazioni dell'OMS con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'aprile 2008 che disciplina «le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria». Il Documento di Mosca sancisce il diritto alla salute per le persone detenute ma soprattutto chiama i Paesi ad attuare una nuova politica sociale: l'obiettivo ambizioso è quello di un cambio culturale oltre che organizzativo ed economico. Questi sono i punti focali e tutto ciò riguarda direttamente anche la pratica e la deontologia di chi lavora in carcere.

Tuttavia il mondo del carcere non è uguale al mondo che si trova fuori. Si è detto come il tasso di malattia fisica e psichica sia più elevato; si sa come differenti siano il contesto ambientale e sociale, e ridurre le barriere non è così semplice. L'applicazione degli standard di cura e la realizzazione della continuità assistenziale trovano ancora oggi molti ostacoli, e non sempre pazienti e operatori sono pronti: raggiungere una linea di accordo fra Ministeri diversi non è automatico.

La presentazione di un PDTA che, per definizione, risulta dall'integrazione fra le raccomandazioni delle linee guida di riferimento e gli elementi di contesto locale, trova ragione anche in quanto sopra descritto.

ATTUAZIONE DEL PDTA: DOTAZIONE ORGANIZZATIVA MINIMA IN AMBITO REGIONALE

I diversi Istituti devono offrire la medesima assistenza; tuttavia, la dotazione di risorse umane e tecnologiche e di spazi dedicati (peraltro di competenza dell'Amministrazione Penitenziaria) sarà valutata dall'Azienda Sanitaria di riferimento in accordo con la Direzione dell'Istituto, in base alle esigenze locali e sempre in linea con la normativa in atto. Salvo situazioni di eccezione, non si prevede la fornitura di apparecchi strumentali per la diagnostica di II livello utile ai disturbi mentali (TAC, RMN, etc.).

Per i Servizi di Psicologia deve essere garantito il materiale utile alla valutazione psicodiagnostica.

Appare altresì opportuno che in ogni ambito regionale venga predisposta e garantita una rete di attori che comprenda: Servizi Psichiatrici presso tutti gli Istituti Penitenziari, almeno una Sezione di Osservazione Psichiatrica (ROP) e l'articolazione di un Gruppo di Lavoro per la Tutela della Salute Mentale in Carcere finalizzato alla valutazione e al monitoraggio della situazione regionale, nonché alla implementazione delle sperimentazioni in questo ambito.

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

1) Fase dell'accoglienza del detenuto Nuovo Giunto e identificazione dei soggetti a rischio psicopatologico

Obiettivo 1: Accoglienza del detenuto Nuovo Giunto (dalla libertà o trasferito da altro Istituto), presentazione dei Servizi di Assistenza Primaria, prima valutazione globale da parte del personale dell'Area Sanitaria

Attori possibili: Ufficio Matricola, Medico di Sanità Penitenziaria, Infermiere Professionale, Mediatore Linguistico-Culturale.

Azioni:

- comunicazione dell'arrivo di un Nuovo Giunto da parte dell'Ufficio Matricola all'Area Sanitaria;
- apertura della cartella clinica (anche in base alla Prassi dell'Istituto);
- raccolta di dati non clinici (anagrafici, biografici, socio-economici, familiari, lavorativi, culturali, etc.);
- raccolta di dati clinici e acquisizione di eventuale documentazione sanitaria disponibile;
- eventuale contatto con i medici di riferimento territoriale per continuità assistenziale (MMG, CSM, SerD, etc.), previo consenso informato da parte del detenuto;
- registrazione del consenso al trattamento dei dati sensibili e dell'eventuale consenso alla comunicazione di informazioni sanitarie a persone indicate dal paziente Nuovo Giunto;
- informazione al Nuovo Giunto relativa ai Servizi di assistenza sanitaria presenti nell'Istituto e alla modalità di accesso a tali Servizi, raccolta di sue eventuali richieste;
- consegna Carta dei Servizi;
- passaggio di eventuali consegne di rilievo clinico e assistenziale ai Servizi competenti all'interno dell'Istituto.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Obiettivo 2: Valutazione clinica iniziale/1^a visita, identificazione dei pazienti con evidenza o sospetto di sintomi di competenza psicologica/psichiatrica.

Attori possibili: Medico di Sanità Penitenziaria, Infermiere Professionale, Mediatore Linguistico-Culturale.

Azioni:

- compilazione della cartella clinica (anche in base alla prassi dell'Istituto);
- raccolta anamnestica;
- esame obiettivo generale;
- raccolta e segnalazione di eventuali significativi fattori di rischio per malessere/malattia;
- eventuale contatto con i medici di riferimento territoriale per continuità assistenziale (MMG, CSM, SerD, etc.), previo consenso informato da parte del detenuto;
- registrazione di peso, altezza, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e di altri parametri che appaiano utili;
- eventuale screening di laboratorio di I livello (in base al protocollo in uso e alle necessità del paziente);
- somministrazione test di valutazione del rischio suicidario (vedi allegato p.14, OMS, la prevenzione del suicidio carcere) e scale o altri strumenti adottati dal Servizio dell'Istituto e ritenuti idonei;
- individuazione dei pazienti con malessere psichico e/o sintomi psichiatrici con inserimento del paziente-detenuto nel percorso di approfondimento diagnostico-valutativo (l'invio all'area specialistica deve indicare in modo chiaro i segni/sintomi rilevati e il grado di urgenza);
- individuazione dei pazienti con fattori di rischio predittivi di scompenso psicopatologico con particolare riferimento al rischio autolesivo/suicidario e conseguente richiesta di consulenza psichiatrica (la richiesta deve indicare in modo chiaro i segni/sintomi rilevati e il grado di urgenza);
- eventuale disposizione di temporanee misure di sorveglianza particolare (da comunicare alla Polizia Penitenziaria, al Medico di Reparto e al Servizio di Psichiatria in base alla prassi dell'Istituto);
- impostazione di terapia farmacologica;
- indicazione al supporto psicologico;
- richiesta di eventuali visite mediche specialistiche di II livello;
- registrazione consenso al trattamento medico e proposta assistenziale;
- in situazioni di emergenza clinica: valutazione di eventuale invio in PS.

VEDI ALLEGATO N. 1

2) Fase della valutazione diagnostica e diagnosi differenziale relativa all'area psicosociale

Obiettivo 1: Valutazione psicologica

Attori possibili: Psicologo, Mediatore Linguistico-Culturale.

Target:

- tutti i Nuovi Giunti (dalla libertà o da altro Istituto);
- detenuto già presente su segnalazione del personale sanitario o su richiesta del paziente.

Azioni:

- colloquio psicologico conoscitivo e di supporto;
- eventuale somministrazione di scale diagnostiche (come da prassi dell'Istituto o ritenute utili);
- inquadramento psicologico;
- eventuale impostazione di progetto di intervento psicologico con eventuale raccordo con lo Psichiatra e con le altre figure sanitarie a fini diagnostici e di presa in carico (confermando o escludendo la necessità, eventualmente già segnalata anche per il Nuovo Giunto, di un approfondimento diagnostico o di un avvio del percorso di cura vero e proprio);
- individuazione di fattori di rischio positivi per scompenso psicopatologico e/o autolesionismo e conseguente richiesta di visita psichiatrica (la richiesta deve indicare in modo chiaro i segni/sintomi rilevati e il grado di urgenza);
- eventuale disposizione di temporanee misure di sorveglianza particolare (da comunicare alla Polizia Penitenziaria, al Medico di Reparto e al Servizio di Psichiatria in base alla prassi dell'Istituto).

Obiettivo 2: Valutazione psichiatrica

Attori possibili: Psichiatra, Infermiere Professionale, Mediatore Linguistico-Culturale.

Target:

- Nuovo Giunto (dalla libertà o da altro Istituto) su segnalazione del medico di reparto o del medico di pronto soccorso o dello psicologo;
- detenuto già presente su segnalazione del medico di reparto o del medico di pronto soccorso o dello psicologo.

Timing:

- entro 24 ore (compatibilmente con i turni di presenza dello Psichiatra), se rilievo di aumentato rischio autolesivo;
- con priorità, se malessere significativo;
- come da prassi abituale.

Azioni:

- 1^a visita psichiatrica:
 - raccolta anamnesi psichiatrica familiare e personale;
 - registrazione esame di stato mentale;
 - in particolare: attenzione a eventuali fattori (clinici e sociali) che aumentino o riducano il rischio autolesivo;
 - ipotesi diagnostica (criteri DSM5/ICD10);
 - eventuale impostazione di trattamento farmacologico;
 - eventuale impostazione di trattamento non farmacologico.
- A completamento della valutazione effettuata, lo Psichiatra può:
 - consultare la documentazione sanitaria clinica disponibile;
 - acquisire ulteriori informazioni sanitarie da parte dei medici di riferimento territoriali (MMG, CSM, SerD, etc.) con il consenso del paziente;
 - somministrare scale psicodiagnostiche;
 - comunicare con lo Psicologo per procedere a valutazione psicodiagnostica;
 - comunicare con altri medici specialisti;
 - richiedere al Medico di Reparto visite specialistiche di II livello;
 - richiedere al Medico di Reparto accertamenti diagnostici.

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

- Per impostare il programma di cura multimodale, lo Psichiatra può:
 - collaborare con l'Infermiere di Reparto;
 - collaborare con lo Psicologo;
 - collaborare con il SerD;
 - collaborare con altri Servizi interni all'Istituto.
- Lo Psichiatra può, inoltre:
 - esprimere un parere circa la collocazione del detenuto all'interno dell'Istituto Penitenziario;
 - esprimersi su misure di sorveglianza particolare in base alla situazione clinica e al rischio autolesivo;
 - valutare l'opportunità di invio in PS per situazioni di emergenza/urgenza;
 - produrre relazioni cliniche su richiesta del SerD o del coordinatore sanitario.

Da notare l'opportunità di informare il Medico di Reparto delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa, e del progetto di cura.

Si precisa che il paziente deve essere informato di qualunque azione clinica lo Psichiatra intraprenda e che deve fornire il consenso. Nei casi previsti dalla legge lo Psichiatra, così come qualunque altro Medico dell'Istituto, può procedere a proposta di TSO.

Obiettivo 3: Approfondimento diagnostico-clinico(*) e scelta del modello clinico-organizzativo del processo di cura più idoneo per i bisogni di salute dell'utente

(*) L'ipotesi diagnostica posta al primo colloquio può essere provvisoria: in tal caso l'approfondimento della valutazione e il monitoraggio clinico sono necessari per una diagnosi/diagnosi differenziale più accurata.

Attori possibili: Psichiatra, Psicologo, altro Medico, Infermiere Professionale, Mediatore Linguistico-Culturale.

Target: detenuto già valutato dallo Psichiatra, su iniziativa dello stesso Psichiatra o su richiesta del Medico di Reparto, del Medico di PS, dello Psicologo, del paziente.

Azioni:

- visita psichiatrica per:
 - rivalutazione del quadro clinico;
 - approfondimento diagnostico;
 - valutazione del rischio autolesivo;
 - conferma o modifica della prima ipotesi diagnostica;
 - rivalutazione della terapia farmacologica in atto o nuova prescrizione;
- rivalutazione del piano di cura:
 - limitare l'intervento a un'azione di consulenza, per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative, con rinvio al medico richiedente e/o coinvolgimento dello psicologo;
 - predisporre un percorso di trattamento a tipo assunzione in cura per utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
 - predisporre una presa in carico integrata nel caso di utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una gestione multiprofessionale con individuazione di figure di riferimento specifiche e stabili con definizione di un PTI per il singolo utente.
- Colloquio psicologico per:

- rivalutazione del quadro clinico;
- approfondimento diagnostico;
- valutazione del rischio autolesivo;
- conferma o modifica della prima ipotesi diagnostica;
- rivalutazione del piano di cura:
 - limitare l'intervento a un'azione di consulenza, per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative, con rinvio al medico richiedente;
 - predisporre un percorso di trattamento a tipo assunzione in cura per utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
 - predisporre una presa in carico integrata nel caso di utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una gestione multiprofessionale con individuazione di figure di riferimento specifiche e stabili con definizione di un PTI per il singolo utente.

La visita psichiatrica e il colloquio psicologico successivi alle prime valutazioni possono essere utilmente eseguiti congiuntamente o, se opportuno, possono essere condotti anche con altri medici/specialisti coinvolti nel piano di cura.

Per la visita psichiatrica successiva alla 1ª lo Psichiatra ha facoltà di compiere tutte le azioni già illustrate per la 1ª visita psichiatrica. Altrettanto dicasi per il colloquio psicologico.

Anche in questa fase l'infermiere svolge un ruolo fondamentale e attivo, in particolare nella rilevazione dei bisogni di cura dell'utente e degli elementi legati alla compliance alle terapie farmacologiche prescritte.

È sempre da ricordare l'opportunità di informare il Medico di Reparto delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa, e del progetto di cura.

Si precisa che il paziente deve essere informato di qualunque azione clinica lo Psichiatra intraprenda e che deve fornire il consenso. Nei casi previsti dalla legge lo Psichiatra, così come qualunque altro Medico dell'Istituto, può procedere a proposta di TSO.

VEDI ALLEGATI N. 1, N. 2, N. 3

3) Fase del percorso di cura (consulenza, assunzione in cura, presa in carico)

Obiettivo 1: Consulenza psichiatrica

Attori possibili: Psichiatra, Infermiere Professionale, Medico di Reparto, Mediatore Linguistico-Culturale.

Target: persona detenuta con diagnosi di disturbo mentale che non necessiti di assunzione in cura o di presa in carico.

Azioni:

- visita psichiatrica o visite psichiatriche per rivalutazione del quadro clinico, approfondimento diagnostico, conferma della diagnosi;
- rivalutazione della terapia farmacologica in atto o nuova prescrizione;
- invio al Medico di Reparto oppure modifica del percorso di cura, con assunzione in cura o presa in carico (vedi successivi obiettivi 2 e 3).

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

La visita psichiatrica successiva alla 1^a può essere utile condotta in presenza di altri specialisti coinvolti nel piano di cura (Medici o Psicologo, soprattutto).

Per la visita psichiatrica successiva alla 1^a, lo Psichiatra ha facoltà di compiere tutte le azioni già illustrate per la 1^a visita psichiatrica.

È sempre da ricordare l'opportunità di informare il Medico di Reparto delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa, e del progetto di cura.

Si precisa che il paziente deve essere informato di qualunque azione clinica lo Psichiatra intraprenda e che deve fornire il consenso. Nei casi previsti dalla legge lo Psichiatra, così come qualunque altro Medico dell'Istituto, può procedere a proposta di TSO.

Obiettivo 2: Assunzione in Cura

Attori possibili: Psichiatra, Infermiere Professionale, Medico di Reparto, Mediatore Linguistico-Culturale.

Target: persona detenuta con diagnosi di disturbo mentale che necessita di trattamento specialistico continuativo ma non di interventi multiprofessionali

Azioni:

- visite psichiatriche;
- programmazione di visite psichiatriche successive;
- coordinamento con il Medico di Reparto.

La visita psichiatrica successiva alla 1^a può essere utile condotta in presenza di altri specialisti coinvolti nel piano di cura (Medici o Psicologo, soprattutto).

Per la visita psichiatrica successiva alla 1^a lo Psichiatra ha facoltà di compiere tutte le azioni già illustrate per la 1^a visita psichiatrica.

È sempre da ricordare l'opportunità di informare il Medico di Reparto delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa, e del progetto di cura.

Si precisa che il paziente deve essere informato di qualunque azione clinica lo Psichiatra intraprenda e che deve fornire il consenso. Nei casi previsti dalla legge lo Psichiatra, così come qualunque altro Medico dell'Istituto, può procedere a proposta di TSO.

Obiettivo 3: Presa in Carico

Attori possibili: Psichiatra, Medico di Reparto, altri Medici, Infermiere Professionale, Psicologo, Educatore Professionale, Assistente Sociale, Mediatore Linguistico-Culturale, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, altri operatori coinvolti nel percorso di cura.

Target: persona detenuta con diagnosi di disturbo mentale che necessita di intervento continuativo multidisciplinare.

Si dettaglia ulteriormente l'intervento per i disturbi schizofrenici e per i disturbi dell'umore. I principi generali illustrati per la presa in carico del paziente valgono per tutti i disturbi mentali complessi e per ciascuna diagnosi è opportuno fare riferimento alle linee guida specifiche a disposizione (vedi ALLEGATO N.6).

Target a): Paziente con disturbo schizofrenico

Azioni:

- visite specialistiche utili per:
 - conferma della diagnosi;
 - distinguere se il paziente è nella fase di esordio della malattia e senza precedenti trattamenti farmacologici o se è affetto dalla malattia da tempo: soprattutto in questo caso, l'attenzione va rivolta alla storia clinica (caratteristiche dei sintomi pregressi, andamento della malattia, caratteristiche degli episodi e delle fasi intercritiche, risposta o mancata risposta ai farmaci, comparsa di effetti collaterali o eventi avversi, tipo di compliance alla cura, etc.);
 - nella fase di acuzie: obiettivo prioritario è ridurre i sintomi psicotici;
 - nella fase di stabilizzazione: obiettivo prioritario è minimizzare la possibilità di ricadute;
 - nella fase di mantenimento: obiettivi prioritari sono proseguire nel recupero, migliorare il funzionamento e la qualità di vita.
- impostazione della terapia farmacologica secondo le indicazioni della letteratura scientifica e delle linee guida accreditate – farmaci di elezione: antipsicotici di seconda generazione (principali parametri da considerare: profilo delle molecole, formulazione dei farmaci, titolazione, sicurezza, efficacia e tollerabilità, strategie di switch, strategie di augmentation, anche in considerazione di compliance del paziente, comorbidità, condizioni mediche generali, storia clinica); vedi ALLEGATO N. 6
- impostazione della terapia non-farmacologica (psicoeducazione del paziente e dei caregiver, cognitive remediation, psicoterapia...); vedi ALLEGATO N. 6
- attenzione e interventi particolari sono da riservare alle forme di malattia resistenti al trattamento (10-30% dei pazienti presenta nulla o scarsa risposta ai farmaci antipsicotici; 30% dei pazienti ha una risposta parziale);
- attenzione e interventi particolari sono da riservare ai pazienti che offrono scarsa collaborazione al trattamento per favorire la continuità; l'interruzione del trattamento è causa di un significativo aumento di ricadute (fino al 60%);
- creare una relazione terapeutica di fiducia anche al fine di potenziare la collaborazione al trattamento;
- fornire al paziente una valida informazione sulla malattia;
- individuazione dei bisogni clinici e psicosociali, con valutazione del funzionamento globale del paziente, anche al fine di redigere un PTI;
- monitoraggio nel tempo delle condizioni psichiche del paziente (utile l'utilizzo di scale);
- monitoraggio nel tempo delle condizioni fisiche del paziente anche in relazione ai possibili effetti collaterali associati all'assunzione di psicofarmaci (in particolare, controlli periodici di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, esami ematici di I livello, esami ematici specifici, livelli plasmatici dei farmaci, BMI, ECG con misurazione del tratto QTc, attenzione alla comparsa di sintomi extrapiramidali, di iperprolattinemia, di eventi avversi, etc.);

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

- monitoraggio delle condizioni cliniche e della risposta alle terapie, in stretta collaborazione con le figure infermieristiche, anche allo scopo di individuare in tempo utile un aumento del rischio autolesivo;
- monitoraggio delle condizioni cliniche e della risposta alle terapie anche allo scopo di prevenire/individuare in tempo utile gli episodi di riacutizzazione e le situazioni di emergenza/urgenza;
- identificazione del luogo più adatto di collocazione all'interno dell'Istituto;
- definizione delle misure di sorveglianza e dei controlli attuabili dal personale sanitario e penitenziario in base ai vari livelli di necessità della persona;
- riunioni di équipe allo scopo di:
 - creare una buona collaborazione fra operatori, facilitando il passaggio di informazioni e la condivisione delle azioni previste dal progetto terapeutico, al fine di individuare e attuare la cura più idonea per ciascun paziente;
 - impostare l'intervento di cura multimodale;
 - facilitare il monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente;
 - concordare attività di supporto socio-assistenziale in collaborazione con l'area trattamentale;
 - programmare verifiche periodiche del PTI;
 - redigere relazioni cliniche e socio assistenziali su richiesta del Coordinatore Sanitario.
- lavoro in équipe:
 - si ricorda che la cura e l'assistenza di un paziente affetto da disturbo mentale appartenente allo spettro schizofrenico sono da organizzarsi e da condursi all'interno di un'équipe multiprofessionale, come appunto prevede il percorso di Presa in Carico e che, in ambito carcerario, va costantemente promossa e favorita l'integrazione e la collaborazione con l'Area della sicurezza.

Trattamento farmacologico: (vedi ALLEGATO N. 6)

La visita psichiatrica successiva alla 1^a può essere utilemente condotta in presenza di altri specialisti coinvolti nel piano di cura (Medici o Psicologo, soprattutto).

Per la visita psichiatrica successiva alla 1^a lo Psichiatra ha facoltà di compiere tutte le azioni già illustrate per la 1^a visita psichiatrica.

È sempre da ricordare l'opportunità di informare il Medico di Reparto delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa, e del progetto di cura.

Si precisa che il paziente deve essere informato di qualunque azione clinica lo Psichiatra intraprenda e che deve fornire il consenso. Nei casi previsti dalla legge lo Psichiatra, così come qualunque altro Medico dell'Istituto, può procedere a proposta di TSO.

Target b): Paziente con disturbi dell'umore

Azioni:

- visite psichiatriche utili a:
 - conferma della diagnosi;
 - accertamento diagnostico rispetto all'episodio di alterazione del tono dell'umore in atto (defiizione della polarità);
 - distinguere se il paziente è nella fase di esordio della

- malattia e senza precedenti trattamenti farmacologici o se il paziente è affetto dalla malattia da tempo: in questo caso attenzione particolare va rivolta alla storia clinica (familiarità, andamento della malattia, caratteristiche dell'episodio di alterazione dell'umore all'esordio, caratteristiche e periodicità degli episodi di alterazione del tono dell'umore depressivi, maniacali, ipomaniacali e delle fasi inter-critiche, individuazione dei sintomi di allarme, andamento del ritmo sonno/veglia e del sonno, risposta o mancata risposta ai farmaci, comparsa di effetti collaterali o eventi avversi, etc.);
- impostazione della terapia farmacologica secondo le indicazioni della letteratura scientifica e delle Linee Guida accreditate (valutazione di efficacia e tollerabilità), anche in considerazione dell'esistenza di comorbidità e delle condizioni mediche generali; farmaci di elezione: stabilizzatori del tono dell'umore, antipsicotici atipici, antidepressivi (principali parametri da considerare: profilo delle molecole, titolazione, sicurezza, efficacia e tollerabilità, strategie di switch, ionoterapia/terapia combinata, strategie di augmentation, anche in considerazione di compliance del paziente, comorbidità, condizioni mediche generali, storia clinica);
- ALLEGATO N. 6;
- impostazione della terapia non farmacologica (psicoeducazione per il paziente e i caregiver, psicoterapia, etc.);
- ALLEGATO N. 6
- creare una relazione terapeutica di fiducia anche al fine di potenziare la collaborazione al trattamento;
- fornire al paziente una valida informazione sulla malattia e sulla terapia;
- individuazione dei bisogni clinici e psicosociali, con valutazione del funzionamento globale del paziente, anche al fine di redigere un PTI;
- monitoraggio nel tempo delle condizioni psichiche del paziente (utile l'utilizzo di Scale);
- monitoraggio nel tempo delle condizioni fisiche del paziente anche in relazione ai possibili effetti collaterali associati all'assunzione di psicofarmaci (in particolare controlli periodici di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, esami ematici di I livello, esami ematici specifici, livelli plasmatici dei farmaci, BMI, ECG con misurazione del tratto QTc, attenzione alla comparsa di sintomi extrapiramidali, di iperprolattinemia, di eventi avversi, etc.);
- monitoraggio delle condizioni cliniche e della risposta alle terapie anche allo scopo di individuare in tempo utile un aumento del rischio autolesivo;
- monitoraggio delle condizioni cliniche e della risposta alle terapie anche allo scopo di prevenire/individuare in tempo utile gli episodi di riacutizzazione e le situazioni di emergenza/urgenza;
- identificazione del luogo più adatto di collocazione all'interno dell'Istituto;
- definizione delle misure di sorveglianza e dei controlli attuabili dal personale sanitario e penitenziario in base ai vari livelli di necessità della persona.
- riunioni di équipe allo scopo di:
 - creare una buona collaborazione fra operatori al fine della cura del paziente e di facilitare il passaggio di informazioni;

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

- impostare l'intervento di cura multimodale;
- facilitare il monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente;
- concordare attività di supporto socio-assistenziale;
- programmare verifiche periodiche del PTI;
- redigere relazioni cliniche e socio assistenziali su richiesta del Coordinatore Sanitario.
- Lavoro in équipe:
 - si ricorda che la cura e l'assistenza di un paziente affetto da disturbo mentale dello spettro dell'umore sono da organizzarsi e da condursi all'interno della équipe, come appunto previsto dal percorso di Presa in Carico.

Trattamento farmacologico: (vedi ALLEGATO N. 6)

La visita psichiatrica successiva alla 1^a può essere utile condotta in presenza di altri specialisti coinvolti nel piano di cura (Medici o Psicologo, soprattutto).

Per la visita psichiatrica successiva alla 1^a lo Psichiatra ha facoltà di compiere tutte le azioni già illustrate per la 1^a visita psichiatrica.

È sempre da ricordare l'opportunità di informare il Medico di Reparto delle condizioni cliniche del paziente, soprattutto se trattasi di situazione clinica significativa, e del progetto di cura.

Si precisa che il paziente deve essere informato di qualunque azione clinica lo Psichiatra intraprenda e che deve fornire il consenso. Nei casi previsti dalla legge lo Psichiatra, così come qualunque altro Medico dell'Istituto, può procedere a proposta di TSO.

4) Fase del monitoraggio del percorso di cura

Obiettivo 1: monitoraggio e revisione periodica del percorso

Attori possibili: Psichiatra, Medico di Reparto, altri Medici, Infermiere Professionale, Psicologo, Educatore Professionale di area trattamentale, Assistente Sociale, Mediatore Linguistico-Culturale, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, altri operatori coinvolti nel percorso di cura.

Timing: riunione periodica.

Azioni:

- Aggiornamento sulla situazione clinica, psichica e fisica, e sulla risposta al trattamento;
- Rilevazione di aree problematiche;
- Valutazione degli esiti clinici e psicosociali;
- Conferma o modifica del PTI;
- Rivalutazione costante del rischio di suicidio e dell'efficacia e dell'adeguatezza delle misure di sorveglianza, sanitarie e penitenziarie;
- Rivalutazione della collocazione del detenuto all'interno dell'Istituto Penitenziario;
- Discussioni dell'équipe multiprofessionale all'interno di riunioni periodiche programmate.

5) Fase della gestione dell'emergenza/urgenza

Il manifestarsi di situazioni di emergenza/urgenza clinica di pertinenza psichiatrica può verificarsi in pazienti già noti o in persone detenute non in carico ai Servizi.

La richiesta di soccorso può essere espressa:

- dal detenuto stesso;
- da altri detenuti;
- dal personale sanitario;
- dal personale di Polizia Penitenziaria;
- da altri operatori.

Si configurano due possibilità:

- presenza di personale medico nell'Istituto di Pena: attivazione del Medico di Pronto Soccorso e contestualmente, se presente, dello Psichiatra;
- assenza di personale medico nell'Istituto di Pena: chiamata dell'Unità di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) con richiesta di invio di Autoambulanza medicalizzata. Laddove la situazione presenti carattere di emergenza con indicazione a un trattamento specialistico immediato, il Direttore dell'Istituto di Pena può autorizzare l'accompagnamento del detenuto c/o il Pronto Soccorso del nosocomio più vicino anche su indicazione di personale sanitario non medico².

Obiettivo 1: valutazione medica delle situazioni di emergenza/urgenza

Attori: Medico di Pronto Soccorso, Medico del 118 giunto con autoambulanza, Psichiatra, Psicologo, Infermiere Professionale, Mediatore Linguistico-Culturale.

Azioni:

- raccolta dell'anamnesi clinica (fisica e psichica) utilizzando tutte le fonti disponibili;
- attenzione a quanto riferito dal paziente;
- esame obiettivo fisico;
- esame di stato mentale con attenzione particolare rivolta a idee e azioni autolesive;
- ricostruire gli eventi del periodo immediatamente precedente la condizione di emergenza/urgenza in atto. Alcuni indicatori utili possono essere:
 - momenti significativi nell'iter giudiziario;
 - eventi relativi al nucleo familiare di appartenenza;
 - cambiamenti nei comportamenti abituali (modificazioni delle condizioni cliniche, riduzione delle interazioni sociali con gli altri detenuti o con il personale penitenziario, sanitario e non; comparsa o incremento di atteggiamenti rivendicativi; aumento o insorgenza di irritabilità e/o aggressività; manifestazioni di conflittualità con specifiche persone; emergenza di particolari difficoltà legate alla cultura di appartenenza).

Obiettivo 2: Iter decisionale conseguente al riconoscimento della situazione di emergenza/urgenza.

Attori possibili: Medico di PS, Medico di Reparto, Psichiatra, Coordinatore Sanitario, Psicologo, Infermiere Professionale.

²Si ricorda che le professioni sanitarie di tipo infermieristico hanno riconosciuti compiti di valutazione clinica nell'ambito di attività di Triage; trattasi infatti di una fattispecie procedurale da concordare con ciascuna Direzione e con il Sistema di Emergenza Territoriale dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

Azioni: con il riconoscimento di una situazione di emergenza/urgenza può verificarsi che:

- l'intervento di soccorso effettuato in Istituto sia idoneo e sufficiente a controllare i sintomi, a riportare il paziente in uno stato di accettabile benessere e, quindi, a risolvere la situazione di emergenza/urgenza; l'invio in Pronto Soccorso non appare dunque necessario a tutela della salute del paziente;
- i Medici che intervengono ritengono che la condizione di emergenza/urgenza clinica non sia risolvibile se non con l'invio del paziente al Pronto Soccorso (per es., dubbio diagnostico oppure situazioni di particolare gravità clinica non trattabili se non in ospedale); qualora vi siano le condizioni previste dalla Legge, dopo aver visitato il pz, i Medici possono proporre TSO.

Si sottolinea come uno stato di emergenza/urgenza possa correlarsi a un malessere fisico e/o psichico.

Può associarsi una condizione di agitazione psicomotoria che, indipendentemente dalla diagnosi, merita un intervento medico e assistenziale specifico per il quale si rimanda all'ALLEGATO N. 6.

In concomitanza con situazioni di emergenza (con o senza valutazione effettuata in Pronto Soccorso) può esservi indicazione a specifiche misure di Sorveglianza ed è sempre utile programmare interventi di monitoraggio da parte dell'intero Staff operativo in Istituto.

VEDI ALLEGATI N. 4 e N. 5

6) Continuità assistenziale in caso di scarcerazione/trasferimento in altro Istituto Penitenziario

Obiettivo 1: comunicazione del trasferimento/scarcerazione del detenuto

Target: persona detenuta, assistita per patologia, che deve essere trasferita in altro istituto di pena o che sia sottoposta ad altra misura o che venga rimessa in libertà.

Attori possibili: Ufficio Matricola, Coordinatore Sanitario, Psichiatra, altri Medici.

Azioni:

- L'Ufficio Matricola comunica all'Area Sanitaria l'eventuale trasferimento ad altro Istituto Penitenziario o l'uscita dall'Istituto della persona detenuta.

Obiettivo 2: in caso di trasferimento: dimissione dall'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario e attivazione dell'Area Sanitaria dell'Istituto ricevente per il mantenimento della continuità assistenziale

Target: persona detenuta, assistita per patologia psichiatrica, che deve essere trasferita in altro istituto di pena.

Attori possibili: Coordinatore Sanitario, Psichiatra, altri Medici degli Istituti Penitenziari dimettente e ricevente, Direttore dell'Istituto Penitenziario o suo delegato, Magistrato di Sorveglianza, Ufficio Matricola, Area Educativa.

Azioni:

- Comunicazione del trasferimento ad altro Istituto Penitenziario (continuità di assistenza);
- Compilazione del Nulla Osta Sanitario, redatto dopo visita medica della persona detenuta;
- Dimissione della persona assistita detenuta da parte dell'Area Sanitaria: lettera di dimissione con rilascio della documentazione sanitaria disponibile (diagnosi, storia clinica, accertamenti eseguiti, trattamento), segnalazione di eventuali necessità cliniche particolari;
- Attivazione dell'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario ricevente il detenuto.

Obiettivo 3: in caso di scarcerazione con rimessa in libertà, dimissione dall'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario e attivazione dell'assistenza sanitaria territoriale di appartenenza

Target: persona detenuta, assistita per patologia psichiatrica, che deve essere rimessa in libertà.

Attori possibili: Coordinatore Sanitario, Psichiatra, altri Medici dell'Istituto, Direttore dell'Istituto Penitenziario o suo delegato, Magistrato di Sorveglianza, Ufficio Matricola, Area Educativa, DSM di riferimento del paziente, Medico di Medicina Generale di riferimento del paziente, Assistenti Sociali, Famiglie, Ufficio Matricola, Associazioni di Volontariato.

Azioni:

- Dimissione della persona assistita detenuta da parte dell'Area Sanitaria: lettera di dimissione con rilascio della documentazione sanitaria disponibile (diagnosi, storia clinica, accertamenti eseguiti, trattamento), segnalazione di eventuali necessità cliniche particolari;
- Con il consenso del paziente (al quale si spiega l'opportunità di continuità di cura), attivazione dell'assistenza sanitaria territoriale di appartenenza (comunicazione con Dipartimento di Salute Mentale) e di altri Servizi.

Obiettivo 4: in caso di successivo rientro in carcere della persona

Target: persona in stato di libertà, assistita per patologia psichiatrica ed ex-detenuta, che rientra in Istituto Penitenziario.

Attori possibili: DSM, Assistenti Sociali, Ufficio Matricola, Direttore d'Istituto Penitenziario o suo delegato, Coordinatore Sanitario dell'Istituto, Psichiatra, Area Educativa, Associazioni di Volontariato.

Azioni: vedi inizio del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale: Fase dell'Accoglienza/identificazione soggetti a rischio psicopatologico.

INDICATORI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEL PDTA

Premessa

Gli indicatori sono delle variabili ad alto contenuto informativo e misurabili, atte a descrivere sinteticamente la qua-

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

lità dell'assistenza resa e rappresentano uno strumento utilizzato per monitorare i percorsi di cura. Le principali categorie di indicatori sono:

- gli indicatori di processo, che misurano direttamente la qualità della prestazione professionale, ossia l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento: linee guida, percorsi assistenziali. La predittività dell'indicatore è definita robustezza ed è correlata alla forza della raccomandazione clinica su cui viene costruito l'indicatore;
- gli indicatori di esito, che documentano gli esiti assistenziali: clinici (mortalità, morbidità), economici (costi diretti e indiretti) e sul profilo umano (qualità di vita, soddisfazione dell'utente).

Attualmente le esperienze italiane di utilizzo di indicatori in salute mentale sono molto limitate e pressoché nulle in ambito penitenziario. Le ragioni di ciò risiedono, essenzialmente, nella carenza dei sistemi informativi – spesso inadeguati – nei Servizi di salute mentale e totalmente assenti in molte realtà penitenziarie; a ciò va ad aggiungersi il ridotto coinvolgimento dei DSM nell'assistenza psichiatrica in carcere.

Utilizzando i dati dell'assistenza farmaceutica e quelli relativi all'attività dei DSM della Regione Lombardia nel 2007 è stato rilevato un indicatore di adeguatezza del trattamento già usato in maniera estensiva a livello internazionale. Un paziente riceve un trattamento minimamente adeguato quando risponde, in un anno, ad almeno due mesi di trattamento con farmaci specifici per la sua patologia (antidepressivi nella depressione, stabilizzatori dell'umore nel disturbo bipolare, antipsicotici nella schizofrenia) e viene visitato almeno 4 volte da uno psichiatra; oppure, nel caso della depressione, riceve – in alternativa alle visite psichiatriche e al trattamento farmacologico – almeno 8 sedute di psicoterapia.

Un altro esempio delle possibilità di valutazione della qualità della cura è relativo all'analisi della continuità della terapia psicofarmacologica nei pazienti con disturbo mentale grave. Lo studio ha misurato la persistenza del trattamento farmacologico in circa 12.000 pazienti con disturbo mentale grave seguiti dai DSM della Regione Lombardia, che hanno iniziato una terapia psicofarmacologica specifica per il loro disturbo nel 2007. L'utilizzo incrociato dei dati dei sistemi informativi relativi alla salute mentale e all'assistenza farmaceutica ha permesso di valutare come, complessivamente, più di due terzi del campione (72,1%) avessero interrotto il trattamento durante i 12 mesi di follow-up, con percentuali molto simili tra depressione, disturbo bipolare e schizofrenia.

Gli indicatori citati sono utilizzabili anche in carcere, con una particolare attenzione derivante da alcune considerazioni: sebbene i farmaci di interesse psichiatrico vengano assunti in genere direttamente davanti all'infermiere, il loro utilizzo improprio risulta essere comunque frequente. Infatti, tali farmaci, soprattutto se in compresse o capsule, sono sovente oggetto di accumulo o di scambio tra detenuti, per cui un paziente che risulti assumere regolarmente la terapia potrebbe assumerla in modo improprio o non assumerla affatto. Tale realtà trova spesso riscontro nell'esito delle perquisizioni periodiche effettuate dal personale di Polizia Penitenziaria e pone indicazione all'utilizzo, quando possibile, di formulazioni farmacologiche liquide, orosolubili o, soprattutto oggi,

long-acting. A seguire una serie di considerazioni riferite a indicatori utilizzabili in ambito penitenziario.

Indicatori di Processo (Efficienza)

- Numero di pazienti con disturbi gravi presi in carico sul totale dei presi in carico in un anno.
- Numero di interventi psicosociali, psicologici e riabilitativi/mese per paziente preso in carico (stabilendo il valore minimo di 4 il primo mese di detenzione, 1 per i mesi successivi) sul totale dei presi in carico in un anno.
- Numero di colloqui psichiatrici/mese per paziente preso in carico (stabilendo il valore minimo di 4 il primo mese di detenzione, 1 per i mesi successivi).
- Numero di pazienti presi in carico con neurolettici atipici/numero pazienti presi in carico con neurolettici tipici entrambi sul totale dei trattati con neurolettici in un anno.
- Numero di pazienti presi in carico complianti/numero di pazienti presi in carico non complianti entrambi sul totale dei presi in carico in un anno.
- Numero di eventi/iniziativa formative nel periodo di riferimento.
- Numero di contatti con servizi territoriali di riferimento (CSM, SerD, Servizi Sociali) da parte dell'area "salute mentale" sul totale dei presi in carico in un anno.
- Numero attivazione di procedure di presa in carico congiunta con SerD su pazienti con doppia diagnosi in un anno.
- Numero di procedure di presa in carico congiunta con Amministrazione Penitenziaria sul totale dei presi in carico in un anno.
- Numero di procedure con 118 sul totale delle urgenze in un anno.

Indicatori di Esito (Efficacia)

- Numero di pazienti già presi in carico sottoposti a Sorveglianza a Vista (tale indicatore è utile per evitare il ricorso a questa dispendiosa e invasiva forma di sorveglianza) sul totale dei presi in carico in un anno.
- Numero di eventi sentinella per pazienti presi in carico: a) tentativi di suicidio, b) gesti autolesionistici
- Numero di eventi sentinella per pazienti presi in carico e sottoposti a regime di sorveglianza particolare: a) tentativi di suicidio, b) gesti autolesionistici (tale indicatore è utile per valutare l'efficacia del regime di sorveglianza applicato).
- Numero di suicidi per pazienti presi in carico (valore atteso = 0).
- Numero di accessi ospedalieri per scompensi psicopatologici/numero di pazienti con precedenti sorveglianze particolari (tale indicatore è utile per valutare l'efficacia del regime di sorveglianza applicato)
- Numero di sequestri di farmaci di interesse psichiatrico effettuati dal personale di Polizia Penitenziaria (tale indicatore valuta la corretta esecuzione della Terapia Direttamente Osservata (Directly Observed Therapy - DOT) sul totale dei presi in carico in un anno)
- Numero di obiettivi di trattamento raggiunti per pazienti con PTI

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

VALUTAZIONE DELL'ADESIONE/ANDAMENTO PDTA: CRUSCOTTO di VALUTAZIONE							
Cruscotto di valutazione andamento PDTA	Grado di adozione PDTA (%)	Motivi di scostamento negativo rispetto al 100% dell'adozione/implementazione			Grado di successo (scala1/100)		
		Logistici	Risorse (umane e tecnologiche)	Formativi	OUTCOME Indicatori esito	OUTPUT Indicatori processo	Totale
PDTA paziente con disturbi mentali negli Istituti Penitenziari italiani							

PARTE TERZA

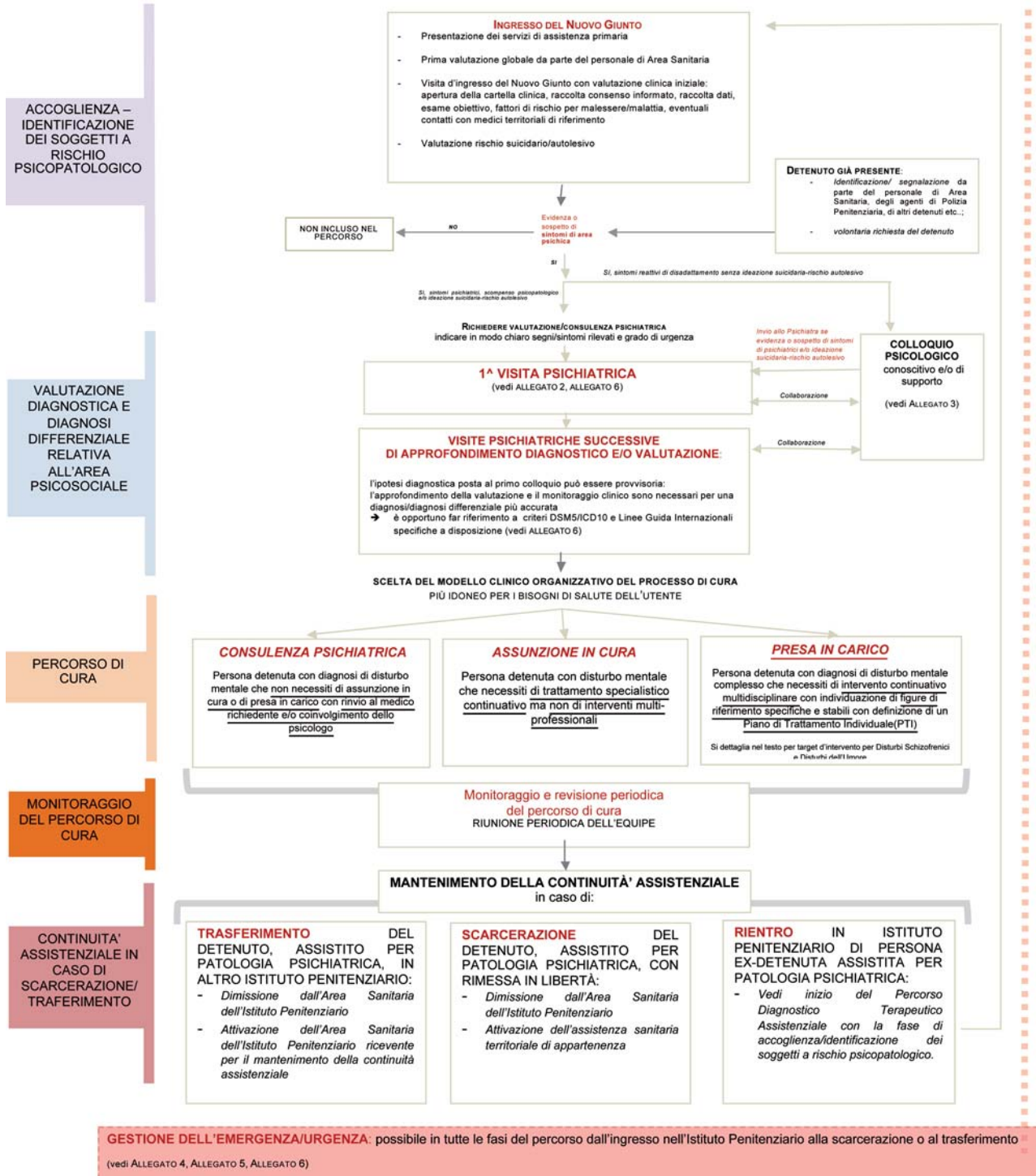
Appendice

ALLEGATO N. 1

Rappresentazione grafica: avvio del percorso di cura



ALGORITMO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE



Appendice

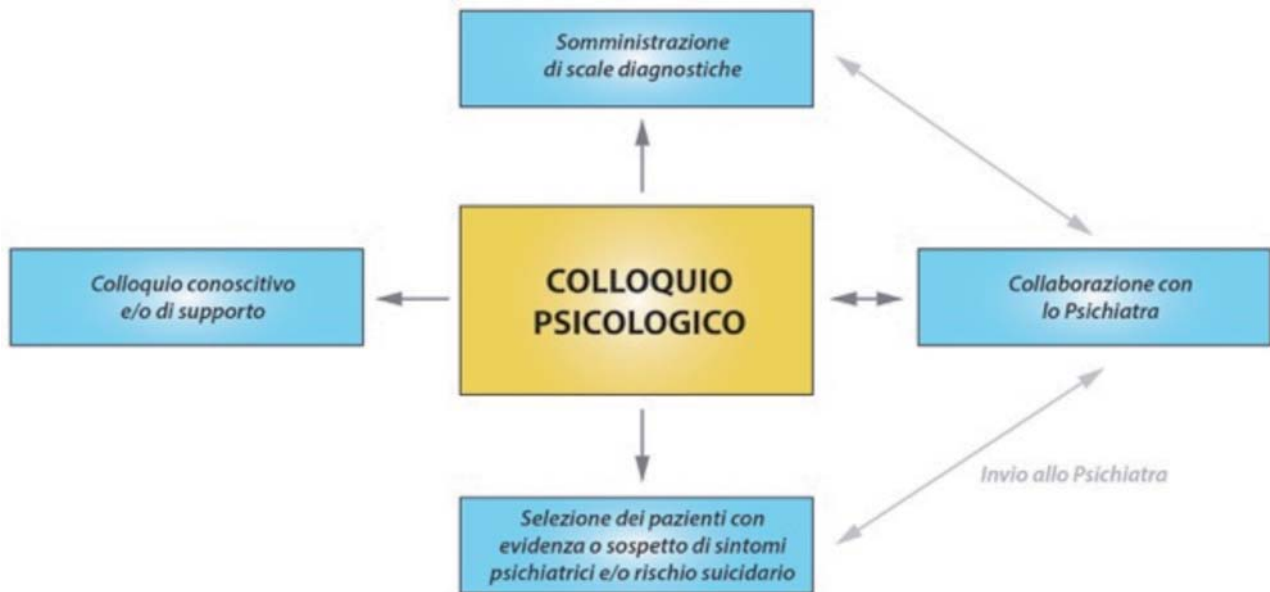
ALLEGATO N. 2

Rappresentazione grafica: prima visita psichiatrica



ALLEGATO N. 3

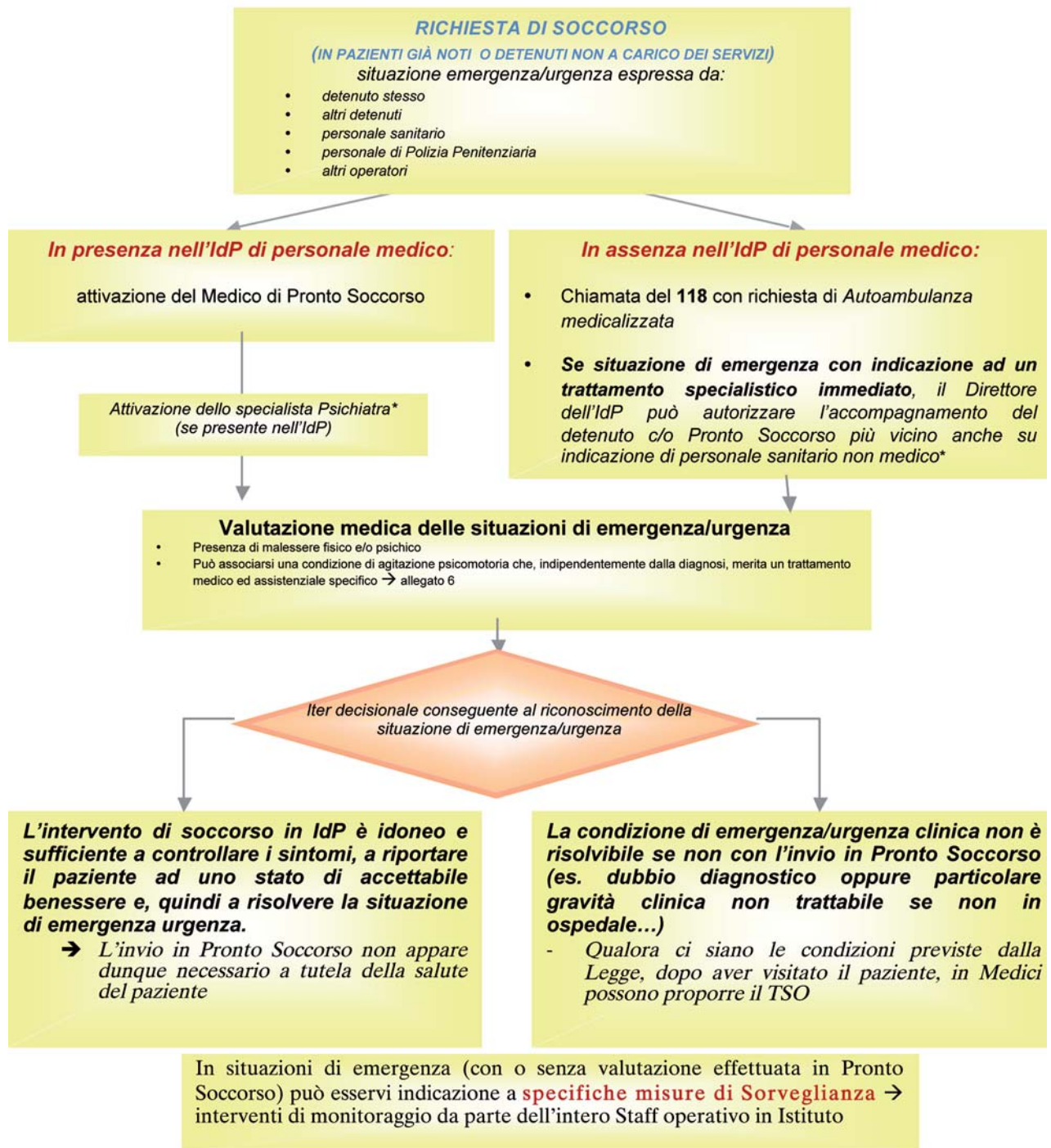
Rappresentazione grafica: colloquio psicologico



Appendice

ALLEGATO N. 4

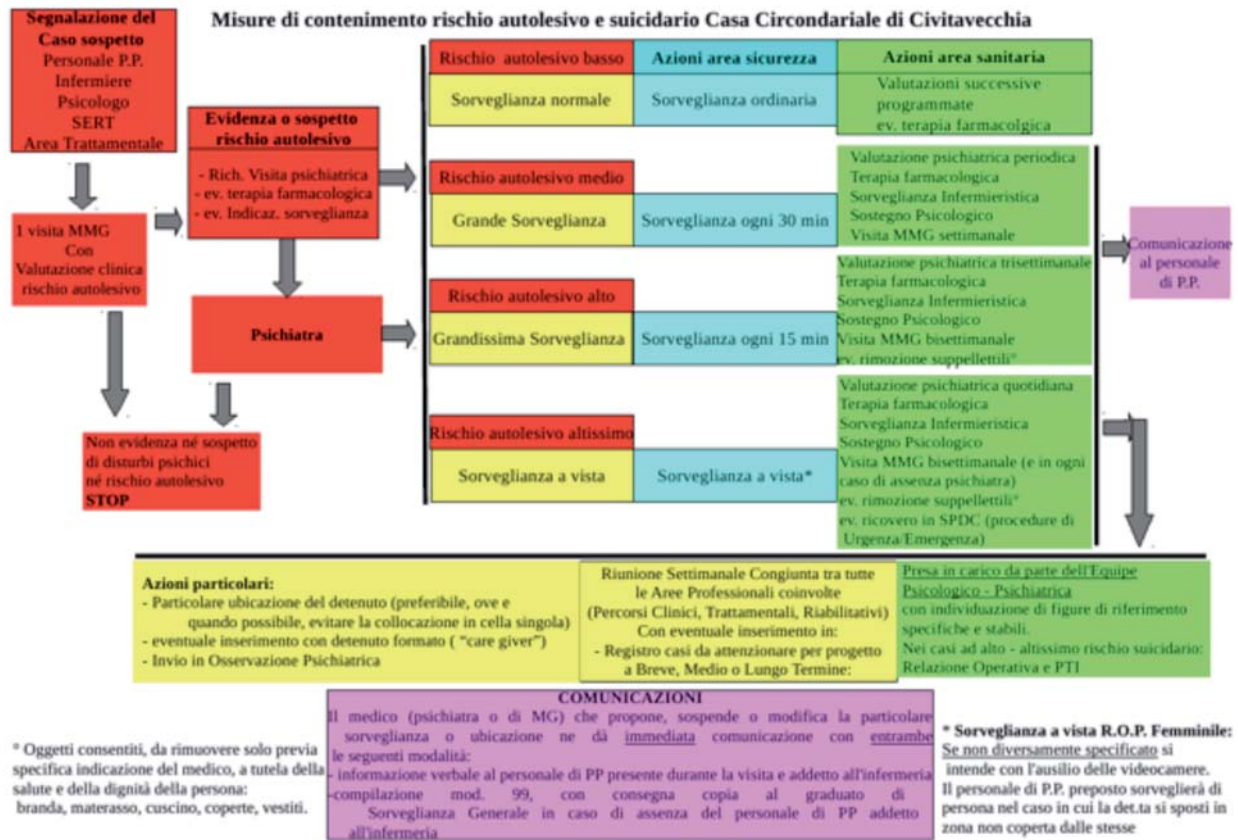
Rappresentazione grafica: gestione emergenza/urgenza



* si ricorda che le professioni sanitarie di tipo infermieristico hanno riconosciuti compiti di valutazione clinica nell'ambito di attività di Triage; trattasi di una fattispecie procedurale da concordare con ciascuna Direzione e con il Sistema di Emergenza Territoriale dell'Azienda Sanitaria di riferimento

ALLEGATO N. 5

Rappresentazione grafica: misure di contenimento



Appendice

ALLEGATO N. 6

Riferimenti alle principali linee guida internazionali

American Psychiatric Association – APA
<http://www.psychiatry.org>

The National Institute for Health and Care Excellence – NICE
<http://nice.org.uk>

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
<http://ranzcp.org>

World Federation of Societies of Biological Psychiatry – WFSBP
<http://www.wfsbp.org>

Canadian Psychiatric Association
<http://www.canmat.org/guides.php>

Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation
<http://www.ahdbonline.com/sections>

The flowchart illustrates the management of the first episode of schizophrenia, starting from a prodromal state and leading through various treatment and monitoring stages.

Initial Stages:

- Stato prodromico** (Prodromal state) leads to **Episodio psicotico** (Psychotic episode).
- From **Episodio psicotico**, the path depends on age and support: **Medico di base** (General practitioner) for **<18 anni** (under 18 years) and **membri della famiglia** (family members) for **≥18 anni** (18 years and older).

Admission and Initial Treatment:

- Patients are admitted to either **Servizi di neuropsichiatria infantile** (Child and Adolescent Psychiatric Services) or **Unità di cura psichiatrica per acuti** (Acute Psychiatric Care Unit).
- From these units, patients are **Dimesso con trattamento o solo visite di controllo** (Discharged with treatment or only control visits) to the **Servizio di salute mentale territoriale** (Territorial Mental Health Service).

Diagnosis and Initial Stabilization:

- At the territorial service, the patient is diagnosed with **Diagnosi di schizofrenia** (Schizophrenia diagnosis).
- The initial goal is **Stabilizzazione con antipsicotico orale** (Stabilization with oral antipsychotic).

Monitoring and Decision Points:

- Patients are monitored for **Poco tollerato/inefficace** (Not tolerated/ineffective) or **Ben tollerato/efficace** (Well tolerated/effective).
- If **Poco tollerato/inefficace**, a **Passaggio ad un altro antipsicotico** (Switch to another antipsychotic) is required.
- If **Ben tollerato/efficace**, a **Passaggio al LAI dello stesso antipsicotico** (Switch to the same antipsychotic LAI) is considered.

Long-term Management and Outcomes:

- After switching to LAI, patients are monitored for **Buona risposta** (Good response) or **Risposta insufficiente** (Insufficient response).
- Buona risposta** leads to **Continuare il trattamento** (Continue treatment).
- Risposta insufficiente** leads to **Considerare il passaggio ad un altro LAI** (Consider switching to another LAI).
- From **Considerare il passaggio ad un altro LAI**, the path depends on the clinical course: **Storia di malattia medio-breve** (Medium-short illness history) leads to **Aripiprazolo LAI** (Aripiprazole LAI), while **Decorso a lungo termine, sintomi positivi gravi** (Long-term course, severe positive symptoms) leads to **Fenotiazina, butirrofenone, risperidone e metaboliti LAI** (Phenothiazine, butyrophenone, risperidone and LAI metabolites).
- From **Continuare il trattamento**, patients are monitored for **Buona** (Good) or **Insoddisfante anche dopo aggiustamento della dose** (Unsatisfactory even after dose adjustment).
- Buona** leads to **Valutare le condizioni fisiche** (Evaluate physical conditions).
- Insoddisfante anche dopo aggiustamento della dose** leads to **Perdita di risposta** (Loss of response).
- Valutare le condizioni fisiche** includes monitoring for **Effetti collaterali di tipo metabolico** (Metabolic side effects), **Effetti collaterali extrapiramidali** (Extrapyramidal side effects), and **Iperprolattinemia** (Hyperprolactinemia).
- From **Valutare le condizioni fisiche**, the path depends on the clinical course: **Buone** (Good) leads back to **Valutare la risposta*** (Evaluate response*), while **Decorso clinico** (Clinical course) leads to **Aggravamento** (Worsening).
- Perdita di risposta** leads to **Aggravamento**.

** (modificato da figura 3); Brugnoli et al, Model of Management (Mo.Ma) for the patient with schizophrenia: crisis control, maintenance, relapse prevention, and recovery with long- acting injectable antipsychotics (LAIs). Rivista di Psichiatria 51(2), 2016.

Appendice

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- AA.VV. Psichiatria e Carcere. (Clerici M, Scarone S, a cura di). NooS - Aggiornamenti in Psichiatria 2010; 12: 1.
- Accordo Conferenza Unificata Stato-Regioni del 13 Novembre 2014, Allegato A e A1. Definizione dei percorsi di cura da attuare nei Dipartimenti di Salute Mentale per disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e disturbi gravi di personalità.
- Accordo Conferenza Unificata Stato-Regioni del 24 Gennaio 2013, Rep. Atti n.4/CU, Allegato A. Piano di azione nazionale per la salute mentale.
- Accordo tra Federsanità, ANCI e Ministero della Giustizia del 4 agosto 2016: "Convenzione per l'integrazione socio-sanitaria e per la realizzazione all'interno del Servizio Sanitario Nazionale di una piattaforma informatica di trasmissione dei dati sanitari delle persone detenute per la gestione di un servizio di telemedicina in ambito carcerario (adulti e minorenni)".
- American Association of Community Psychiatrists: Clinical Guide to the Treatment of the mentally Ill Homeless Person (Gillig PM, McQuistion HL, eds). Washington: APP, 2006.
- American Psychiatric Association. Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri (edizione italiana a cura di Clerici M, Mencacci C, Scarone S). Milano: Masson, 2002.
- American Psychiatric Association. Psychiatric Services in Correctional Facilities (III ed). Arlington: APAP, 2016.
- American Psychiatric Association. A Quick Reference Guide based on Practice Guideline for the treatment of Patients with Bipolar Disorder, second edition, originally published in April 2002 (<https://www.psychiatry.org/>).
- American Psychiatric Association. A Quick Reference Guide based on Practice Guidelines for the treatment of Patients with Schizophrenia, second edition, originally published in February 2004 (<https://www.psychiatry.org/>).
- Atti del convegno "Carcere modello Lazio". 17 novembre 2014.
- Baillargeon J, Biswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 103-9.
- Best Practice in Evaluation and Treatment of Agitation: The Psychopharmacology of Agitation. Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry (2012). Project BETA Psychopharmacology Workgroup (Wilson et al.). *West J Emerg Med* 2012; 13: 26-34.
- Biswanger IA, Stern MF, Deyo RA, et al. Release from Prison. A High Risk of Death for Former Inmates. *N Engl J Med* 2007; 356: 157-65.
- Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1998; 123: 123-42.
- 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.
- Burns AK. Psychiatry behind bars: practicing in jails and prisons. *Curr Psychiatry* 2011; 10: 15-20.
- Calzolari F. Le urgenze psichiatriche. *Medicina Penitenziaria* 1987; 9: 28.
- Carnevale A, Di Tillio A. Medicina e carcere: gli aspetti giuridici, criminologici, sanitari e medico-legali della pena. Milano: Giuffrè, 2006, XIII-468.
- Chang Z, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S. Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 422-30.
- Citrome L. Faculty perspectives: coping with agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder: how can healthcare professionals help their patients? Provider Perspective. *American Health & Drug Benefits* 2016 (last modified January; <http://www.ahdbonline.com/sections>).
- Coid J, Ullrich S. Prisoners with psychosis in England and Wales: diversion to psychiatric inpatient services? *Int J Law Psychiatry* 2011; 34: 99-108.
- Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. Senato della Repubblica, 64ª seduta, mercoledì 17 novembre 2010.
- Committee on Psychiatry and the Community. Group for the Advancement of Psychiatry: people with mental illness in the criminal justice system: answering a cry for help. Arlington: APAP, 2016.
- Costituzione Italiana.
- Cuccato G. Mission dell'area della salute mentale e Istituzione penitenziaria nella programmazione sociosanitaria della Regione Veneto. Convegno "La Sanità Penitenziaria dopo la Riforma", 30 maggio 2013.
- D.L. 211/2011 art. 3-ter: "Disposizioni per il definitivo superamento degli OPG".
- Daniel AE. Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006; 34: 165-75.
- De Bartolomeis A. Correlati neurobiologici della schizofrenia e trattamento con antipsicotici a rilascio prolungato e somministrazione intramuscolare. *J Psychopathol* 2015; 21(Suppl): 9-12.
- De Bartolomeis A, Tomasetti C, Iasevoli F. Update on the mechanism of action of aripiprazole: translational insights into antipsychotic strategies beyond dopamine receptor antagonism. *CNS Drugs* Published online, 2015.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° Aprile 2008, Gazzetta Ufficiale 30 maggio 2008 n.126 (testo aggiornato al 10 giugno 2009): Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria + allegati.
- DPR 230/2000, "Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230. Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 195 del 22 agosto 2000 - Supplemento ordinario).
- Fagiolini A. Il ruolo dei LAI nel percorso del paziente. *J Psychopathol* 2015; 21(Suppl): 13-6.
- Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet* 2011; 377: 956-65.
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359: 545-50.
- Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1397-403.
- Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 871-81.
- Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 931-8.
- Fazel S, Lubbe S. Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18: 550-4.
- Fazel S, Singh JP, Doll H. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e4692.
- Forrester A, Slade K. Preventing self-harm and suicide in prisoners: job half done. *Lancet* 2014; 383: 1109-11.
- Franceschini A. L'organizzazione della sanità in carcere. Master

Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA

- in diritto penitenziario e costituzione. Anno Accademico 2013/2014.
- Fraser A, Gatherer A, Hayton P. Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities? *Public Health* 2009; 123: 410-4.
 - Freudenberg N. Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health. *J Urban Health* 2001; 78: 214-35.
 - Galanek JD. Correctional officers and the incarcerated mentally ill: responses to psychiatric illness in prison. *Med Anthropol* 2015; 29: 116-36.
 - Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 112.
 - Glaze LE, Maruschak IM. BJS Statisticians (August 2008 – Revised 2010). Parents in prison and their minor children. US Department of Justice.
 - Goff A, Rose E, Rose S, Purves D. Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Crim Behav Ment Health* 2007; 17: 152-62.
 - Golembeski C, Fullilove R. Criminal (in)justice in the city and its associated health consequences. *Am J Public Health* 2005; 95: 1701-6.
 - Hawton K, Linsell L, Adeniji T, Sariaslan A, Fazel S. *Lancet* 2014; 383: 1147-54.
 - Holloman GH Jr, Zeller SL. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med* 2012; 13: 1-2.
 - Houser K, Welsh W. Examining the association between co-occurring disorders and seriousness of misconduct by female prison inmates. *Crim Justice Behav* 2014; 41: 650-66.
 - Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychol Med* 2005; 35: 257-69.
 - Kaba F, Solimo A, Graves J, et al. Disparities in mental health referral and diagnosis in the New York City Jail Mental Health Service. *Am J Public Health* 2015; 105: 1911-6.
 - Kariminia A, Butler TG, Corben SP, et al. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners - 1988 to 2002: a data-linkage study. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 310-6.
 - Knox DK, Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med* 2012; 13: 35-40.
 - Konrad N, Arboleda-Florez J, Hager A, Naudts J, Tabord J, Tataru N. Consensus paper: Prison psychiatry. *Int J Prison Health* 2007; 3: 111-3.
 - Kouyoumdjian F, Wiwcharuk J, Green S. Optimizing continuity of care throughout incarceration. *Can Fam Physician* 2015; 61: 107-9.
 - Legge 26 luglio 1975, n 354 - art 84 e 85 del DPR 30 giugno 2000, n 230.
 - Legge n. 81/2014.
 - Levy M. Safer prescribing for prisoners. *BMJ* 2012; 344: e447.
 - Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med* 2012; 367: 2006-14.
 - Lora A, Conti V, Leoni O, Rivolta AL. Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 1079-84.
 - Lora A, Monzani E. Servizi di salute mentale e disturbi mentali all'esordio: una prospettiva di salute pubblica. In: Cocchi A, Meneghelli A (eds). *Rischio ed esordio psicotico: una sfida continua. Manuale di intervento precoce*. Milano: Edi-Ermes, 2012.
 - Morral-Parente R. Chronicity and primary care: the role of prison health. *Rev Esp Sanidad Penit* 2015; 17: 61-4.
 - Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA medical evaluation workgroup. *West J Emerg Med* 2012; 13: 3-10.
 - Pratt D, Appleby L, Piper M, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a case-control study. *Psychol Med* 2010; 40: 827-35.
 - Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet* 2006; 368: 119-23.
 - Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica - La salute "dentro le mura", 27 Settembre 2013.
 - Prevenzione del rischio suicidario NCC Civitavecchia – progetti 2012-2016.
 - Prins SJ. The Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons: A Systematic Review. *Psychiatr Services* 2014; 65: 862-72.
 - Proposte per l'avvio di un reparto di Osservazione Psichiatrica femminile presso NCC - Nuovo complesso di Civitavecchia. ASL RM4 Roma.
 - Protocollo di scambio e collaborazione professionale. ASL RM4 Roma.
 - Quaderni ISSP 11, Riforma della sanità penitenziaria - Ministero della Giustizia DAP, "Il diritto alla salute del detenuto: interazione e collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario".
 - Rapporti ISTISAN 14/10. Valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile". *Epidemiologia e sanità pubblica*, 2014.
 - Regione Calabria, DCA n. 35/11 maggio 2015 - "Presenza d'atto delle linee guida per una attività integrata fra i Dipartimenti di Salute Mentale e gli Istituti Penitenziari".
 - Regione Emilia-Romagna, Circolare Carta dei Servizi Sanitari a favore della popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna, 13 febbraio 2014.
 - Regione Emilia-Romagna, Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri - Il Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute. Attività e prestazioni rivolte alle persone detenute negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna, 2012.
 - Regione Emilia-Romagna, Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri - Il Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute. Anno 2013.
 - Regione Lazio - Programmi operativi 2016-2018.
 - Regione Toscana - Contesto Regionale: Azioni di sistema e organizzazione territoriale della salute in carcere in Toscana"; a cura di Regione Toscana - Giunta Regionale-Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale. Gennaio 2014.
 - Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup. *West J Emerg Med* 2012; 13: 17-25.
 - Rosen DL, Schoenbach VJ, Wohl DA. All-cause and cause-specific mortality among men released from state prison, 1980-2005. *Am J Public Health* 2008; 98: 2278-84.
 - Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists - Clinical Practice Guidelines for the management of Schizophrenia and related disorders (Galletly et al, ANZJP 50/5:410-472, 2016).
 - Royal College of General Practitioners. Safer prescribing in prisons: guidance for clinicians. Nottingham: Royal Pharmaceutical Society, 2011.
 - Salize HJ, Dressing H (eds). Placement and treatment of mentally disordered offenders. Legislation and practice in the European Union. Lengerich: PABST, 2005.

Appendice

- Salize HJ, Dressing H (eds). Mentally disordered persons in European prison systems. Needs, Programmes and Outcome (EU-PRIS). Lengerich: PABST, 2009.
- Schenk AM, Fremouw WJ. Individual characteristics related to prison violence: a critical review of the literature. *Aggress Violent Behav* 2012; 17: 430-42.
- Simon RI, Tardiff K. Valutazione e gestione della violenza. Manuale per operatori della salute mentale (edizione italiana a cura di Clerici M). Milano: Springer, 2014.
- Sito www.ristretti.it: Psichiatria e carcere.
- Stowell KR, Florence P, Harman HJ, Glick RL. Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA psychiatric evaluation workgroup. *West J Emerg Med* 2012; 13: 11-6.
- The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP): Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorder: Update 2012 on the treatment of Acute Mania (Grunze et al, *World Journal of Biological Psychiatry* 2009; 10/2:85-116).
- The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP): Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Depression: Update 2010 on the treatment of Acute Bipolar Depression (Grunze et al, *World Journal of Biological Psychiatry* 2010; 11:81-109).
- The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP): Guidelines for the Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of Schizophrenia and the management of treatment resistance (Hasan et al, *World Journal of Biological Psychiatry* 2012; 13/1:26-34).
- The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP): Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorder: Update 2012 on the long term treatment of Bipolar Disorder (Grunze et al, *World Journal of Biological Psychiatry* 2013; 14:154-219).
- Tripodi SJ, Pettus-Davis C. Histories of Childhood Victimization and Subsequent Mental Health Problems, Substance Use, and Sexual Victimization for a Sample of Incarcerated Women in the US. *Int J Law Psychiatry* 2013; 36: 30-40.
- Walmsley R. World Prison Population List - eleventh edition. Institute for Criminal Policy Research. 2016.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, et al. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 629-40.
- WHO Regional Office for Europe. Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health. 2013.
- WHO Regional Office for Europe. Prison and Health. 2014.
- WHO Regional Office for Europe, IASP. Preventing Suicide in Jails and Prisons. 2007.
- Wilson S, Cumming I. Psychiatry in prisons. A comprehensive Handbook. London: Jessica Kingsley, 2010.
- Wilson MP, Pepper D, Currier GW et al. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med* 2012; 13: 26-34.

Realizzato con il contributo non condizionante di:

